



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

GEBELİKTE DİSTRESİN TANIMLANMASI

Nadire YILDIZ ÇILTAŞ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ERZİNCAN
2015**

**T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

GEBELİKTE DİSTRESİN TANIMLANMASI

Nadire YILDIZ ÇİLTAŞ




**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Sevinç KÖSE**

**Erzincan
2015**


Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne:

Yrd. Doç. Dr. Sevinç KÖSE danışmanlığında, Nadire YILDIZ ÇILTAŞ tarafından hazırlanan bu çalışma 09.07.2015 tarihinde jürimiz tarafından oy birliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvan Adı Soyadı	İmza
Jüri Başkanı	Doç. Dr. Papatya KARAKURT	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Ayla ÇAPIK	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Sevinç KÖSE	

ONAY:

Bu tez Erzincan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülüş ve Enstitü Yönetim kararıyla kabul edilmiştir.


Yrd. Doç Dr. İlyas SAYAR

Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	V
TABLolar DİZİNİ.....	VI
ÖZGEÇMİŞ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Gebelik.....	5
2.1.1. Gebeliğin 1. Trimesterindeki Psikolojik Değişiklikler	5
2.1.2. Gebeliğin 2. Trimesterindeki Psikolojik değişiklikler	6
2.1.3. Gebeliğin 3. Trimesterindeki Psikolojik Değişiklikler	6
2.2. Gebelikte Psikolojik Distres	7
2.3. Stres	8
2.3.1. Gebelikte Stres	10
2.4. Anksiyete	11
2.4.1. Kuram ve Kuramcılara Göre Anksiyete	12
2.4.2 Anksiyete Düzeyleri	13
2.4.3. Anksiyetenin Fizyolojisi	14
2.4.4. Anksiyetenin Nedenleri	15
2.4.5. Anksiyetenin Belirtileri.....	16

2.4.6. Gebelikte Anksiyete.....	17
2.5. Depresyon	18
2.5.1 Gebelikte Depresyon.....	19
2.5.2. Gebelikte Depresyon Sıklığı.....	20
2.5.3. Gebelikte Depresyon İçin Risk Faktörleri	21
2.5.4. Gebelikte Depresyona Ait Semptomlar	23
2.6. Gebelikte Distresin Sonuçları	23
2.6.1. Gebelikte Distresin Tanılanması.....	24
2.6.2. Gebelikte Distresin Önlenmesi	25
2.6.3. Gebelikte Distresin Tedavisi.....	25
2.6.4. Gebelikte Hemşirenin Rolü	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Türü.....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.4. Verilerin Toplanması	30
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	31
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
7. KAYNAKLAR	62
8. EKLER	72

EK I : Gebe Bilgi Formu

EK II : Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği

EK III : Etik Kurul Onayı

EK IV : Resmi İzin Yazısı

EK V : Yönetim Kurulu Kararı

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde destek olan ve tezin tüm aşamalarında değerli önerileri ile bana yön veren, ilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Sevinç KÖSE'ye, tez çalışmamda değerli görüşleri ile önemli katkılarda bulunan Sayın Doç. Dr. Papatya KARAKURT'a, Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayla ÇAPIK'a, Sayın Öğr. Gör. Gülsüm GÜNDOĞDU'ya, verilerin toplanması sırasında desteklerini gördüğüm Sağlık Bakanlığı Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Poliklinikleri çalışanlarına, çalışmamın veri tabanını oluşturan tüm bireylere, bugünlere gelmemi sağlayan ve hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu çalışma süresince de desteklerini esirgemeyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nadire YILDIZ ÇİLTAŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

- PRIME-MD** : Primary Care Evaluation of Mental Disorders
- EDPÖ** : Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği
- HADÖ** : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
- DKÖ** : Durumluk Kaygı Ölçeği
- BDÖ** : Beck Depresyon Ölçeği
- SKÖ** : Sürekli Kaygı Ölçeği
- GAS** : Genel Adaptasyon Sendromu
- APA** : Amerikan Psikiyatri Birliği
- DSM V-TR** : Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Fifth Edition
Text Revision
- ADH** : Antidiüretik Hormon
- ACTH** : Adrenokortikotropik Hormon
- EKT** : Elektrokonzulzif Terapi
- NST** : Non Stress Test
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- TJOD** : Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
- TGDÖ** : Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No.

Tablo 1. Gebelerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	33
Tablo 2. Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı	34
Tablo 3. Gebelerin TGDÖ'nden Aldıkları Puanların Dağılımı	37
Tablo 4. Gebelerin Ölçeğin Kesme Noktasına Göre Dağılımı	37
Tablo 5. Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre TGDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 6. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre TGDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39

ARAŐTIRMACININ ÖZ GEÇMİŐİ

Araőtırmacı, 1989 yılında Elbistan'da doğmuŐtur. İlköğretim ve lise öğrenimini Elbistan'da tamamlamıŐtır. 2008 yılında Mustafa Kemal Üniversitesi Hatay Sağlık Yüksek Okulunda lisans eğitimine baŐlamıŐtır. Lisans eğitimini 2012 yılında tamamlayan araőtırmacı 2013 yılında Erzincan Devlet Hastanesinde hemşire olarak baŐladıėı görevine devam etmektedir. Araőtırmacı 2013 yılında Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimine baŐlamıŐtır. Evlidir ve henüz çocuğu bulunmamaktadır.

ÖZET

Gebelikte Distresin Tanımlanması

Amaç: Araştırma, gebelikte distresi belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı özellikte olan bu araştırmanın evrenini Haziran – Kasım 2014 tarihleri arasında, Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniğine başvuran 12 hafta ve üzeri gebelik haftasındaki gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini olasılıksız örneklem yöntemiyle seçilen 600 gebe oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında ‘Gebe Bilgi Formu’ ve ‘Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği’ (Tilburg Pregnancy Distress Scale -TPDS) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ortalama, Kruskal Wallis Varyans analizi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), bağımsız gruplarda t testi, Pearson korelasyon analizi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan gebelerin %33’ünün distres yaşadığı, %67’sinin ise distres yaşamadığı tespit edilmiştir. Gebelerin yaş grubu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eş eğitim düzeyi, gebelik sayısı, düşük/küretaj sayısı, canlı doğum sayısı, aile için planlanan çocuk sayısı, önceki doğumlarında ve doğum sonu dönemde yaşanan sağlık problemi, gebeliğin şuanda veya gelecekteki hedefleri etkileme durumu, gebelik ile ilgili problemde en çok kimden destek aldığı, gebelerin eş ile uyumluluğu ile TGDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p<0.001$, $p<0.01$, $p<0.05$).

Sonuç: Gebelerde distresin önemli düzeyde olduğu ve çeşitli faktörlerden etkilendiği saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Gebe, stres, anksiyete, depresyon, distres, gebelikte distres.

ABSTRACT

Description of Distress in Pregnancy

Aim: This research has been made to determine the distress during pregnancy.

Material and Method: Research was done as descriptive. Population of this research was consisted of women who are pregnant in 12 week or more that applied between 2014 June and November to The Ministry of Health – Erzincan University Mengücek Gazi Training and Research Hospital Gynecology and Obstetrics Polyclinic. Sample of this research was consisted of the pregnant that are in the week of 12 of pregnancy or more and they were selected by improbable accidental sampling method. Pregnancy Information Form and Tilburg Pregnancy Distress Scale (TPDS) were used to gather data. In the section of assessment of data, number, percentage, average, Kruskal Wallis Analysis of Variance (ANOVA), in the independent groups t test and Pearson analysis of correlation and Mann-Whitney U test were used.

Results: It is identified that 33% of pregnant who participated the research lived distress and 67% of pregnant did not live distress. Statistical significance was determined between point average of TPDS and age group of the pregnant, educational level, working condition, educational level of their husbands, the number of pregnancy, the number of abortus/curettage the number of live birth, the number of children for family, health problems before and after giving birth, the condition of influence goals of now and future goals, from whom pregnant received the most support related with problems in pregnancy, harmony between the pregnant and their husbands ($p<0.001$, $p<0.01$, $p<0.05$).

Conclusion: Distress is found to be significant in pregnant women and is affected by several factors.

Keywords: Pregnant, stress, anxiety, depression, distress, distress in pregnancy.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik insanoğlu neslinin devam etmesi ve aile bütünlüğünün sağlanması için toplumsal bir öneme sahiptir (1). Bu süreç döllenme ile başlayıp doğumla tamamlanır ve bu dönemde gebede fizyolojik, psikolojik değişiklikler meydana gelir (2). Gebelik sırasında oluşan fizyolojik değişikliklere paralel olarak bazı psikolojik değişiklikler de meydana gelmektedir (3). Bu dönem gebede stres oluşturmaktadır. Eskiden bekleme zamanı olarak nitelendirilen gebelik, günümüzde artık ebeveynler için adapte olmayı gerektiren stresli bir durum olarak tanımlanmaktadır (4). Gebelik kendini gerçekleştirme, olgunluk, doyum, ve mutluluk kaynağı olarak nitelendirilmesinin yanı sıra; tasa, kaygılı bekleyiş ve kadında yüklenme de oluşturabilir (5). Bu nedenlerden dolayı gebelik, kadınların hayatında bir stres dönemidir ve sık sık depresyon ve anksiyete ile birleşmektedir (6).

Klinik olarak tanımladığımızda psikolojik distres stres, anksiyete ve depresyon olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır (7). Önceleri gebelerin anksiyete semptomları açısından daha az risk altında olabileceği düşünülmekteydi. Bu düşüncenin aksine, günümüzde gebelik ve postpartum dönemi anksiyete bozuklukları yönünden değişken etkilere yol açtığını göstermiştir. Gebe kalmadan önce anksiyete bozukluğu olan kadınlar, gebelikleri esnasında semptomlarında düzelme gösterebilirler de, aslında kadınların çoğunda klinik olarak açık bir şekilde belirtiler devam etmektedir (8).

Gebelikte psikolojik distresi araştıran çalışmalara göre psikolojik distres doğurganlık yılları süresince çoğu kadının ortak sorunu olarak görülmektedir. Vırit ve ark. aktarımına göre Öztürk ve Şirin'in yaptığı bir çalışmada gebeliğin 43 stres kaynağı olay içinde 12. olduğu, başka bir çalışmada ise 116 olay içinde 15. sırada yer aldığı belirtilmiştir (9). Farklı toplumlarda yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon görülme sıklığı şöyledir: Macaristan'da yapılan bir çalışmada gebelerde depresyon görülme oranı %17.9 olarak bulunmuştur (10). Pottinger ve ark.'nın Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDPÖ) kullanarak yaptıkları çalışmada, tüm

gebelik boyunca depresif bozukluk oranını %25 olarak belirlemişler ve bu durumu erken yaşta gebe kalma ve işsizlik ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (11). Kurki ve ark. gebeliğin erken döneminde depresyon görülme oranının %30 olduğunu saptamışlardır (12). Marcus ve ark.'nın gebelerde depresif belirti görülme oranını %20.4 olarak tespit etmişlerdir (13). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda; Yücel ve ark.'nın PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) ölçeği kullanarak yapmış oldukları çalışmada gebelerin %20.7'sinde depresif bozukluk olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada gebelikte yapılan değerlendirmelerde, depresif belirti sıklıkları %27 ve %36 arasında yer aldığı bildirilmektedir. (14). Karaçam ve Ançel yaptıkları çalışmada gebelerde depresyon görülme oranını %27.9 olarak tespit etmişlerdir (15). Cebeci ve arkadaşlarının Beck Depresyon Ölçeğini (BDÖ) kullanarak yaptığı çalışma sonucunda gebelerde depresyon görülme oranının %12 olduğu belirlenmiştir(16). Ortaarık ve ark.'nın yaptığı çalışmada gebelerin %26.2'sinde depresif bozukluk olduğu bulunmuştur (17). Sevindik çalışmasında gebelerde hafif düzeyde depresif belirti gösterme oranını %33.8, orta düzeyde depresif belirti gösterme oranını %23.8, şiddetli düzeyde depresif belirti gösterme oranını %12.5 olarak belirlemiştir (6). Vırit ve arkadaşları BDÖ'ne göre gebelerin hafif düzeyde depresif belirti gösterenlerin oranının %42.3, orta düzeyde depresif belirti gösterenlerin oranının %39.4 ve şiddetli düzeyde depresif belirti gösterenlerin oranının %18.3 olduğunu tespit etmişlerdir (9). Çakır ve Can ise yapmış oldukları çalışmada gebelerin %32.4'ünde depresyon olduğunu saptamışlardır (18). Tunç Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) uygulayarak gebelik süresince yaşanan depresyon düzeylerini incelediğinde; %47'sinin depresyon puanlarının anlamlı olduğunu bulmuştur (19). Farklı toplumlarda gebelerde değişik ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarda depresyon görülme sıklığı %12-%47 arasında olduğu belirlenmiştir.

Gebelik döneminde anne adayının bedeninde yoğun ve hızlı değişimler olur. Bu değişimler çoğu kadın tarafından pozitif olarak karşılanır, hatta kendisi ve eşinde bir gurur yaratır. Çünkü bu durum fetüsün büyüdüğünü göstermektedir. Fakat bunun aksine bazı kadınlarda bu değişiklikler olumsuz bir beden imajı yaratabilir (20). Gebelerin ruhsal durumu ve yaşantısı distrese neden olabileceği gibi, gebelikteki yaşananlar da distrese neden olabilir. Gebelerde kilo alma, vücut kitlesinin artması,

uyku ve yeme düzenindeki değişiklikler, bulantı-kusma, ciltteki renk değişiklikleri distres yaşamasına neden olur (21). Bunun yanında kadının gebelik boyunca yaşadığı biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişikliklerin yanında gebenin annelik görevini benimsemesi, inanç değerleri ve tutumları, görev ve sorumluluk üstlenmesi de distresin sebebi olabilir (9, 22). Gebelikte ruhsal sağlığın bozulmasına yol açan ve gebelikte depresyon için risk faktörleri olarak Gözüyeşil ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada genç yaşta gebe kalma, düşük eğitim düzeyi, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, ilk evlilik yaşının küçük olması, eş ile uyumsuzluk ve eşten destek alamama ve istenmeyen gebeliklerin depresyon için risk faktörü olduğunu tespit etmişlerdir (22). Ayrıca literatürlerde eşi işsiz olan dolayısıyla sosyoekonomik koşulları düşük olan gebelerin depresyon oranlarının arttığı (23), beslenme bozukluğu veya yetersiz/dengesiz gıda alımı, hormonal bozukluklar, gebelikte östrojen ve progesteron düzeyindeki artış, eş desteğinin olmaması, evlilik problemleri, yalnız yaşama, eşten ayrılma, düşük ekonomik gelir, aile içinde ve geçmişinde şiddet yaşama, sosyal destek azlığı ya da yokluğu, sosyal izolasyon, sigara, alkol ve madde kullanımı, depresyon hikayesinin olması ve gebeliğine yönelik olumsuz duyguların gebelik depresyonuna etki eden faktörler olduğu belirtilmektedir (24, 25).

Literatürler, gebelikte yaşanan stresin gebelikte fetüs, doğum, doğum sonu ve yeni doğan üzerinde bazı olumsuz sonuçları olduğunu göstermektedir. Gebelik dönemini rahat ve sağlıklı yaşamak gebe ve doğacak bebek için çok önemlidir (26). Gebelerin stres yaşaması fetal gelişimi ve gebeliğin devamını olumsuz etkiler, preterm eylemin gerçekleşmesine neden olur (27). Ayrıca distres, artmış uterin arter rezistansı (28, 29), yüksek kortizol seviyeli bebek (30), preeklampsi, antepartum kanama, düşük doğum tartılı ve apgar skorlu bebek, küçük fetüs, yeni doğanda yutma güçlüğü, uyku bozukluğu, motor aktivitelerinde yavaşlama ve stres, postnatal dönemde annede intihar riski, kardiovasküler ve irritable barsak hastalıklarda artış görülür (25).

Gebelikte distres, doğurganlık yılları süresince pek çok kadının ortak sorunudur (7). Anne ve fetüs üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı gebelikteki psikiyatrik bozuklukların tanınması, risk etmenlerinin ve bozuklukların gebelikteki seyri bilmesi, önlem alınması ve tedavinin planlanması (26), gebelik sırasında rutin

fizyolojik izlemlerin yanı sıra psikolojik değerdendirmenin yapılarak holistik bir yaklaşımla değerdendirmenin yapılması gerekmektedir (7). Bu dönemde ebe/hemşireler gebelerin sosyal destek sistemlerini nasıl algıladıklarını bilmeli, bu sistemleri aktifleştirmelidir (31). Ayrıca hemşireler/ebeler kadınlara doğum öncesi bakım, doğum sonrası bakım, danışmanlık, eğitim, sorumluluğun yanında, kişinin stres ve anksiyete düzeyi saptanmasında, baş etme yöntemlerini kullanmasında ve sorunları çözmesinde de yardımcı olmalıdırlar (32). Gebelikteki psikolojik distres, fetus ve annenin iyilik halini olumsuz yönde etkilemesinden dolayı üzerinde dikkatle durulmalı ve erken tanı konularak tedavi edilmelidir. Gebelikte psikolojik distres yaşayan kadınları erken dönemde belirlenip uygun tarama yöntemleri ile yaşadıkları psikolojik değışiklikleri tespit etmek gerekmektedir. Ülkemizde gebelikte distresi tanımlayan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda bu araştırmanın gebelerin distres riskini belirleyip hemşirelik alanına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma gebelikte distresin tanımlanması, konunun önemi için farkındalığın artırılması ve bunların sonucunda anne-çocuk sağlığını korumak, risk altındaki gebeleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Normal gebelik döllenenmeden doğum anına kadar yaklaşık 267 günde herhangi bir rahatsızlık yaşanmadan canlı bir bebeğin doğmasıyla sona eren (1), gebede ve fetüste fizyolojik değişikliklerin meydana geldiği bir olaydır. Oluşan bu fizyolojik değişikliklere paralel olarak bazı psikolojik değişiklikler de meydana gelmektedir (2,3). Bu dönemde ortaya çıkan değişikliklere kadınların bazıları adapte olurken, bazıları belirli düzeylerde ruhsal problemler yaşayabilmektedir. Bu problemler gebelikte farklı evrelerde içe kapanıklık, pasif kişilik, endişe gibi değişiklikler meydana getirmektedir (32). Her bir değişiklik yeni bir uyum gerektirdiğinden gebelikteki değişikliklerde gebe kadın için psikolojik adaptasyon gerektirmektedir(19). Gebelik 40 hafta süren bir dönemdir ve her biri yaklaşık üç aydan oluşan toplam üç ayrı döneme ayrılır. Trimester olarak adlandırılan bu dönemlerin gebelikte her biri ayrı ayrı dönüm noktasıdır (4). Gebelikte oluşan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, trimesterlere göre farklılık göstermektedir (20). Bunlar;

2.1.1. Gebeliğin I. Trimesterindeki Psikolojik Değişiklikler

Menstruasyonun kesilmesi , bunun yanında mide bulantılarının onu rahatsız etmesi, hasta olmadığı halde kendisini iyi hissetmeme, kadında ambivalan duyguları ortaya çıkaran nedenlerdir. Bu rahatsızlıklar kadının gebeliği istememesine neden olur (20). Yine bu dönemde uyku ve iştahta değişiklikler, duygu durumlarında dalgalanma, yorgunluk hissi, libido kaybı, dikkatte azalma gibi semptomlar görülebilir (29). Fiziksel değişikliklere ek olarak gebeliğin bu trimesteri genellikle duygusal iniş-çıkışlarla doludur. Annelik düşüncesi bazen çok çekici gelirken, bazen öyle olmayabilir. Çok kolay ağlayabilir, çok mutluyken birden morali son derece bozuk olabilir (33). Anne adayı bu dönemde daha içe dönük ve pasiftir. Daha önceki aktiviteleriyle daha az ilgilenebilir ve yalnız kalma gereksinimi artabilir (4). Yine bu dönemde gebe, bir yandan gebelikteki olağan rahatsızlıklara uyum sağlamaya

çalışırken; diğer yandan da eşi ve yakın çevresinin gebeliğe ilişkin düşüncelerini öğrenmeye çalışır (20).

2.1.2. Gebeliğin II. Trimesterindeki Psikolojik Değişiklikler

I. trimesterde görülen rahatsızlıkların azalmasına bağlı olarak ambivalan duyguların ortadan kalktığı bir dönem olarak nitelendirebiliriz. Bu dönemde gebenin bulantıları sona ermiştir, kendisini iyi hissetmeye başlar ve olumlu duygular geliştirmeye başlar (20). Bu dönemin önemli olayları; bebek hareket etmeye başlar (34), fetüsün kalp sesleri duyulur, cinsiyet öğrenilir ve fetal hareketleri anne tarafından hissedilir (20). Bu dönemde bebek kendini annenin kontrolü dışında ayrı bir varlık olduğunu hissettirir (34). Gebe kadın annelik rolüne adapte olurken kendi annesi ile yaşadığı özdeşleşmeye ait duygular ortaya çıkar. Bebekle olan biyolojik bağ daha sağlam ve yakından hissedilir (2). Bu yaşanan olaylar gebenin kendisini daha rahat hissetmesine neden olabilir. Fakat yapılan çalışmalarda gebeliğin II. trimesterinde psikolojik bozuklukların var olduğu tespit edilmiştir. Bunlar;

Ortaarık ve ark. PRIME-MD ölçeğini kullanarak yapmış oldukları çalışmalar sonucunda II. trimesterdeki gebelerin %46'sında bir veya birden çok psikiyatrik tanı belirlenmiştir. Bu tanıların içinde anksiyete bozukluğu oranının %40.5, depresif bozukluk oranının %26.2, anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluğun birlikte görülme oranının %20.6 olduğu tespit edilmiştir (17). Anderson ve ark. PRIME-MD ölçeği kullanarak gebeliğin II. trimesterinde olan kadınların %14.1'inde bir veya daha fazla psikiyatrik tanı olduğunu belirlemişlerdir. Yine aynı çalışmada gebelerin %11.6'sında depresif bozukluk, %3.2'sinde major depresyon, %7.1'inde minör depresyon ve %6.2 anksiyete bozukluklarının bulunduğunu tespit etmişlerdir (35).

2.1.3. Gebeliğin III. Trimesterindeki Psikolojik Değişiklikler

Bu dönemde gebenin doğum ve bebek için hazırlıkları hızlanmıştır. Gebenin bu dönemdeki gelişimsel görevi annelik rolünü üstlenmesidir. Bu dönemde kadın daha duyarlı bir hale gelmeye başlar. Bebeğini kaybedeceği ya da onun zarar görebileceği duygusunu yaşar. Bu trimesterde gebe fiziksel ve emosyonel destek için başka kişilere, özellikle eşine daha fazla bağımlı olma ihtiyacı hisseder. Doğum yaklaştıkça doğum sürecine ilişkin korkuları vardır. Doğum ağrılarının nasıl olacağı, bebeğin ve

kendisinin hayatı hakkında endişelenebilirler (20). Bu dönemde birçok kadın fiziksel rahatsızlıklardan kurtulmayı ve bebeğine kavuşmayı sabırsızlıkla bekler. Daha fazla içe dönebilir, daha fazla düşüncelere dalabilir (33). Tekgöz ve ark. PRIME-MD ölçeğini kullanarak yapmış oldukları çalışma sonucunda gebeliğin son 3 ayında gebelerin %50.5'inin bir veya birden çok psikiyatrik tanı aldığını belirlemişlerdir. En yaygınının %40.2 ile anksiyete olduğu, %38.3'ünde depresyon olduğunu tespit etmişlerdir (36).

2.2. Gebelikte Psikolojik Distres

Eskiden bekleme zamanı olarak nitelendirilen gebelik, günümüzde artık ebeveynler için adapte olmayı gerektiren stresli bir olay ya da kriz olarak tanımlanmaktadır (4). Gebelik dönemi kadınlarda mutluluk kaynağı olarak nitelendirilmesinin yanı sıra; kadınlarda anksiyete ve yüklenme de oluşturabilir (5). Bu nedenlerden dolayı gebelik, kadınlar için stresli dönemidir ve anksiyete ve depresyonla birleşir (6).

Psikolojik distres genellikle klinik olarak tanımladığımızda stres, anksiyete ve depresyon olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır (7). Depresyon, hafif veya ağır düzeyde, hamilelikte en çok görülen psikolojik bozukluktur (37). Türkiye'de yapılan araştırmalarda gebelerde depresif belirti görülme oranları %27.9 (38), %27.3 (15), ve %36.3 (6) olarak belirtilmiştir.

Gebelikte anksiyete bozuklukları yüksek oranda depresif bozukluk ile birlikte görülmektedir. Gebelikte anksiyete bozuklukları görülme sıklığı özellikle I. ve III. trimesterlerde artış göstermektedir (39). Literatürde yapılmış olan çalışmada kadınların %13–%25 'inin perinatal dönemde başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere klinik olarak anlamlı psikolojik distres yaşadıklarını belirtmektedir (7). Gebelikte distres prevalansı %41.7-%51 değerleri arasında farklılık göstermektedir (40). Çakır ve Can HADÖ kullanarak yapmış oldukları çalışmada gebelikte anksiyete ve depresyonun sık görülen psikolojik problemler olduğunu belirlemişlerdir (18).

Literatürlere bakıldığında gebelikte distresin bazı değişkenlerle ilişkisi olduğunu göstermektedir. Arslan'ın aktarımına göre yapılan çalışmalarda gebelikte ortaya çıkan depresyon ve anksiyetenin, eğitim seviyeleri, evlenme yaşı, gelir düzeyi,

gebeliğin hangi trimesterde olduğu (41), gebeliğin planlı olup olmadığı, evlilik süresi (18) gibi özelliklerle ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Pottinger ve ark., EDPÖ kullanarak yaptıkları çalışmada, tüm gebelik boyunca depresif bozukluk oranını %25 olarak belirlemişler ve bu durumu erken yaşta gebe kalma ve işsizlik ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (11). Xu ve ark. yaptığı diğer bir çalışmada ise hastaneye başvuran gebelerdeki depresyonun ileri yaşta anne olma ve ailedeki sosyal destek yetersizliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (42).

Gebeliği sağlıklı ve rahat geçirmek gebe ve fetus için çok önemlidir. Bu dönemde yaşanan problemler gebe ve bebeğin sağlığını negatif yönde etkilemektedir (26). Anksiyete ve depresyon gebelik, doğum ve doğum sonu problemlerini arttırabilir, bebeğin sağlığını negatif yönde etkileyebilir. Bu olumsuzluklar; artmış uterin arter rezistansı (28), yüksek kortizol seviyeli bebek (30), preeklampsi, antepartum kanama, düşük doğum ağırlıklı ve düşük apgar skorlu bebek, yenidoğanda yutma güçlüğü, uyku bozukluğu, motor aktivitelerinde yavaşlama ve stres olarak sıralayabiliriz. Gebelikte görülen depresyon doğum sonrasında da devam ederse; postnatal dönemde annede intihar riskine, kardiovasküler ve irritable barsak hastalıklarda artışa (25), anne ile bebek arasındaki bağın kurulmasında zorluklara, büyüme ve gelişmede geriliğe (24), motor ve dil gelişiminde gecikmeye (25), duygusal gelişimde bozukluğa (43) neden olabilir.

Depresyon ve anksiyete bozuklukları prenatal dönemde sık olarak görülür ve postpartum dönemde devam edebilir (44). Çalışmalar perinatal dönemdeki depresyon ve anksiyete bozukluklarının postnatal dönemde depresyon oluşumunda önemli bir risk faktörü olduğunu belirlemişlerdir (45).

2.3. Stres

Stres terimi çok sayıda farklı yollarla organizmayı sıkıntıya sokan durumların ortak fizyolojik yanıtlara yol açtığını fark eden Hans Selye (1907-1982) tarafından türetilmiştir (46). Selye (1976) stresi, herhangi bir durum karşısında bedenin spesifik olmayan bir tepkisi olarak tanımlanmış ve yapıcı, olumlu bir güç olan "Eustress" ile yıkıcı, ıstırap verici "Dystress"i birbirinden ayırmıştır. İstırap verici stres (Dystress),

istenmeyen bir durumdur. Buna karşın, olumlu bir güç olan Eustress, yaşanmasından hoşnut olunan, canlılık ve kazanç sağlanan bir durumdur (47).

Stres, bireyin iç ve dış dengesini bozan, bedensel ve ruhsal sınırlarını tehdit eden durumdur. Stres bireyin fiziksel, gelişimsel, duygusal, entelektüel, sosyal ve ruhsal boyutlarının etkilendiği bir olaydır. Her insan, yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişimlere karşı farklı tepki gösterir. Çünkü, her bireyin kendini ve beden bilincini algılaması, ilişkileri, olaylara ve değişimlere bakış açısı, deneyimleri, beklentileri farklıdır (48).

Strese neden olan faktörlere ise stresör denir (48). Stresörler partner kaybı, rol değişikliği, ayrılık gibi dış kaynaklı olabileceği gibi menoz, hamilelik, kendini suçlama gibi iç kaynaklıda olabilir.

Stres kaynakları;

- Fizik çevre; hava kirliliği, gürültü, kalabalık, radyasyon, sıcak gibi.
- Çalışma koşulları; ağır ve baskı altında çalışma.
- Psiko-sosyal faktörler üçe ayrılır;
 - a) Günlük stresler; evde işlerin aksaması, ağlayan çocuk, yanan yemek gibi.
 - b) Gelişimsel stresler; doğumdan yaşlılığa kadar gelişim aşamalarında ortaya çıkan streslerdir. Menoz, adölesan gibi.
 - c) Durumsal stresler; Ciddi hastalıklar, evlenme, boşanma, doğum eylemi sayılabilir (20).

Stres tepkisi Genel Adaptasyon Sendromu (GAS) olarak adlandırılır. GAS üç basamaktan oluşmaktadır. Bunlar;

- a) alarm dönemi,
- b) direnç dönemi,
- c) tükenme dönemi.

Alarm dönemi, dış uyarının organizma tarafından stres olarak algılandığı durumdur. Direnç dönemi, stres verici durumlara karşın uyuma elverişli bir dönemdir. Bu

dönemde vücut direnci normalden fazladır. Eğer direnç devam ederse vücudun savunması zayıflar. Bunun sonunda stres yoğun ve uzun süreli bir şekilde davranışsal ve bilişsel yöntemlerle çözümlenemezse ölüm meydana gelebilir (49).

Stresle Başa Çıkma Yolları

İnsanla ister bilinçli olsun, ister bilinçsiz, stres durumlarıyla karşılaşınca bu durumla baş etmek için bazı yöntemlere başvururlar. Stresle baş etmede etkili yöntemler:

Bedene Yönelik Yöntemler

- Beslenme alışkanlıkları
- Egzersiz
- Gevşeme

Duyulara Yönelik Yöntemler

- Hayata deneyimci yaklaşım
- Duyguları diğer insanlarla paylaşma

Duruma Bağlı Yöntemler

- Problem çözüm becerilerini geliştirme
- Zamanını iyi kullanma,
- Durumu belirgin hale getirmek için araştırma yapma, değişmelere hakim olmayı sağlama şeklinde sıralanabilir (50).

2.3.1. Gebelikte Stres

Gebelik, özellikle de plansız ise, stresli bir dönem olarak ortaya çıkabilmektedir. Bazı bireylerde gebeliğin kendisi ve genel anlamda da günümüz hayat standartları ile kariyer planlaması da gebelerin daha fazla stres yaşamalarına neden olmaktadır (51). Ayrıca sosyal destek yetersizliği (9), doğum korkusu (52), riskli gebelik (53) olarak sıralayabiliriz. Vırit ve ark. aktarımına göre Öztürk ve Şirin'in yapmış olduğu bir araştırmada gebeliğin 43 stres sebebi olay içerisinde 12. ve başka bir araştırmada ise 116 olay içerisinde 15. sırada olduğu bildirilmiştir (9).

Bebek sağlığı açısından rahat ve huzurlu bir dönem olarak geçirilmesi gereken gebelik dönemi; annenin gebeliğe karşı negatif tutumu, sosyal destek azlığı, olumsuz yaşam koşulları, eş ile uyumsuzluk yaşama ve buna bağlı olarak da bebeğin hem bedensel hem de ruhsal gelişiminin olumsuz etkilendiği, gebenin annelik rolüne iyi hazırlanamadığı, anne-bebek ilişkisinin bozulduğu bir dönem olabilmektedir (54).

Literetr gebelikte stres yaşamanın bazı olumsuz sonuçları olduğunu göstermektedir. Prenatal stresin; plasentayı ve annenin hipofiz-adrenal bezlerini stimule ederek preterm doğuma neden olduğu düşünülmektedir (55). Gebelik döneminde anksiyete yaşayan kadınların çocuklarında 8 aylıkken düşük mental ve motor gelişim, 6-9 aylıkken gri madde yoğunluğunda azalma ve 27 aylıkken yüksek düzeyde huzursuz/rahatsız dikkat dağımlıklığı problemleri oluşmaktadır (56). Hirshfeld-Becker ve ark. yapmış oldukları çalışmada gebelik dönemlerinde stres yaşayan annelerin çocuklarında anksiyete bozukluğu riskinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir(57).

2.4. Anksiyete

Anksiyete Latince kökenli bir kelime olup boğulma ya da tıkanma anlamına gelen angre kelimesinden türetilmiştir (58). Anksiyete, Türkçede ise kaygı, bunaltı, iç sıkıntısı, can sıkıntısı veya hoş olmayan heyecansal bir endişe hali gibi kelimelerle eş anlamlıdır (59). Anksiyete evrensel bir duygu olup, kişinin kendinin güvende olmadığını hissettiği durumlara karşı oluşturduğu doğal bir tepkidir. Tanımından da anlaşılacağı gibi anksiyete, benlik bütünlüğüne karşı oluştuğu düşünülen tehditlere tepki olarak hissedilen bir gerilimdir (60). Anksiyete ayırt edilebilir bir uyarıcıyla ilişkili yada ilişkisiz olabilen, korku ve endişe ile belirli bir duygusal durumdur. Bireyi, çevresinde olan değişikliklere hazırlayan veya yanıt vermesini sağlayan bir duygudurumdur. Ayrıca anksiyete nerdeyse psikiyatrik bozuklukların tamamında görülebilen ve birçok organik bozukluğa da eşlik edebilen bir semptomdur. Anksiyete bozuklukları, Amerika Birleşik Devletlerinde olmak üzere tüm dünyada en çok görülen psikolojik sorunlar arasında bulunmaktadır (61).

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne (APA) göre anksiyete; kaynağı tam olarak bilinmeyen korku ile beraber çarpıntı, terleme, bulantı, kusma, midede boşluk duygusu, gaz sancısı, ggste sıkışma, endişe, konsantre olamama, kendine güvende azalma gibi

fiziksel tepkilerle karakterize tedirginlik halidir (62, 63). Streste ilk tepki, parasempatik sistemden kaynaklanan kişinin kalbinin duracağı hissi ve kaslarda güçsüzlük hissetmesidir. Ardından sempatik sistem aktive olur; titreme, terleme, taşikardi, solunum değişiklikleri ve kas gerginliğinde artma meydana gelir (64). Bunların yanında bilinç bulanıklığı, algıda ve konsantrasyonda azalma, hafızanın zayıflaması, olaylar arasında bağlantı kurmada zorluk çekme sonucu öğrenme kabiliyetinin bozulması gibi sonuçlar doğurur (65).

2.4.1. Kuram ve Kuramcılara göre Anksiyete

Anksiyete davranışçı kurama göre hem aile içinde hem de toplum içerisinde model alınarak öğretilmiş bir dönemdir ve şartlı uyaranlar şartsız tepkilere sebep olur.

Anksiyetenin nedeni bilişsel (cognitive) kurama göre olaydan ziyade olayın kişi tarafından nasıl algılama ve yorumlama şeklidir (60).

Psikoanalitik kurama göre Freud üç tip anksiyete tanımlamıştır.

- **Objektif ve gerçekçi anksiyete:** Bu anksiyete gerçekçi ve objektif olarak algılanır. Tehlike bir dış uyarıcıdan gelen tehdite karşı gözlemlenir ve yaşam boyunca gözlemlenen gerçek tehlike durumunda zaman zaman tüm insanlar tarafından yaşanabilir (60).
- **Nevrotik anksiyete:** Bu anksiyete, bireyin baskılanmış saldırganlık ve cinsel duygularından oluşan bir iç tehditten kaynaklanır. Bireyin kendisinden kaynaklanan bu genel bir uyarılmışlık ve endişe durumu patolojik olarak tanımlanır (60).
- **Moral anksiyete:** Bu anksiyete bireyin içsel olarak hissettiği manevi bir sıkıntı durumudur (60).

Spielberger ise iki faktörlü kuramında anksiyete kavramını durumluk ve sürekli anksiyete olarak ikiye ayırmıştır. Durumluk anksiyete, fizyolojik uyarılma ve bilinçli bir korku, endişe ve gerilim ile karakterize bir emosyonel haldir. Daha çok akut biçimde ortaya çıkan anksiyete düzeyini gösterir (67). Durumluk anksiyete, kişinin içinde yer aldığı baskılı durumdan kaynaklı hissettiği subjektif korkudur ve baskının yoğun olduğu zamanlarda durumluk anksiyete düzeyinde yükselme, baskı ortadan

kalkınca düşme meydana gelir. Sürekli anksiyete ise, kişinin içinde yer aldığı durum ve koşullardan bağımsızca bireyin kendisini nasıl hissettiğini gösterir (68). Sürekli anksiyete kişinin artmış biçimde anksiyete ile tepki verme yatkınlığı olup onun yapısı ya da kişiliği ile yakından ilişkili olan ve süreklilik gösteren bir haldir. Bu nedenle sürekli anksiyete genel anksiyeteye yatkınlık yaratan bir etken olarak görülebilir(67).

Her birey yaşamının bir döneminde anksiyete yaşayabilir. Anksiyete, hissedilen bir tehlikeye karşı koruyucu önlem alma yönünden kişiyi uyarır (69). Hafif düzeyde anksiyete kişide dikkat, atılganlık ve cesareti artırır. Ancak anksiyetenin şiddeti arttıkça kişide kavrama, algılama ve karar verme yeteneği azalır. Anksiyeteye verilen tepkiler kişinin yaşına, daha önce bu deneyimi yaşamış olma durumuna ve yaradılışına göre değişebilir (60).

2.4.2. Anksiyete Düzeyleri

Anksiyetenin her düzeyinde bireyin davranışı gerilim miktarından etkilenir. Çünkü gerilim; farkına varma, algılama, konsantrasyon ve mantıklı düşünme yeteneğinde değişikliklere yol açar. Anksiyetenin birey için yararı, yoğunluğuna ya da düzeyine bağlı olarak uygun davranışsal tepkilerin olup olmamasına göre değişebilmektedir (60). Anksiyete düzeyleri;

Sakin;

Bu anksiyete düzeyinde birey rahat hissediyor, ilgisizdir ve iyi olduğu hissine sahiptir. Bu anksiyete düzeyi gelişme ve iyileşme için optimal bir düzey olarak kabul edilmekle beraber, bireyin enerjisini kullanması, değişmesi veya öğrenmesi için motivasyon eksikliğine neden olabilir (60).

Hafif anksiyete;

Bu anksiyete düzeyinde, çok az bir gerilim vardır ve bu gerilim enerjide artışa sebep olur. Birey etrafında olup bitenden haberdardır. Kavrama alanı genişlemiştir ve duyular alarmdadır. Bu durumda kişi, kendi ilgilerine ve kendi çevresine karşı katılımcı ve duyarlı olur. Mantık yürütme ve konsantre olma yeteneği tamdır. Bu sebeple kişi hafif anksiyetede etkin problem çözme becerisine sahiptir (60).

Orta düzeyde anksiyete;

Bu düzeydeki anksiyetede kişi, daha gergin ve dikkatlidir. Kavrama alanı hafif anksiyete düzeyine göre azalmıştır. Kişi çevresinde kendisi açısından önemli olan olaylara yoğunlaşma becerisi gösterir ancak çevresel ayrıntıların daha az farkındadır. Uzun süreli olmasa da problem çözer ya da olaylar üzerinde etkin olarak mantık yürütür (60).

Şiddetli Düzeyde Anksiyete;

Bu anksiyete düzeyinde kavrama alanı önemli ölçüde azalmıştır. Kişi ayrıntılara yoğunlaştığından, çevresindeki olayları tam olarak algılayamaz ve farkında olduğu ayrıntılar arasında neden sonuç ilişkisi kuramaz. Birey, problem çözmek için dikkatini veremez ve mantık yürütmede zorlanır. Bu durumda kişiye yardım için profesyonel yardım gereklidir (60).

Panik;

Bu anksiyete düzeyinde bireylerde kavrama alanı tamamıyla parçalanmıştır. Kişi ayrıntılara yönelir fakat olaylar arasında bağlantı kuramaz. Çevresinde neler olduğunu kavrayamaz. Bireyin davranışları anormalleşmiş ve düşünce alanı düzensizleşmiştir. Bu durumda birey kendini ezilmiş, korkmuş hisseder, kriz aşamasındadır ve mutlaka profesyonel yardım gerekir (60).

2.4.3. Anksiyetenin Fizyolojisi

Anksiyete organizmayı tehdide karşı normal ve uyumsal tepki olarak kaçmak ya da savaşmak için hazırlayan bir durum olarak değerlendirilebilir. Bu hazırlık sempatik ve parasempatik sinir sisteminin etkileşmesi ile kontrol altında tutulan somatik ve otonom aktivite artışı ile tamamlanır (46).

İnsan bir tehditle karşılaştığında beyinde hipotalamus uyarılır. Hipotalamus hipofiz bezine ve sempatik sinir sistemine etki ederek çeşitli hormonların salgılanmasına yol açar. Sempatik sinir sisteminin uyarılması ile sempatik sinir liflerinden “norepinefrin”, adrenal bez medullasından “epinefrin” ve “norepinefrin” salgılanır. Norepinefrinin etkisi ile periferik damarlarda konstrüksiyon olur, kan basıncı

yükselir, cilt soğuk ve soluk olur. Periferik damarlardaki konstrüksiyon nedeni ile böbreklere giden kan azalır ve renin salgılanır. Renin anjiyotensin I ve anjiyotensin II salgılatır. Anjiyotensin II damarlarda konstrüksiyona, aldesteron ve antidiüretik hormon (ADH) salgılanmasına neden olur. Epinefrin etkisi ile kasılma gücü ve kalp atım hızı artar. Aynı anda, karaciğerdeki glikojenin glikoza dönüşmesini sağlayarak kan glikoz düzeyini de yükseltir (60).

Hipotalamus hipofiz bezini etkileyerek hipofiz ön lobundan adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve arka hipofizden ADH salgılatır. ADH böbreklerden suyun geri emilimini artırarak kan hacmini artırır. ACTH adrenal bezlerin korteksini etkileyerek aldesteron ve glikokortikoidlerin salgılanmasına yol açar. Aldesteron suyun geri emilimine neden olduğundan kan hacmi artar, idrar miktarı azalır. Glikokortikoidler protein ve yağlara etki ederek glikoza dönüştürür ve kan şekerinin artmasına yol açar. Böylece vücut sistemleri tehditten uzaklaşmak veya tehlide karşı koymak için bireye daha fazla enerji yaratır. Görsel kavramayı artırmak için göz bebekleri büyür. Gastrointestinal ve genitoüriner sistem yavaşlar, kusma, iştah kaybı, diyare, konstipasyon ve ağız kuruluğuna yol açar. Beyne kan akışının artması sonucu ruhsal uyanıklık artar, terleme ve menstrual değişimler görülür. Bu fizyolojik etkiler, anksiyetenin düzeyi ve süresine göre farklılık gösterir (60).

2.4.4. Anksiyetenin Nedenleri

Anksiyete genellikle duygu ve düşüncelerin kişinin benlik bütünlüğünü tehdit ettiğinde meydana gelen duygusal ve ruhsal çelişkilere bağlı olarak oluşur. Bununla birlikte bireyin biyolojik ve sosyal çevresindeki herhangi bir şeyin benlik bütünlüğünü tehdit etmesi de anksiyetenin kaynağını oluşturabilir.

Anksiyetede etiyolojik faktörler:

- Biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bütünlüğe neden olan tehditler,
- Dayanma mekanizmalarının/kaynaklarını aktif kullanamama,
- Dayanma stratejilerinin tüketilmesi,
- Dayanma kabiliyetini aşan stres düzeyleri,
- Çaresizlik,
- Tükenmişlik,

- Gerçekçi ya da ulaşılabilir olmayan ihtiyaçların/beklentilerin karşılanmaması,
- Uzun süreli hastalığa cevap,
- Özgüvene karşı hissedilen tehlike,
- Biyolojik, psikososyal, çevresel faktörler olarak sıralanabilir (70).

2.4.5. Anksiyetenin Belirtileri

Anksiyete belirtileri bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtiler olmak üzere dört gruba ayrılır.

1. Bilişsel Belirtiler

Başlıca bilişsel belirtiler duygusal belirtiler, düşünce zorlukları ve kavramsal zorluklardır (71, 72).

2. Duygusal Belirtiler

Anksiyeteli bireyin sesi heyecanlı ve titrek. Konuşmakta zorlanabilir. Kişiler arası ilişkilerinde endişeli, huzursuz ve gergindir. Korku, sinirlilik, çaresizlik, yetersizlik duyguları, panik, alarm duygusu, dikkatte azalma, yaratıcılığın azalması, karar vermede güçlük ve göz temasından kaçınma vardır (32, 62).

3. Davranışsal Belirtiler

Anksiyete yaşayan bireyler, bilinçli veya bilinçsiz olarak anksiyeteden kaçınmak, anksiyeteyi en aza indirmek veya ortadan kaldırmak için bazı davranışlar gösterirler. Bu uyum davranışları tehdidin yoğunluğuna, kişinin o andaki durumuna ve kişinin dayanma gücüne bağlıdır. Bu davranışlar bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarında gözlenebilir. Birçok anksiyeteli kişi, fizyolojik uyumda “savaş ya da kaç” tepkisinin kas iskelet sistemine etkisiyle, baş ağrısı ve yaygın ağrı yaşarlar. Anksiyetenin yarattığı enerjiye bağlı olarak bireyler eşyaları dağıtmak, kendi etrafında periyodik olarak dönmek, saçları karıştırmak, döşemeleri adımlamak ya da saymak gibi uyum davranışları gösterir (60).

4.Fizyolojik Belirtiler

Sempatik sinir sistemi aktive olur ve adrenalın salgır. Kan basıncı artar, bronşlarda genişleme olur, kalp atım hızı ve solunum sayısı artar, pupille dilate olur, deride

soğukluk, terleme, ağızda kuruluk, gastroentestinal sistem hareketlerinde azalma, iştahsızlık, bulantı, halsizlik, baş dönmesi, titreme görülür (20).

2.4.6. Gebelikte Anksiyete

Gebelik, fizyolojik bir olay olmasına rağmen gebelerin biyolojik, psikolojik ve sosyal durumlarını etkilemektedir (18). Gebelik, doğum ve emzirme, kadının fizyolojisini etkileyen birçok hormonal ve nörotransmitter sistem değişikliğine neden olur ve bu değişiklikler anksiyete bulgularını etkiler (53, 65, 73).

Gebeler oluşan ruhsal değişimlere kolaylıkla adapte olurken bazı gebelerde hafif, orta ve şiddetli düzeyde psikolojik sorunlar görülebilmektedir (74). Önceleri gebelerde anksiyete belirtilerinin düşük seviyede olabileceği düşünülürdü. Bu düşüncenin aksine, günümüzde çalışmalar gebelik ve doğum sonu dönemin anksiyete bozuklukları yönünden değişken etkileri olduğunu göstermiştir (8). Ayrıca gebelikte görülen anksiyete bozukluğu doğum sonu depresyon için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (26).

Anksiyete fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları etkileyerek doğum ağrısının algılanmasını da değiştirir. Anksiyete ağrı korkusuna, kontrol kaybına, anne ve fetüsün olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Gebenin anksiyete ve korku hissetmesiyle, anne adayının vücudunun uterusu kan akışını azaltan ve ağrı artışına neden olan katekolaminler gibi stres hormonlarını üretir. Uterusa giden kan akımındaki düşüş oksijen azalmasına ve ağırlı kontraksiyonlara sebep olur. Diğer yandan adrenalin miktarındaki artış doğum sırasında kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya neden olur. Bu nedenle doğum süresi uzar veya engellenir (75).

Çakır ve Can HADÖ kullanarak yapmış oldukları bir çalışmaya göre; gebelerde anksiyete oranını %34.1 olarak bulmuşlardır (18). Lee ve ark. aynı ölçeği kullanarak yapmış oldukları diğer bir çalışmada ise gebelerde anksiyete oranını %54 olarak tespit etmişlerdir (76). Vırt ve ark. Durumluk Kaygı Ölçeğini (DKÖ) kullanarak yapmış oldukları çalışmada gebelerin %35,6 sının yüksek kaygı yaşadıklarını, Sürekli Kaygı Ölçeğini (SKÖ) kullanarak yaptıklarında ise %90,4 ünün yüksek düzeyde kaygı yaşadıklarını tespit etmişlerdir (9). Andersson ve ark. ise PRIME-MD

ölçeği kullanarak yapmış oldukları çalışmalarında gebeliğin II. trimesterinde olan kadınların %6.2'sinde anksiyete bozukluklarının bulunduğunu saptamışlardır (35).

Stres, gebelik korkusu ve anksiyetenin obstetrik komplikasyonlarla ilişkisi araştırılmıştır. Bu araştırmalar sonucunda anksiyete ve doğum korkusu, 3 kat artmış ve preeklamsi, erken membran rüptürü, servikal diskinezi, doğum sırasında şiddetli ağrı, analjezik kullanımında artış olup, oksitosin kullanımı ve cerrahi doğum riskini de arttırdığı tespit edilmiştir. Yüksek düzeyde anksiyete bulguları, uterin arter direncini arttırarak fetüsün bulunduğu bölüme olan kan akışını azaltır. Bunun sonucunda gebelik komplikasyonlarından olan preeklampsi ortaya çıkar (73). Ayrıca anksiyete önemli bir maternal morbidite nedenidir. Anksiyete yaşayan gebelerin preterm eylem gerçekleştirme oranı iki kat daha fazladır. Bunun yanında uterusu giden kan akımının azalması anne karnında fetüsün gelişimini olumsuz etkileyebilir(77). Gebelik boyunca süren korku ve endişenin travmatik doğumla ilişkili olarak post-travmatik stres için güçlü bir etken olabildiği saptanmıştır. Serçekuş'un yapmış olduğu çalışmada gebelikte yoğun anksiyete yaşayan kadınların, doğum sonrası dönemde annelik hüznünü daha fazla yaşadıklarını, baş etme becerilerinin daha az olduğunu, bebeklerini doğumdan sonra daha az emzirdiklerini saptamıştır (78). Anksiyete bozuklukları sıklıkla gebelik ve postnatal dönemde görülebilir ve her iki durumda da anne ve bebeğin sağlığı için risk faktörüdür. Anksiyete bozuklukları erken fark edilip tedavi edilebilir (77).

2.5. Depresyon

Depresyon tüm dünyada en çok görülen önemli bir psikiyatrik sorun olan, insanın fonksiyonunu, yaratıcılığını, hayata karşı doyumunu ve mutluluğunu engelleyerek yaşam kalitesini düşürmektedir (5). Ayrıca bunun yanında intihar riskinin artmasına neden olur. Depresyon prevelans, kronikleşme ve yinelenme oranının yüksek olması nedeniyle de önemli bir toplumsal ve bireysel sağlık sorunudur (79).

Depresyon genel olarak;

- Daha önce kişiye zevk veren durumlardan ve olağan etkinliklerden artık zevk alamama ve bunlara karşı ilginin kaybolmasıyla kendini gösteren, tükenmişlik, karamsarlık, keder ve elem duygularıyla devam eden depresif bir duygu durumu,

- Hem mental, hem de fiziksel alanda enerji yoksunluğu ile kendini gösteren psikomotor aktivitede yavaşlama,
- Düşünce içeriğinde yavaşlama ile belirgin bilişsel yavaşlama,
- Kişinin fonksiyonlarının azalmasıyla kendini gösteren bir hastalıktır (80).

DSM V'e (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Fifth Edition Text Revision) göre depresyon tanı kriterlerinde yer alan belirtilerin beşinin veya daha fazlasının bulunmuş olması depresyon tanısı için yeterlidir (66).

Depresyonun tanımlanması, önlenmesi, tedavisi, tekrarlamadaki risk etkenlerinin saptanması önemli bir yer teşkil etmektedir. Depresyon, duygulanım bozukluğu biçiminde ortaya çıkabileceği gibi, birçok psikiyatrik ve tıbbi durumla da birlikte görülebilmektedir (79).

Medikal seyir çalışmasına göre depresif hastalıklardan kaynaklanan özürülük koroner arter hastalığı ile başa baş, kronik akciğer hastalığı ya da artritten daha fazladır. Depresif hastalıkların tedavi maliyeti ABD'de yılda 43 milyar doları bulmaktadır. Depresyon intiharlarının %80'i ile ilişkilidir. Yüksek oranda tedavi edilebilirdir, hastaların %80'i antidepresan tedaviye, psikoterapiye ya da her ikisine birlikte yanıt verir. Tanı ve tedavinin maliyeti diğer şiddetli medikal hastalıklara göre düşüktür. Ancak, tedavi edilmemiş depresyonun maliyeti çok büyüktür (81).

Majör depresif bozukluk erkeklerde %5-%12, kadınlarda %10-%25 olarak tespit edilmiştir. Depresif bozukluklar içinde en çok araştırması yapılan majör depresif bozukluk olmuştur. Erişkinlerde majör depresif bozukluğun toplum örneklemelerindeki nokta prevalansı erkekler için %2-%3 aralığında, kadınlar için %5-%9 aralığında değişmektedir (66).

2.5.1. Gebelikte Depresyon

Gebelik, üretken çağdaki kadınlar arasında yaygın görülen bir durumdur ve genellikle anne için bir mutluluk dönemi olarak algılanır. Gebelik doğal bir yaşam olayıdır (5). Bununla beraber bir doyum olduğu gibi kadında anksiyete de oluşturabilir (2). Bu sebeplerle gebelik, kadınlar için stresli bir yaşam olayıdır ve sık

sık depresyon ve anksiyete ile birleşmektedir (6). Depresyon gebelikte değişik düzeylerde en çok görülen ruhsal sorunlardandır (82). Bu bozukluklar, annedeki gebeliğe bağlı değişimle ilişkilendirildiğinden çoğunlukla tanımlanmamaktadır. Ayrıca, bu bozukluklar ilaçların gebelik dönemindeki potansiyel yan etkileri hakkındaki endişeler nedeniyle sıklıkla tedavi edilmemektedir (54). Tanımlanmayan ve tedavi edilmeyen gebelik depresyonu fetüsün ve annenin sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (82). Uluslararası çalışmalar 18-44 yaş arası kadınların sorunlarının başlıca sebebinin depresyon olduğunu göstermektedir (83).

2.5.2. Gebelikte Depresyon Sıklığı

Gebelik doğal bir olay olmasına karşın, anne organizmasında önemli psikolojik, fizyolojik ve anatomik değişikliklere sebep olur. Fertilizasyondan itibaren başlayan ve gebelik süresince devam eden bu değişiklikler, gerek annenin gerekse fetüsün sağlığını en iyi şekilde devam ettirmek, metabolik ihtiyaçlarını gidermek ve doğum için gereken anatomik değişiklikleri sağlamak amacıyla oluşur (3).

Yaygın düşüncenin aksine gebeliğin depresyondan koruyucu özelliği bulunmamaktadır. Gebelerde depresyon görülme sıklığı %9'dur (65). Farklı toplumlarda yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon görülme sıklığı şöyledir; Macaristan'da yapılan bir çalışmada gebelerde depresyon görülme oranı %17.9 olarak bulunmuştur (10). Pottinger ve ark. EDPÖ kullanarak yaptıkları çalışmada, tüm gebelik boyunca depresif bozukluk oranını %25 olarak belirlemişler ve bu durumun erken yaşta gebe kalma ve işsizlik ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir(11). Kurki ve ark. gebeliğin erken döneminde depresyon görülme oranının %30 olduğunu saptamışlardır (12). Marcus ve ark. gebelerde depresif belirti görülme oranını %20.4 olarak tespit etmişlerdir (13). Vırit ve ark. BDÖ'ne göre gebelerin %18.3'ü şiddetli düzeyde, %39.4'ü orta düzeyde ve %42.3'ü hafif düzeyde depresif belirti gösterdiklerini saptamışlardır (9). Yücel ve ark. PRIME-MD ölçeği kullanarak yapmış oldukları çalışmada ise gebelerin %20.7'sinde depresif bozukluk olduğunu tespit etmişlerdir. Aynı çalışmada gebelikte yapılan değerlendirmelerde, depresif belirti sıklıkları %27 ve %36 arasında olduğu bildirilmektedir (14). Karaçam ve Ançel gebelerde depresyon görülme oranını %27.9 olarak bulmuşlardır(15). Cebecinin BDÖ'ni kullanarak yaptığı çalışma sonucunda gebelerde depresyon

görülme oranının %12 olduğu belirlenmiştir (16). Ortaarık ve ark. yaptığı çalışmada gebelerin %26.2'sinde depresif bozukluk olduğu bulunmuştur (17). Sevindik çalışmasında gebelerde hafif düzeyde depresif belirti gösterme oranını %33.8, orta düzeyde depresif belirti gösterme oranını %23.8, şiddetli düzeyde depresif belirti gösterme oranını %12.5 olarak belirlemiştir (6). Tunç HADÖ'ni uygulayarak gebelik süresince yaşanan depresyon düzeylerini incelediğinde; %47'sinin depresyon puanlarının anlamlı olduğunu bulmuştur (19). Çakır ve Can ise yapmış oldukları çalışmada gebelerin %32.4'ünde depresyon olduğunu saptamışlardır (18).

Karataylı'nın yapmış olduğu çalışmada ise gebeliğin tüm trimesterlerinde, özellikle üçüncü trimesterinde depresyon belirti düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (84). Bennett ise gebelikte depresyon görülme yaygınlığını %7.4 olarak birinci trimesterde, %12.8 olarak ikinci trimesterde ve %12 olarak üçüncü trimesterde saptamıştır (85).

2.5.3. Gebelikte Depresyon için Risk Faktörleri

Depresyon çok faktörlü bir problem olmakla beraber çevresel ve genetik faktörlerden etkilenmektedir. Gebeliğin depresyona sebep olan veya depresif eğilimleri kötüleştiren bir stres faktörü olduğu bilinmektedir. Kadının kendi özgeçmişinde ailesiyle ilgili yaşadığı duygular, tutumlar veya örselenmeler gebeliğe ait tutumlarda etkilidir (3). Beslenme bozukluğu veya yetersiz/dengesiz gıda alımı, hormonal bozukluklar, gebelikte östrojen ve progesteron düzeyindeki artış, eş desteğinin olmaması, evlilik problemleri, yalnız yaşama, eşten ayrılma, düşük ekonomik gelir, sosyal destek azlığı ya da yokluğu, sosyal izolasyon, aile içi şiddet, geçmişinde fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet yaşama, sigara, alkol ve madde kullanımı, depresyon hikayesinin olması, gebeliğine yönelik olumsuz duygular ve geçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü gebelik depresyonuna etki eden faktörler olduğu belirtilmektedir (24, 25). Önceki doğumlarda komplikasyon yaşanması, doğum ekibi ve destek sağlanması konusunda güvensizlik yaşaması, ölüm korkusu ve doğum esnasında kontrolü kaybetme korkusu ve doğum esnasında dayanılmaz ağrı beklentisi içinde olunması risk faktörleri arasında sayılabilir (86). Bunların yanında kişinin düşük yapmış olması, şu anki gebeliğin yarattığı güçlükler ve ihtiyaçlar ve

yüksek ebeveynlik stresi de risk faktörleri ile ilişkilidir (22). Ayrıca istenmeyen gebelik, gebelik ile ilgili kararsızlık gebelik döneminde depresyon riskini artırır(87).

Literatürler incelendiğinde gebelikte depresyon için risk faktörleri araştırılmış ve şu sonuçlar bulunmuştur. Gebelikte; progesteron, östrojen, prolaktin, troidi stimüle eden hormon (TSH), hormon düzeylerinde önemli değişimler görülür. Gebelikte östrojen ve progesteron düzeyindeki artışla maternal depresyon arasında ilişki bulunmadığı, ancak yükselmiş TSH hormonu ile gebelik depresyonu arasında güçlü bir bağlantının olduğu belirtilmektedir (25). Gebelikte ruhsal sağlığın bozulmasına yol açan ve gebelikte depresyon için risk faktörleri olarak Yalçın Gözüyeşil ve ark. yapmış oldukları çalışmada genç yaşta gebe kalma, düşük eğitim düzeyi, işsizlik, düşük sosyo-ekonomik düzey, ilk evlilik yaşının küçük olması, eş ile uyumsuzluk ve eşten destek alamama ve istenmeyen gebeliklerin depresyon için risk faktörü olduğunu tespit etmişlerdir (22). Diğer bir çalışmada eşi işsiz olan dolayısıyla sosyoekonomik koşulları düşük olan gebelerin depresyon oranlarının arttığını belirtilmiştir (23). Karataylı yapmış olduğu çalışmasında gebeliğinde somatik yakınmalar ile depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir (84). Tunç yapmış olduğu çalışmada eşi çalışmayan, üç ve üzeri doğum yapan, aile desteği görmeyen, gebeliği planlı olmayan, bebek bakımında yetersizlik düşüncesi olan, geçirilmiş postpartum depresyonu olan gebelerde depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu tespit etmiştir (19). Leigh ve Milgrom Avustralya’da 367 gebe üzerinde yapmış oldukları çalışmada düşük benlik saygısı, sosyal destek azlığı, negatif bilişsel eğilim, önemli yaşam olayları, gelir düşüklüğü ve anksiyete varlığının gebelik depresyonu ile anlamlı bir ilişkileri olduğunu bulmuşlardır (88). Gebelikten önce psikiyatrik tedavi gören ve gebelik nedeniyle tedavilerini yarım bırakan depresyonlu kadınların %70’nin ilk trimesterde hastalıklarının tekrar ettiği tespit edilmiştir (89). Yücel ve ark. yapmış oldukları bir çalışmada PRIME-D ile değerlendirme sonucunda gebelerin %62’sinin bir veya daha fazla psikiyatrik belirti gösterdiğini belirtmişlerdir (14).

Kelly ve ark. yaptıkları çalışmalar sonucunda depresif ve anksiyete bozukluğu olan gebelerde normal gebelere göre anlamlı düzeyde fazla baş dönmesi, mide ağrısı, baş ağrısı, solunum yetmezliği ve mide bulantısı gibi somatik rahatsızlıklarının

görüldüğünü belirlemişlerdir (90). Bunevicius ve ark. Gebelikte Depresyon İçin Psikolojik Risk Faktörleri isimli çalışmaları sonucunda gebelik depresyonu ile en çok I. trimesterde karşılaştığını ve bu dönemde depresyonun yüksek oranda görülmesinin istenmeyen ve plansız gebeliğe bağlı olduğunu tespit etmişlerdir (82).

2.5.4. Gebelikte Depresyona Ait Semptomlar

Gebelerdeki depresyon belirtilerinin gebeliğin fizyolojik değişiklikleriyle mi yoksa altta yatan predispozan faktörlerle mi ilişkili olduğu tartışmalı olduğu için tanı koymak güçleşebilmektedir (29). Gebelikte depresyon çoğunlukla atlanabilmektedir. Gebelerde uyku ve iştah değişikliği, libido kaybı, zevk alamama gibi majör depresyonla benzeşen çok sayıda belirti ve bulguya rastlanılabilir. Bunlar gebelikte sıklıkla fizyolojik olarak görüldüğü için depresyon tanısının konulmasını güçleştirmektedir (84).

Gebelikteki depresif semptomlar genel depresyon semptomlarından farklı olmamakla beraber; depresyonda tükenmişlik, ilgide ve enerjide azalma veya zevk alamama çekirdek özelliklerdir. Konsantrasyon eksikliği, özgüven azalması, suçluluk hissetme, karamsarlık, kendine zarar verme veya özkıyım düşünceleri diğer sık görülen belirtilerdir. Ayrıca bu dönemde sosyal ve mesleki fonksiyon bozular.

Depresyon tanısı koyulması için en az iki hafta boyunca tablo sürmelidir. Her depresyon atağı farklı şiddette olabilir. Semptomların sayısı, tipi ve yoğunluğu, depresyonun şiddetini belirler (66).

2.6. Gebelikte Distresin Sonuçları

Gebelikte distres, psikiyatrik bozukluk olup tedavi alamayan gebelerin maternal morbidite ve mortalite hızında (intihar girişimleri dahil olmak üzere) artış görülmektedir (29). Gebelerin stres yaşaması fetal gelişimi ve gebeliğin devamını olumsuz etkiler, preterm eylemin gerçekleşmesine neden olur (27). Ayrıca distres, artmış uterin arter rezistansı (28), yüksek kortizol seviyeli bebek (30), preeklampsi, antepartum kanama, prematür bebek, düşük doğum tartılı ve apgar skorlu yenidoğan, yeni doğanda yutma güçlüğü, uyku bozukluğu, motor aktivitelerinde yavaşlama ve

stres, postnatal dönemde annede intihar riski, kardiovasküler ve irritable barsak hastalıklarında artış görülür (25).

Konu ile ilgili literatürlere bakıldığında gebelikte yaşanan distresin olumsuz sonuçları doğrulanmaktadır. Diego ve ark. yapmış oldukları çalışmada depresif gebelerin preterm eylem oranını %13, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranını ise %15 olarak bulmuşlardır. Aynı çalışmada gebelikte depresyon tanısı olan kadınların prenatal kortizol düzeyleri artmış, düşük doğum ağırlıklı bebek, fetüslerin gebelik haftasına göre daha küçük olduğunu tespit etmişlerdir (91). Helsinki de BDÖ kullanarak yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyonun preeklampsi riskini 2.5 kat arttırdığını tespit edilmiş ve prenatal depresyonun fetal büyümeyi etkilediği ve yenidoğanların düşük apgar skoru ile doğdukları belirlenmiştir (43). Stewart'ın çalışmasında gebelikte depresyon yaşayan kadınların bebeklerinde büyüme geriliği, beslenme bozukluğu, solunum bozukluğu, ishal gibi sağlık problemlerinin rastlanma oranının daha fazla olduğu belirtilmiştir (83). BDÖ kullanılarak 389 gebenin katıldığı başka bir çalışmada ise 21 ve üzeri puan alan gebelerde preterm eylem(< 37 hafta), gestasyonel yaşa göre küçük bebek doğurma (< 10. Persentil), düşük doğum ağırlıklı bebek olma riski (<2500 gr.), gebeliğin sağlıksız sonuçlama riskinin %5-%7 oranında arttığı bulunmuştur (92). Gebelikte görülen depresyon ile sigara kullanımı, alkol kullanımı ve madde bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu maddeler annenin ve fetüsün sağlığını olumsuz etkileyerek doğumun sağlıksız sonuçlanma riskini artırmaktadır (5). Gebelikte depresif belirtiler yaşayan kadınların kendine zarar verme ya da intihar riski yüksektir (83). Appleby çalışmasında gebelikte ve doğum sonrasında psikiyatrik morbidite yüksek bulunmuştur (93). Ayrıca yapılan prospektif çalışmalarda gebelikte anksiyete yaşayan gebelerin postpartum depresyon için risk faktörü oluşturduğunu belirtilmiştir (77).

2.6.1. Gebelikte Distresin Tanılanması

Gebelik distresi, doğurganlık yılları süresince pek çok kadının ortak sorunudur. Psikolojik distres genellikle klinik olarak depresyon, anksiyete ve/veya stres olarak tanımlanır (7). Gebelikte anksiyete bozuklukları yüksek oranda depresif bozukluklarla birlikte görülmektedir (26). Gebelikte görülen somatik yakınmalar, genellikle anksiyete ve depresyon belirtileri gebelikle ilgili hormonal ve fiziksel

değişikliklere bağlanmakta ve daha az tanı koyulabilmekte buna bağlı olarak da tedavi aksamaktadır (94). Ayrıca bu bozukluklar ilaçların gebelik dönemindeki potansiyel yan etkileri nedeniyle daha az tedavi edilmektedir (54, 84). Gebelerde distresi tanılmak için ölçek bulunmadığından dolayı önceki çalışmalarda depresyon ölçeklerinden yararlanılmıştır.

2.6.2. Gebelikte Distresin Önlenmesi

Kadın için gelişimsel kriz olarak tanımlanabilecek gebelik, biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir dönem olduğu kadar karmaşık sosyolojik ve psikolojik bir dönemdir. Gebelik bu karmaşık sürece uyum sağlamayı ve başa çıkmayı etkileyen önemli etkenlerden biri de kadının gebelikte sosyal destek alma durumudur (31). Sosyal desteğin gebelik ve annelik rolüne uyum sürecini pozitif yönde etkilediği, kadınların gebeliği daha mutlu geçirerek annelik rolüne daha çabuk alıştıkları ve postpartum dönemde daha az problemlerle karşılaştıkları belirtilmektedir (95). Arslan'ın yapmış olduğu çalışmada aylık gelir düzeyinin artmasının, gebelerin çalışma oranının artmasının depresyon düzeyini azaldığını tespit edilmiştir (23). Vırıt ve ark. ise gebelerde sosyal desteğin artmasının depresyon oranını düşürdüğünü ve eşi ile uyumlu olan gebelerin depresyon oranlarının azaldığını belirtmektedirler (9). Gebelik depresyonunu önlemedeki ilk adım risk altındaki gebelerin tespit edilmesidir. Sonrasında güvenilir tarama yöntemleri kullanılmalıdır.

Ayrıca gebelikte stresten korunmak anksiyeteyi önlemek için gebenin sağlıklı beslenmesi, yeterli derecede uyku alması, alkol, sigara ve maddeden uzak durması, egzersiz yapması, düzenli sağlık kontrollerine gitmesi, gebelikte kullanması gereken ilaçları düzenli kullanmaları, stresle başa çıkabilmek için gevşeme tekniklerini öğrenmesi önerilmektedir (96, 97).

2.6.3. Gebelikte Distresin Tedavisi

Gebelikte görülen depresyon için tedavi seçenekleri psikoterapi (kişisel veya grup), farmakoterapi (antidepresan ilaçlar) ve nonfarmakolojik biyolojik tedavilerdir (parlak-ışık terapisi, elektrokonvülf terapidir (EKT)) (29). Hafif ve orta dereceli depresif belirtiler için bilişsel-davranışçı veya kişilerarası terapiler kullanılabilir.

Gebelikte antidepresan ilaçların kullanımı için yeterli literatür bilgisi yoktur; yine de kullanılması gerekiyorsa potansiyel yan etkiler hakkında anneye bilgi verilmelidir. Çünkü gebeliğin son trimesterinde anneye antidepresan ilaç verilmesi durumunda doğumdan sonra bebekte çekilme sendromu oluşabilir. Ayrıca bu bebeklerde sık ağlama ve uyumama şeklinde ajitasyon, iritabilite belirtileri ve nöbetler ortaya çıkabilir (65). Işık tedavisi farmakolojik yaklaşıma alternatif olarak kullanılabilir. Bu tedavi yaklaşımı özellikle mevsimsel değişim gösteren duygudurumuna sahip hastalar ve gebeliklerinde antidepresan kullanmak istemeyenler için faydalı olmaktadır (98).

EKT gerek anne gerekse bebek için zararsız bir tedavi seçeneği olarak düşünülmektedir (65). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin EKT kullanımı konusunda katı kuralları vardır; EKT'nin sadece, ileri derecede psikotik veya akut suisidal girişimde bulunmuş olgularda ve diğer terapilerin veya ilaçların tedavide başarısız olduğu olgularda kullanılmasını önermektedir (29).

Tedavi planı yapılırken sadece hekimin ve hastanın değil uygunsu eşlerin, obstetrisyenlerin, yenidoğan uzmanlarının ve ebe/hemşirelerin de fikirleri alınmalıdır. Tedavi başladıktan sonra postpartum dönem dahil gebelik boyunca sıkı bir şekilde inceleme ve takip yapılarak relaps önlenmelidir (79). Kar-zarar oranına bakıldığında, gebelikte görülen depresyonun tedavi edilmesinin olumlu sonuçlar getireceği daha ağır basmaktadır (29).

2.6.4. Gebelikte Hemşirenin Rolü

Anne ve fetüs üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı gebelikteki psikiyatrik bozuklukların tanınması, risk etmenlerinin ve bozuklukların gebelikteki seyrinin bilinmesi, önlem alınması ve tedavinin planlanması için ebe/hemşire ve hekimlerin çok büyük sorumlulukları vardır (5, 26).

Gebelik döneminde kadın fizyolojik yönden değerlendirilirken psikososyal açıdan da değerlendirme yapılmalıdır. (87). Hemşirelik bakımı doğum öncesinde, gebeye yalnızca bilgi ve fiziksel bakım sağlamayı değil, aynı zamanda gözlem, destek verme, yardım etme, danışmanlık hizmetlerini de içermelidir (22). Özellikle kadınların gebelik döneminde sosyal destek sistemlerinin nasıl algıladıklarının

bilinmesi önem taşımaktadır. Ayrıca sosyal destek sistemlerini harekete geçirme ve olumlu yöne çevirme konusunda ebeler/hemşireler gebelere yardımcı olmalıdırlar(31).

Hemşirelerin/ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım, eğitim, danışmanlık, sorumluluklarıyla beraber, kişinin stres ve kaygı düzeyi saptanması, baş etme yöntemlerini kullanmasında ve sorunları çözmesinde yardımcı olma sorumluluğu vardır (32). Diğer bir önemli konu gebelerin ruhsal yönden bilgilendirilmeleridir. Bu bilgilendirme sadece konu hakkında eğitilmiş ve bilgi sahibi sağlık personelleri ile yapılabilir. Böylece gebelerin gebelik ile ilgili endişe ve kaygıları azaltılabilir ve gebeliğe adaptasyon kolaylaşabilir. Bununla birlikte gebelerde ve sağlık personellerinde gebelikle ilgili ruhsal farkındalığın artmasına, gebelik döneminde ortaya çıkabilecek ruhsal problemlerin erken tanınmasına, önlenmesine, erken müdahale edilmesine ve tedavisine imkan verecektir (99). Ayrıca bu dönemde anne adayının bilgilendirilmesi, açıklamalarla yönlendirilmesi faydalı olabilmektedir. Bunun yanında eş desteği şüphesiz çok önemlidir (100).

Gebede anksiyete belirtileri görüldüğünde yapılacak hemşirelik girişimleri arasında bireyde endişeli bir durum görüldüğünde anksiyeteye dönüşeceğinin bilinmesi, anksiyetenin fizyolojik, emosyonel ve davranışsal belirtilerine karşı dikkatli olunmasıdır. Kişinin anksiyetesini tanımlayabilmesi için kişi cesaretlendirilmeli ve iyi bir dinleyici olunmalıdır. Bireye yakınında olduğu hissettirilmeli ve gebenin stresli olduğu saptandığında güçlüklerle baş etmede kullandığı stratejiler tanımlanmalı, bireye yeni baş etme yöntemleri öğretilmeli, stresle baş edemediği durumlarda, baş etmesi için desteklenmelidir (20). Bu ruhsal tepki ve endişeler artarsa ya da gebeliği karmaşık bir duruma getirirse, psikiyatrist yardımı gerekebilir (100).

Yine gebelikte yaşanabilecek depresyonunun erken dönemde fark edilmesinde hemşire ve ebe olmak üzere sağlık çalışanlarının çok büyük sorumlulukları vardır. Ülkemizde de gelişmiş ülkelerde olduğu gibi gebelik depresyonuna yönelik sağlık çalışanlarınca tarama programları oluşturulmalı, yaygınlaştırılmalı, depresyon riski olan gebeler erken dönemde tespit edilmelidir (5). Gebeliğin son aylarında gebe sıkıntı ve heyecanda artış, iletişim kurmada zorluk, gebeliği inkar ya da kabullenmede zorluk sorunları ile baş etmede güçlük gibi karışık duygular

yaşayabilir. Hemşire/ebenin bu sorunları çözmede; anne adayının duygularını açıklamaları için desteklemek, gebeliğin, kadının ve ailenin yaşamındaki anlamını araştırmak, gebenin kendi bakımına aktif olarak katılmasını sağlamak, güvenilir bir iletişim yolu bulmak, ihtiyacı olan danışmalığı vermek ve gerekirse uygun bir profesyonel yardım için yönlendirmek gibi sorumlulukları vardır (20). Bunun yanında ebe ve hemşirelerin gebelere ilişkin tam bir değerlendirme yapmaları gerekmektedir. Bu değerlendirme görüşme ile başlayıp tüm risklerin araştırılmasını içermelidir. Değerlendirme sonunda kadının en çok ihtiyaç duyduğu bakım gereksinimi tanımlanıp bu yönde planlama yapılmalıdır (87).

Literatürde gebelik boyunca kaliteli bir hemşirelik/ebelik bakımı alan kadınların, gebelik döneminde daha az hastaneye yattığı, acil müdahaleye daha az ihtiyaç duyulduğu, travayda daha az analjezi ve anesteziye başvurulduğu, ağrıyla baş etmede nonfarmakolojik yöntemlerin daha çok kullanıldığı, spontan doğum oranlarında artma, sezaryen ve acil sezaryen oranlarında azalma olduğu belirtilmektedir (101). Ayan ve ark. yapmış oldukları doğuma hazırlık kursu ile gebelere verdikleri eğitim ile gebelerin; doğum korkusunu yendiklerini, doğum ağrılarını kontrol edebildiklerini, solunum ve gevşeme egzersizleri ile doğumu kolaylaştırdıklarını, zorlanmadan bebekleri ile iletişim kurduklarını, emzirme dönemini uyum içinde başarılı bir şekilde devam ettirdiklerini tespit edilmiştir (102). Tüm bu yaklaşımlarla gebelerde distresin önlenmesi, erken tanınması ve tedavi edilmesi sağlanacaktır. Bu şekilde distresin gebelik, doğum, doğum sonu, yenidoğan ve çocuk üzerine olumsuz etkileri ortadan kaldırılmış olacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma gebelerde distressi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Yapılan araştırma Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerinde Haziran-Kasım 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. İlgili hastane toplam 230 yatak kapasitesine sahip olup, doğum servisinde 19 yatak, doğum salonunda 5 yatak ve acil kadın doğum polikliniğinde 2 yatak mevcuttur. Toplam hemşire sayısı 294 ve ebe sayısı 75'tir. Doğum servisinde 9, doğum salonunda 9, acil kadın doğum polikliniğinde 4, Nonstres Testi Kliniği'nde (NST) 1 olmak üzere toplam 23 ebe, kadın doğum polikliniklerinde dönüşümlü olarak 4 hemşire çalışmaktadır. Toplam kadın-doğum uzmanı 8 kişi olup 4 adet normal kadın-doğum polikliniği ile 1 adet acil kadın-doğum polikliniği hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerine başvuran 12 hafta ve üzeri gebeler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise; Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerine Haziran-Kasım 2014 tarihleri arasında başvuran ve olasılıksız örneklem yöntemiyle evrenden seçilmiş olan ve araştırmaya katılma kriterlerini sağlayanlar ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 600 gebe araştırmaya alınmıştır. Örneklem alınma kriterleri:

- ✓ Gebelik haftasının 12 ve üzeri olması,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- ✓ İletişim ve işbirliğine açık olması,

- ✓ Görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olmaması.
- ✓ Tanı konulmuş herhangi bir psikiyatrik sorunu olmayan gebeler.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin Toplanmasında, "Gebe Bilgi Formu" ile "Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği" (Tilburg Pregnancy Distress Scale-TPDS) kullanılmıştır.

Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Formların doldurulması ortalama olarak 20-25 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları

Gebe Bilgi Formu (EK I): Literatür doğrultusunda (103) hazırlanan bu form gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini (yaş, eğitim, meslek, eş eğitimi, gelir, aile tipi, gebelik, sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası vb.) belirleyebilecek türde toplam 36 sorudan oluşmaktadır (EK I).

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Türkçe Formu (Tilburg Pregnancy Distress Scale-TPDS) (EK II):

Asıl adı Tilburg Pregnancy Distress Scale (TPDS) olan ve Pop ve ark. (104) tarafından 2011 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2013 yılında Çapık tarafından yapılmıştır. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği 16 maddeden oluşmaktadır. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Türkçe formu 4'lü likert tipinde (çok sık = 0 puan, oldukça sık = 1 puan, ara sıra = 2 puan, nadiren veya hiç = 3 puan) derecelendirilmekte, ölçeğin 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16. maddeleri ters puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek toplam puanın belli kesme noktasının (28 ve üzeri) üzerinde olması distres açısından risk altında olan gebeleri belirlemektedir. Alt boyutlar için kesme noktaları, eş katılımı alt boyutu için 10 ve üzeri, olumsuz duygulanım alt boyutu için 22 ve üzeridir. Ölçeğin Türkçe formu Ek II'de görüldüğü gibidir. Çapık'ın yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur (7). Bu çalışmada da Cronbach Alfa katsayısı 0.66 olarak belirlenmiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği puan ortalaması bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Gebelerin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eş eğitim düzeyi, eş çalışma durumu, aile tipi, gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, ilk evlilik yaşı, eş ile uyumluluk, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin istenme durumu, trimester, düşük/küretaj sayısı, canlı doğum sayısı, önceki doğum tipi, aile için planlanan çocuk sayısı, önceki gebeliklerde yaşanan sağlık problemi, önceki gebeliklerde sağlık personelinden gebelikle ilgili bilgi alma, önceki gebeliklerde sağlık personelinden doğumla ilgili bilgi alma, önceki gebeliklerde sağlık personelinden doğum sonu bilgi alma, önceki doğumlarda yaşanan problem, önceki doğumlarda doğum sonu problem, önceki doğumlarda bebeğin sağlığının tehlikeye girdiği durum, tercih edilen doğum şekli, gebeliğe ilişkin şu anda yaşanan duygu, eşin gebeliğe ilk tepkisi, bebeğin ailenin beklediği cinsiyette olma durumu, gebeliğin şu andaki veya gelecekteki hedefleri etkileme durumu, gebelik boyunca düzenli sağlık kontrollerine gitme durumu, gebelikle ilgili problemde destek olacak kişinin varlığı ve varsa en çok kimin destek olduğu araştırmada bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında, SPSS (Statistical Package For Social Sciencess) 17.0 paket programı kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdeler, bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Erzincan Üniversitesi Etik Kurulundan etik onayı (EK III), Erzincan İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesinden

yazılı izin (EK IV), Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin (EK II) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan yazardan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden sözlü onam alınmıştır.

Araştırma kapsamındaki gebelerin haklarının korunması amacıyla araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce gebelere, araştırmanın amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler anlatılarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesine, gebelerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "Özerklik" ilkesine ve "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Genel olarak 'Zarar Vermeme/Yarar Sağlama' etik ilkeleri yerine getirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırmanın sınırlılığı evrenden örneklemin rastlantısal olarak seçilmesi ve araştırmanın yapıldığı dönemdeki tüm gebelerin alınmamasıdır. Araştırma Sağlık Bakanlığı-Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesin Kadın-Doğum Polikliniğine başvuran gebelerde yapıldığından dolayı araştırma sonuçları bu guruba genellenebilir.

4.BULGULAR

Tablo 1. Gebelerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	Sayı	%
İlk Evlilik Yaşı (Ort=21.10±3.67)		
Yaş (Ort:27.42±5.36)		
17-24	205	34.2
25-29	183	30.5
30-34	146	24.3
35 ve ↑	66	11.0
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	29	4.8
Okur-yazar	22	3.7
İlköğretim	274	45.7
Lise	194	32.3
Üniversite	81	13.5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	98	16.3
Çalışmıyor	502	83.7
Eş Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	5	0.9
Okur-yazar	23	3.8
İlköğretim	185	30.8
Lise	240	40.0
Üniversite	147	24.5
Eş Çalışma Durumu		
Çalışıyor	569	94.8
Çalışmıyor	31	5.2
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	479	79.8
Geniş Aile	121	20.2
Gelir Düzeyi		
Kötü	38	6.3
Orta	366	61.0
İyi	196	32.7
Sosyal Güvence		
Var	540	90.0
Yok	60	10.0
Eş İle Uyumluluk		
Uyumlu	510	85.0
Bazen Uyumlu	79	13.2
Uyumsuz	11	1.8

Gebelerin demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Gebelerin ilk evlilik yaş ortalamalarının 21.10 ± 3.67 olduğu, yaş ortalamalarının 27.42 ± 5.36 olduğu, %34.2’sinin 17-24 yaş arası olduğu, %45.7 ‘sinin ilköğretim mezunu olduğu ve %83.7’sinin çalışmadığı bulunmuştur. Gebelerin eşlerinin %40’ının lise mezunu olduğu, %94.8’inin çalıştığı, gebelerin %79.8’inin çekirdek ailede olduğu, %61’inin gelir durumu orta olduğu, %90’ının bir sosyal güvenceye sahip olduğu ve %85’inin eşi ile uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Sayı	%
Canlı Doğum Sayısı (Ort= 1.067 ± 1.148)		
Aile İçin Planlanan Çocuk Sayısı (Ort= 2.53 ± 0.98)		
Gebelik Sayısı (Ort: 2.29 ± 1.30)		
1	200	33.3
2	179	29.8
3	132	22.0
4 ve üzeri	89	14.9
Yaşayan Çocuk Sayısı (Ort: 1.06 ± 1.12)		
Yok	223	37.2
1	202	33.7
2	121	20.1
3 ve ↑	54	9.0
Gebeliği İsteme Durumu		
İstiyor	393	65.5
İstemiyor	207	34.5
Trimester		
2. Trimester	190	31.7
3. Trimester	410	68.3
Düşük/Küretaj Sayısı		
Yok	459	76.5
1	114	19.0
2 ve ↑	19	4.5
Önceki Doğum Tipi (n=383)		
Normal	208	54.31
Sezeryan	175	45.69
Önceki Gebeliklerde Yaşanan Sağlık Problemi (n=383)		
Evet	60	15.7
Hayır	323	84.3

Tablo 2'nin devamı		
Önceki Gebeliklerde Sağlık Personelinden Gebelikle İlgili Bilgi Alma (n=383)		
Evet	272	71.0
Hayır	111	29.0
Önceki Gebeliklerde Sağlık Personelinden Doğumla İlgili Bilgi Alma (n=383)		
Evet	242	63.2
Hayır	141	36.8
Önceki Gebeliklerde Sağlık Personelinden Doğum Sonu Bilgi Alma (n=383)		
Evet	282	73.6
Hayır	101	26.4
Önceki Doğumlarda Doğum Problemi (n=383)		
Evet	69	18.0
Hayır	314	82.0
Önceki Doğumlarda Doğum Sonu Problem (n=383)		
Evet	58	15.1
Hayır	325	84.9
Önceki Doğumlarda Bebeğin Sağlığının Tehlikeye Girdiği Durum (n=383)		
Evet	57	14.9
Hayır	326	85.1
Tercih Edilen Doğum Şekli		
Normal	464	77.3
Sezaryen	136	22.7
Gebeliğe İlişkin Şuanda Yaşanan Duygu		
Olumlu	472	78.7
Olumsuz	54	9.0
Kararsızım	74	12.3
Eşin Gebeliğe İlk Tepkisi		
Olumlu	572	95.3
Olumsuz	28	4.7

Tablo 2'nin devamı		
Bebek Ailenin Beklediği Cinsiyette mi		
Belli Değil	50	8.4
Evet	410	68.3
Hayır	140	23.3
Gebeliğin Şuandaki veya Gelecekteki Hedefleri Etkileme Durumu		
Etkiler	282	47.0
Etkilemez	291	48.5
Kararsız	27	4.5
Gebelik Boyunca Düzenli Sağlık Kontrollerine Gitme Durumu		
Evet	560	93.3
Hayır	34	5.7
Kararsız	6	1.0
Gebelikle İlgili Problemden Destek Olacak Kişi Var mı		
Evet	564	94.0
Hayır	36	6.0
Cevap Evet ise En Çok Kimden (n=564)		
Eş	393	65.5
Akraba	156	26.0
Sağlık Personeli(doktor, hemşire, ebe)	15	2.5

Gebelerin obstetrik özelliklere göre dağılımı Tablo 2'te gösterilmiştir. Gebelerin ortalama gebelik sayısının 2.29 ± 1.30 olduğu, gebelik sayısı 1 olanların oranının %33.3 olduğu, yaşayan çocuğu olmayanların oranının %37.2 olduğu, %34.5'inin gebeliği istemediği, %76.5'inin düşük/küretaj olmadığı ve önceki doğum tipi incelendiğinde %45.69'unun sezaryen ile doğum yapmış olduğu bulunmuştur. Gebelere önceki gebeliklerinde yaşadıkları sağlık problemi sorulduğunda %15.7'si sağlık problemi yaşadıklarını, %84.3'ü ise sağlık problemi yaşamadıklarını ve %71'inin gebeliklerinde sağlık personelinin gebelikle ilgili bilgi aldıklarını, %63.2'sinin doğumla ilgili bilgi aldıklarını ve %73.6'sı doğum sonu bilgi aldıklarını belirtmiştir. Gebelerin önceki doğumlarda %18'inin doğum problemi yaşadıkları, %15.1'inin doğum sonu problemi yaşadıkları ve %14.9'unun önceki doğumlarda

bebeğin sağlığının tehlikeye girdiği belirlenmiştir. Gebelerin %77.3'ünün vajinal doğumu tercih ettiği, gebelerin eşlerinin %95.3'ünün gebeliğe ilk tepkisinin olumlu olduğu, %47'sinin gebeliğin şu andaki veya gelecekteki hedeflerini etkileyeceğini düşündüğü ve %93.3'ünün gebelik boyunca düzenli sağlık kontrollerine gideceğini belirttiği belirlenmiştir.

Tablo 3. Gebelerin TGDÖ'nden Aldıkları Puanların Dağılımı

TGDÖ		Ölçekten Alınabilecek En Düşük-En Yüksek Puanlar	Ölçekten Alınan En Düşük-En Yüksek Puanlar	Ortalama±SS
Alt Boyutlar	Eş Katılımı	0-15	0-15	3.10±3.49
	Olumsuz Duygulanım	0-33	2-33	19.66±6.68
Toplam		0-48	3-44	23.66±7.48

Gebelerin TGDÖ'nden aldıkları puanların dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir. Gebelerin TGDÖ toplam puan ortalamasının 23.66±7.48, eş katımlı alt boyut puan ortalamasının 3.10±3.49, olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalamasının 19.66±6.68 olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4. Gebelerin Ölçeğin Kesme Noktasına Göre Dağılımı (n=600)

Kesme Noktası	Toplam	
	Sayı	%
Distres Riski Olmayan	402	67.0
Distres Riski Olan	198	33.0

Gebelerin ölçeğin kesme noktasına göre dağılımı Tablo 4'da gösterilmiştir. Ölçeğin kesme noktasına göre değerlendirildiğinde; toplamda gebelerin %33'ünün (198 gebe) distreste olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre TGDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Sayı	%	Ort.±SS	Test ve p değeri
İlk Evlilik Yaşı (Ort=21.10±3.67)				r=-.029 p=.486
Yaş Grubu				
17-24	205	34.2	21.55±7.52	F=9.269
25-29	183	30.5	24.22±7.29	*p=.000
30-34	146	24.3	25.03±6.97	
35 ve ↑	66	11.0	25.60±7.66	
Eğitim Düzeyi				
Okur-yazar değil	29	4.8	25.68±8.45	
Okur-yazar	22	3.7	24.63±8.37	F=2.747
İlköğretim	274	45.7	24.35±6.99	***p=.028
Lise	194	32.3	22.35±7.59	
Üniversite	81	13.5	23.45±7.92	
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	98	16.3	21.03±8.157	t=-3.846
Çalışmıyor	502	83.7	24.17±7.24	*p=.000
Sosyal Güvence				
Var	540	90.0	23.63±7.49	t=-.298
Yok	60	10.0	23.93±7.51	p=.766
Gelir Düzeyi				
Kötü	38	6.3	23.95±7.65	F=2.66
Orta	366	61.0	23.11±7.48	
İyi	196	32.7	24.63±7.38	p=.071
Eş Eğitim Düzeyi				
Okur-yazar değil	5	.8	25.60±8.08	F=4.064
Okur-yazar	23	3.8	20.47±7.40	**p=.003
İlköğretim	185	30.8	25.20±7.20	
Lise	240	40.0	22.75±7.67	
Üniversite	147	24.5	23.63±7.20	
Eş Çalışma Durumu				t=.184
Çalışıyor	569	94.8	23.67±7.42	p=.854
Çalışmıyor	31	5.2	23.41±8.79	
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	479	79.8	23.49±7.62	t=-1.076
Geniş Aile	121	20.2	24.31±6.91	p=.282

Tablo 5'nin devamı				
Eş ile Uyumluluk				
Uyumlu	510	85.0	23.15±7.33	F=7.990
Bazen Uyumlu	79	13.2	26.65±7.86	*p=.000
Uyumsuz	11	1.8	25.45±7.30	

*p<0.001, **p<0.01, ***p<0.05

Gebelerin demografik özelliklerinden yaş grubu, gebelerin çalışma durumu ve gebelerin eş ile uyumluluğuna göre TGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5'de gösterilmiştir. 17-24 yaş grubunda olan gebelerin puan ortalamasının 21.55±7.52, 25-29 yaş grubunda olanların 24.22±7.29 olduğu, gebelerin çalışma durumuna göre çalışanların puan ortalamaları 21.03±8.157, çalışmayanların ise 24.17±7.24 olduğu, eş ile uyumlu olanların puan ortalaması 23.15±7.33, uyumsuz olanların puan ortalamaları 25.45±7.30 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (p<0.001, Tablo 5).

Gebelerin eğitim düzeyine TGDÖ puan ortalamalarına bakıldığında; gebelerde okur yazar olanların puan ortalaması 24.63±8.37, üniversite mezunu olanların puan ortalaması 23.45±7.92 olduğu belirlenmiştir (p<0.05, Tablo 5).

Gebelerin eş eğitim düzeyine TGDÖ puan ortalamalarına bakıldığında; gebelerin eşlerinde okur yazar olmayanların puan ortalaması 25.60±8.08 ve üniversite mezunu olanların puan ortalaması 23.63±7.20 olduğu belirlenmiştir (p<0.01, Tablo 5).

Tablo 6. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre TGDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Sayı	%	Ort.±SS	Test ve p değeri
Canlı Doğum Sayısı (Ort=1.067±1.148)				r=.280 *p=.000
Aile İçin Planlanan Çocuk Sayısı (Ort=2.53±0.98)				r=.101 *** p=.013
Gebelik Sayısı				
1	200	33.3	20.11±7.23	
2	179	29.8	25.01±7.17	F=12.313
3	132	22.0	26.01±6.18	*p=.000
4 ve üzeri	89	14.9	25.41±7.65	

Tablo 6'nın devamı				
Düşük/Küretaj Sayısı				
Yok	459	76.5	23.23±7.57	F=3.364
1	114	19.0	24.93±6.63	***p=.035
2 ve ↑	27	4.5	25.63±8.73	
Önceki Doğum Tipi (n=383)				
Normal	208	54.31	25.33±6.76	t= -.574
Sezaryen	175	45.69	25.74±7.24	p=.566
Önceki Gebeliklerde Yaşanan Sağlık Problemi (n=383)				
Evet	60	15.7	25.18±8.25	p=.656
Hayır	323	84.3	25.62±6.70	t=-.446
Önceki Gebeliklerde Sağlık Personelinden Gebelikle İlgili Bilgi Alma (n=383)				
Evet	272	71.0	25.37±6.87	p=.429
Hayır	111	29.0	25.10±7.17	t=-.791
Önceki Gebeliklerde Sağlık Personelinden Doğumla İlgili Bilgi Alma (n=383)				
Evet	242	63.2	25.11±6.79	p=.105
Hayır	141	36.8	26.31±7.18	t=-1.624
Önceki Gebeliklerde Sağlık Personelinden Doğum Sonu Bilgi Alma (n=383)				
Evet	282	73.6	25.95±6.96	t=1.902
Hayır	101	26.4	24.43±6.82	p=.058
Önceki Doğumlarda Doğum Problemi Yaşama (n=383)				
Evet	69	18.0	24.01±7.04	t=-2.036
Hayır	314	82.0	25.89±6.90	***p=.042
Önceki Doğumlarda Doğum Sonu Problem Yaşama (n=383)				
Evet	58	15.1	23.02±6.66	t=-3.046
Hayır	325	84.9	26.00±6.92	**p=.002
Önceki Doğumlarda Bebeğin Sağlığının Tehlikeye Girdiği Durum (n=383)				
Evet	57	14.9	24.33±7.32	t=-1.435
Hayır	326	85.1	25.76±6.88	p=.152

Tablo 6'nın devamı				
Yaşayan Çocuk				
Yok	223	37.2	20.40±7.25	
1	202	33.7	24.84±7.11	F=11.851
2	121	20.1	26.28±6.34	*p=.000
3 ve üzeri	54	9.0	26.75±7.42	
Gebeliği İsteme Durumu				
İstiyor	393	65.5	23.40±7.47	t=-1.141
İstemiyor	207	34.5	24.14±7.51	p=.254
Tercih Edilen Doğum Şekli				
Normal	464	77.3	23.67±7.20	t=.075
Sezaryen	136	22.7	23.61±8.41	p=.940
Gebeliğe İlişkin Şu Anda Yaşanan Duygu				
Olumlu	472	78.7	23.58±7.54	F=.123
Olumsuz	54	9.0	24.05±6.68	p=.884
Kararsızım	74	12.3	23.85±7.77	
Eşin Gebeliğe İlk Tepkisi				
Olumlu	572	95.3	23.60±7.51	t=-.841
Olumsuz	28	4.7	24.82±6.85	p=.401
Bebek Ailenin Beklediği Cinsiyette mi				
Belli Değil	50	8.4	23.52±6.74	F=.402
Evet	410	68.3	23.50±7.46	p=.669
Hayır	140	23.3	24.15±7.82	
Gebeliğin Şu Andaki veya Gelecekteki Hedefleri Etkileme Durumu				
Etkiler	282	47.0	21.75±7.74	F=18.629
Etkilemez	291	48.5	25.46±6.83	*p=.000
Kararsız	27	4.5	24.07±6.83	
Gebelik Boyunca Düzenli Sağlık Kontrollerine Gitme Durumu				
Evet	560	93.3	23.60±7.39	F=.444
Hayır	34	5.7	24.20±9.39	p=.642
Kararsız	6	1.0	26.16±4.22	
Gebelikle İlgili Problemde Destek Olacak Kişi Var mı				
Evet	564	94.0	23.68±7.45	t=.362
Hayır	36	6.0	23.22±8.11	p=.718

Tablo 6'nın devamı

Cevap Evet ise En Çok Kimden (n=564)				
Eş	393	65.5	23.06±7.33	F=3.234
Akraba	156	26.0	25.24±7.54	***p=.022
Sağlık Personeli (doktor, hemşire, ebe)	15	2.5	23.80±7.90	
Trimester				
2. Trimester	190	31.7	23.15±7.42	t=-1.131
3. Trimester	410	68.3	23.89±7.51	p=.259

*p<0.001, **p<0.01, ***p<0.05

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre TGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; önceki doğum tipi, önceki gebeliklerde yaşanan sağlık problemi, önceki gebeliklerde sağlık personelinden gebelikle ilgili bilgi alma, önceki gebeliklerde sağlık personelinden doğumla ilgili bilgi alma, önceki gebeliklerde sağlık personelinden doğum sonu bilgi alma, önceki doğumlarda bebeğin sağlığının tehlikeye girdiği durum, gebeliği isteme durumu, tercih edilen doğum şekli, gebeliğe ilişkin şunda yaşanan duygu, eşin gebeliğe ilk tepkisi, bebeğin ailenin beklediği cinsiyette olma durumu, gebelik boyunca düzenli sağlık kontrollerine gitme durumu, gebelikle ilgili problemde destek olacak kişinin varlığı ve trimesterlere göre ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (p>0.05, Tablo 6).

Gebelerin canlı doğum sayısına göre TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; pozitif yönde korelasyon olduğu belirlenmiştir ve aradaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0.001, Tablo 6).

Gebelik sayısına ve yaşayan çocuk sayısına göre TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilk gebeliği olanların puan ortalamaları 20.11±7.23, dört ve üzeri gebeliği olanların puan ortalamaları 25.41±7.65, yaşayan çocuğu olmayanların puan ortalamaları 20.40±7.25, üç ve üzeri çocuğu yaşayanların puan ortalaması 26.75±7.42 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (p<0.001, Tablo 6).

Gebeliğin şu anda veya gelecekteki hedefleri etkileme durumuna göre TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; şu anda veya gelecekteki hedefleri etkileyeceğini

düşünenlerin puan ortalaması 21.75 ± 7.74 , şu anda veya gelecekteki hedefleri etkilemeyeceğini düşünenlerin puan ortalaması 25.46 ± 6.83 olup, aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$, Tablo 6).

Önceki doğumlarda doğum problemi yaşama durumuna göre TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; doğum problemi yaşayanların puan ortalaması 24.01 ± 7.04 , problem yaşamayanların puan ortalaması 25.89 ± 6.90 olup, aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 6).

Önceki doğumlarda doğum sonu problem yaşama durumuna göre TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; doğum sonu problem yaşayanların puan ortalaması 23.02 ± 6.66 , problem yaşamayanların puan ortalaması ise 26.00 ± 6.92 olup ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.01$, Tablo 6).

Gebelikle ilgili problem olduğunda destek olacak kişisi olanların TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında eşim diyenlerin puan ortalaması 23.06 ± 7.33 , akrabalarım diyenlerin puan ortalaması 25.24 ± 7.54 olup aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 6).

5.TARTIŞMA

Ülkemizde gebeliğe özgü distresin tanılanmasına yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Gebelerde distresi tanımlamak amacıyla yapılan araştırmanın bulguları ilgili literatürle tartışılmıştır.

Çalışmamızda gebelerin ilk evlilik yaş ortalamasının 21.10 ± 3.67 olduğu, gebelerin %34.2'sinin 17-24 yaş aralığında, %45.7 'sinin ilköğretim mezunu, %83.7'sinin çalışmadığı, %79.8'inin çekirdek ailede yaşadığı, %61'inin gelir durumunun orta olduğu görülmüştür. Eşlerinin eğitim düzeyi ise %40'ının lise mezunu, %94.8'inin çalıştığı, %90'ının sosyal güvencesinin olduğu ve gebelerin %85'inin eşi ile uyumlu olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Araştırmamıza katılan gebelerin yaş ortalaması 27.42 ± 5.36 olarak bulunmuştur. Sevindik'in yaptığı çalışmada gebelerin yaş ortalaması 26.78 (6), Dağlar ve Nur'un çalışmasında gebelerin yaş ortalaması 27.4 (105), Karataylı'nın çalışmasında gebelerin yaş ortalaması 27.18 (84) olarak belirtilmiştir. TNSA(Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2013 yılı istatistiklerine göre kadınların en yüksek doğurganlık çağları yirmili yaşlardır; en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 25 ve 29 yaş aralığındadır (106). Birçok çalışma bulgusu çalışmamızdaki sonuçlarla paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda gebelerin %45.7'sinin ilköğretim, %32.3 'nün lise mezunu olduğu, eşlerinin ise %30.8'inin ilköğretim, %40'ının lise mezunu olduğu tespit edilmiştir. TNSA 2013 yılı verilerine göre 20-24 yaş grubundaki kadınların %31'i ortaokul, %48.5'i lise, 25-29 yaş grubundaki kadınların ise %14.6 ortaokul, %44.4 'ü ise en az lise mezunudur (106). Yalçın Gözüyeşil ve ark.'nın çalışmasında gebelerin %37.5'i ortaokul veya lise mezunu olduğu, eşlerinin ise %46.3 'nün ortaokul ve lise mezunu olduğu belirtilmiştir (22). Yücel ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise eğitim durumu ilköğretim olan gebelerin oranı %76.6 olarak tespit edilmiştir (14). Çalışma sonucumuz diğer çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin %83.7'sinin çalışmadığı tespit edilmiştir. Kılıçarslan'ın yaptığı çalışmada da kadınların %71.2'sinin herhangi bir işte çalışmadığı (88), Demiryay'ın yaptığı çalışmada ise gebelerin %67.8'inin çalışmadığı belirlenmiştir(4). Bu çalışmalar ülkemizdeki kadınların büyük çoğunluğunun gelir getiren bir işte çalışmadığını göstermektedir. Bulgularımız diğer çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Gebelerin eşlerinin çalışma durumuna baktığımızda eşlerin %94.8'i çalışmakta olup, %5.2'si çalışmamaktadır. Ortaarık ve ark.'nın çalışmasında gebelerin eşlerinin %98.4'ünün çalıştığı belirlenmiştir (17). Yapılan başka bir çalışmada ise eşlerin %95'nin çalıştığı belirtilmiştir (107). Bu sonuçlar doğrultusunda ülkemizde evin geçimini sağlayan erkeğin olduğu ve gelir getiren işlerde genelde erkeklerin çalıştığını söyleyebiliriz. Erkeğin çalışma oranının kadına göre çok daha fazla olmasında kültürümüzde erkeğin evi geçindirmesi düşüncesinin etkili olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %79.8'inin çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır. Demiryay'ın yaptığı çalışmada çekirdek aileye sahip gebelerin oranının %85 (4), Dağlar ve Nur 'un çalışmasında gebelerin %64.8 'nin (105) çekirdek aile yapısı içinde yaşadıkları belirlenmiştir. Oranın yüksek olmasını geçmiş yıllarda toplumumuzda geniş aile yapısının daha yaygın olması ve çalışma sonuçlarına göre günümüzde bu kültürel yapının artık değişmeye başlaması ile açıklayabiliriz. Bunun yanında ülkemizde geniş ailenin aile sağlığı ve birliği üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu düşüncesi ve çekirdek ailenin ise aile birliği açısından daha olumlu etkilerinin olduğu düşüncesinin yaygınlaşması ve ayrıca kadınların çalışma ortamına katılması, eğitim seviyelerinin artması, kanunlarla da kadınlara bazı hakların verilmesi ve bunun yanında ailede söz sahibi olmaya başlamalarının yani kısacası kadınların ülkemizdeki statülerinin artmaya başlamasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin gelir düzeyine ilişkin özellikleri incelendiğinde %61'inin orta gelir düzeyine yani gelirin gidere denk olduğu bulunmuştur. Demiryay'ın yaptığı çalışmada gebelerin %71.1'nin gelirinin giderine denk olduğunu saptamıştır (4). Yücel ve ark.'nın çalışmasında ise gebelerin %34.2'sinin aylık geliri düşük, %48.6'sının aylık geliri orta olarak belirtmiştir (14). Çalışmamız ve diğer çalışma bulguları karşılaştırıldığında benzer oranların bulunduğu görülmektedir.

Araştırmamızda gebelerin %90 'ının bir sosyal güvencesi olduğu ve %10'unun ise herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Arslan'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %95.8'inin sosyal güvencesi olduğunu %4.2'sinin ise herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı belirtmiştir (23). Araştırma çalışma bulgusu ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin canlı doğum sayılarını incelediğimizde ortalamasının 1.067 ± 1.148 olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Arslan'ın yapmış olduğu çalışmada ilk gebeliği olanların oranını %40.9, canlı doğum sayısı 1 olanın oranını %35.6, 2 canlı doğumu olanların oranını ise %17.5 olarak belirtmiştir (23). Demiryay'ın çalışmasında canlı doğum yapmayanların oranı %57.2, 1 canlı doğumu olanların oranı %36.1 olarak belirtilmiştir (4).

Araştırmaya katılan gebelerin planladıkları çocuk sayısı ortalaması 2.53 ± 0.98 'dir (Tablo 2). Bu sonuçlar doğrultusunda ailelerin aile içi çocuk sayısını planlamadaki oranın plan yapmayanlara oranla daha fazla olmasını, ailelerin aile içi planlanan çocuk sayısına karar vermede üreme haklarını ve etkili aile planlaması yöntemlerini kullanarak aldıklarını söyleyebiliriz. Bu da üreme haklarının insanlar üzerine olumlu etkisi olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %33.3'ünün birinci gebeliği, %14.9'unun 4 ve üzeri gebeliği olduğu bulunmuştur (Tablo 2.). Demiryay'ın çalışmasında gebelerin %47.8'nin birinci gebeliği, %5'nin 5 ve üzerindeki gebeliği olduğunu saptamıştır (4). Arslan'ın yaptığı çalışmada %34.7'sinin ilk gebeliği, %15.4'nün ise 4 ve üzeri gebeliği olduğunu belirtmiştir (23). Akbaş ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmalarında ilk gebelik oranının %28.8 olduğu belirlenmiştir (108). Araştırma bulgularımız literatürle paralellik göstermektedir. Çalışma sonuçlarına göre çoğul gebelik oranlarının azaldığını söyleyebiliriz. Ülkemizde etkili aile planlaması yöntemi kullananların oranlarının artması ve kadınların statülerinin artmaya başlamasının bu sonuçlarda etkili olduğu düşünülebilir.

Gebelerin %37.2'sinin çocuğunun olmadığı, %33.7'sinin bir çocuğa sahip olduğu, %9'unun ise 3 ve üzeri çocuğa sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 2.). Çalışmamızda yaşayan çocuk sayısı ortalamasının 1.06 ± 1.12 olduğu saptanmıştır. 2013 TNSA

verilerine göre Türkiye’de tüm kadınların sahip olduğu ortalama yaşayan çocuk sayısı 1.60 olduğu saptanmıştır (106).Yapılan diğer bir çalışmada gebelerin %57.7’sinin çocuğunun olmadığı, bir çocuğu olanların oranının ise %35.6 olduğu belirlenmiştir (4). Kılıçarslan’ın yaptığı araştırmada kadınların %66.2’sinin yaşayan çocuğa sahip olmadığını, %24.7’sinin yaşayan bir çocuğa sahip olduğunu ve gebelerin ortalama çocuk sayısını 1.5 olduğu belirlenmiştir(87). Araştırma sonucumuz ve diğer araştırma sonuçları Türkiye’de kadınların sahip oldukları çocuk sayısı oranının azaldığını göstermektedir. Bu sonuçlara göre kadınların çoklu doğum ve diğer riskli gebeliklerin olumsuz sonuçlarına yakalanma riskinin azalması ve kadınların için olumlu bir sonuç olarak düşünülmektedir.

Araştırmamızda gebelerin %65.5’inin isteyerek %34.5’inin istemeyerek gebe kaldığı tespit edilmiştir (Tablo 2.). Kılıçarslan çalışmasında kadınların %90.9’nun isteyerek, %9.1’nin istemeyerek gebe kaldığı belirlenmiştir (87). Arslan çalışmasında kadınların %80.1’nin gebeliği istediğini, %19.9’nun gebeliği istemediğini belirlemiştir (23). İstemeyerek gebe kalma oranlarında farklılık olması ve özellikle bizim çalışmamızda bu oranın yüksek olması bölgesel farklılıklardan kaynaklandığını düşündürmektedir. İstemeyerek gebe kalma oranlarının hala mevcut ve azımsanmayacak kadar çok olmasının etkili aile planlaması yöntemlerinin yetersiz kullanılması, kültürel farklılıklar ve verilen hizmetin yetersizliğinden kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmaya katılan gebelerin %31.7’i ikinci trimesterde, %68.3 ‘ü üçüncü trimesterdedir (Tablo 2.). Araştırmamızda gebelerin ikinci ve üçüncü trimesterde olmasının nedeni çalışmamızda kullandığımız TGDÖ’nin 12 hafta ve üzeri gebelere uygulanmış olmasından kaynaklanmaktadır. Sevindik’in çalışmasında gebelerin %20’sinin birinci trimester, %23.3’nün ikinci trimester, %56.7’sinin ise üçüncü trimester olarak tespit etmiştir(6). Arslan’ın yaptığı çalışmada gebelerin %29.8’inin birinci trimester, %41.2’sinin ikinci trimester, %29.03’ünün üçüncü trimesterde olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda I. trimesterdeki gebelerin alınmaması II. ve III. trimester gebe oranının diğer çalışmalara göre çok olması beklenen bir sonuçtur.

Gebelerin %76.5'nin düşük/küretaj yaşamadığı, %19'unun bir kez düşük/küretaj yaşadığı saptanmıştır (Tablo 2). Arslan'nın yapmış olduğu çalışmaya göre gebelerin %95.1'nin küretaj yaşamadığı, %92.3'nün ise düşük yaşamadığı ve %4.2'sinin 1 kez küretaj, %6.0'nın 1 kez düşük yaptığını bulmuştur (23). TNSA 2013 verilerine göre en az bir kez kendiliğinden düşük yapma oranının %23, en az bir kez isteyerek düşük yapma oranının ise %14 olduğu belirtilmiştir (106).

Gebelerin önceki doğum tiplerine baktığımızda %54.31'inin normal doğum yaptığı, %45.69'unun sezaryen olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Gündoğdu çalışmasında gebelerin %79.9'nun normal doğum yaptığını belirtmiştir(52). Kırcan çalışmasında gebelerin %70.6'sının normal doğum,%29.4'ünün ise sezaryen ile doğum yaptığını belirlemiştir (109).

Araştırmaya katılan kadınların önceki gebeliklerinde yaşadıkları sağlık problemi araştırıldığında; %15.7'sinin sağlık problemi yaşadığı ve %84.3'ünün herhangi bir sağlık problemi yaşamadığı saptanmıştır (Tablo 2). Gündoğdu'nun yapmış olduğu çalışmaya göre gebelerin %65.8'i önceki gebeliklerinde sorun yaşamadıklarını, %34.2'si ise sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir (52). Bu sonuçlar doğrultusunda gebelerin doğum öncesi bakım hizmeti almada yetersiz ve bilinçsiz olmaları ve etkin sağlık hizmetinin verilmemesinin olumsuz etkisi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin önceki gebeliklerinde sağlık personelinden gebelikle ilgili bilgi alma durumu incelendiğinde önceki gebeliklerinde %71'inin bilgi aldıklarını, %29'unun ise bilgi almadıklarını bulunmuştur (Tablo 2). Kaplan ve ark.'nın gebeler üzerinde yapmış olduğu çalışmada gebelerin %67'sinin doğum öncesi bilgiyi çoğunlukla hekimden aldığı (%70.7) belirlenmiştir. (32). Kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu dönemler hakkında bilgilendirilmesi bu dönemlere ait kaygıyı azaltacaktır. Gebeyi yakından takip etme olanağına sahip olan hemşirelerin bu eğitimde rol almaları önemlidir. Köse ve Pasinlioğlu'nun yapmış olduğu çalışmada gebelere doğum ve doğum sonu dönemlere ait verilen eğitimin bu dönemlerdeki endişeyi azalttığı belirlenmiştir (112). Günümüzde gebelerin hala bir sağlık personelinden bilgi almaması gebelerin bilinçsiz olması, sağlık hizmetlerinin sağlık personeli tarafından halka yetersiz verilmesi ile açıklanabilir.

Önceki gebeliklerinde sağlık personelinin doğum sonu bilgi alma durumunu incelediğimizde gebelerin %73.6'sı önceki gebeliklerinde sağlık personelinin doğum sonu bilgi aldıklarını, %26.4'ünün ise bilgi almadıkları saptanmıştır (Tablo 2). Sağlık personelinin gebelik döneminde kadınların hepsini yeterli bilgilendirmediği ve nedeninin verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük olması ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamındaki gebelerin önceki doğumlarda doğum problemi yaşama durumlarına baktığımızda; doğum problemi yaşayanlar %18, herhangi bir doğum problemi yaşamayanların oranı ise %82 olarak bulunmuştur (Tablo 2). Altınçelep çalışmasında gebelerin %27.6'sının doğumda sorun yaşadığını, %4.6'sının ise doğum sırasında sorun yaşamadığını tespit etmiştir (96). Gündoğdu yapmış olduğu araştırmasında gebelerin %83.9'u önceki doğumlarda doğum problemi yaşamadığını, %16.1'i ise problem yaşadığını belirtilmiştir (52). Çalışma sonucumuz ile diğer çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Gebelerin önceki doğumlarında sorun yaşamaları şimdiki gebeliğinde doğum ile ilgili endişe yaşamalarına ve sonuçta gebelikte distres yaşamalarına neden olabileceği düşünülmektedir.

Önceki doğumlarda doğum sonu problem yaşayanları incelediğimizde; gebelerin %15.1'inin önceki doğumlarında doğum sonu problem yaşadığını, %84.9'unun bir problem yaşamadıkları bulunmuştur (Tablo 2). Gebelerin önceki doğumlarında doğum sonu problem yaşamaları azımsanmayacak orana sahiptir. Gebelerin doğum sonu problem yaşamaları verilen doğum sonu hizmetlerinin yetersizliği ile açıklanabilir. Gebenin doğum sonu problem yaşaması şu anki gebelik sonucunda da aynı sorunun başına gelebilecek olması düşüncesi ile doğumun yaklaştığı III. trimesterde gebenin distresinin artmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Gebelerin önceki doğumlarda bebeğin sağlığının tehlikeye girdiği duruma baktığımızda ise; gebelerin %14.9'i önceki gebeliklerinde bebeğin sağlığının tehlikeye girdiğini, %85.1'i ise herhangi bir sorun yaşamadıklarını tespit edilmiştir (Tablo 2). Gündoğdu çalışmasında gebelerin %89.5'inin bebeğin sağlığıyla ilgili sorun yaşamadığını, %10.5'inin ise sorun yaşadığını tespit etmiştir (52). Çalışma sonucu ile çalışmamızın sonucu paralellik göstermektedir. Gebelerin önceki doğumunda bebeğinin sağlığının tehlikeye girmesi şu anki gebeliğinde distrese neden

olabileceği düşünülmektedir. Çünkü gebenin aynı sorunla tekrar karşılaşabilecek olma olasılığı distrese neden olabileceği söylenebilir. Bundan dolayı gebelerin hemşire/ebeler tarafında erken tanımlanması, gebeliği ve bebeğin sağlık durumu ile ilgili düzenli bilgilerin verilmesi ile gebelerde distres riskinin azalmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda gebelerin tercih ettikleri doğum şekli incelendiğinde, %77.3'ünün normal doğumu tercih ettiği, %22.7'sinin ise sezaryen doğumu tercih ettiği belirlenmiştir (Tablo 6). Duran Taşçı ve Atan Ünsal yapmış olduğu araştırmada kadınların sezaryen doğum ile ilgili görüşleri sorulmuş ve sezaryen ile ilgili, ağrı yaşanmaması, güvenilir olması gibi temalar ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada kadınlar daha çok sezaryen doğumun ağrı yaşanmayan bir yöntem olduğu, normal doğumda hissedilebilecek ağrıların olmadığını belirtmişlerdir (110). Gözükara ve Eroğlu'nun yapmış olduğu çalışma sonucunda ise sezaryen ile doğumun tercih edilme sebepleri arasında ise en fazla doğumdan / doğum ağrısından korkma (%71.1) ve bebek açısından daha sağlıklı olduğunu düşünme (%15.5) belirtilmiştir (111). Bütün bu bulgular sezaryen oranlarını arttırmakta ve bu oranı azaltmak için sağlık profesyonellerinin ve özellikle doğum öncesi bakım hizmetinin birincil sorumlusu hemşire ve ebelerin, gebeyi ve ailesini gebeliği süresince doğum ve doğum şekilleri konularında bilgilendirmeleri ve danışmanlık hizmeti vermeleri sağlanmalıdır.

Gebelerin TGDÖ'nden aldıkları puan dağılımlarını incelediğimizde ölçek toplam puan ortalamaları 23.66 ± 7.48 olduğu ve gebelerin orta düzeye yakın distres yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 3). Çapık'ın yapmış olduğu çalışmada ise ölçek puan ortalamaları 15.72 ± 9.31 olarak bulunmuştur (7). Bu sonuçların farklı olmasının nedeninin kültürel farklılıklar ve yaşanan ortamdan kaynaklandığı söylenebilir.

Gebelerin ölçeğin kesme noktasına göre dağılımını incelediğimizde gebelerin %67'sinde distres riski olmayıp, %33'ünün distres riski altında olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Yapılan bir çalışmada gebelikte distres prevalansı %41.7-%51 değerleri arasında farklılık göstermektedir (40). Pottinger ve ark., yaptıkları çalışmada, tüm gebelik boyunca depresif bozukluk oranını %25 olarak belirlemişlerdir (11). Vırit ve ark. Durumluk Kaygı Ölçeğini (DKÖ) kullanarak yapmış oldukları çalışmada gebelerin %35.6'sının yüksek kaygı yaşadıklarını, SKÖ kullanarak yaptıklarında ise

%90.4'ünün yüksek düzeyde kaygı yaşadıklarını tespit etmişlerdir(9). Çakır ve Can'ın çalışmalarında gebelerde anksiyete ve depresyon oranlarının sırasıyla %34.1 ve %32.4 olduğunu belirlemişlerdir (18). Dağlar ve Nur çalışmalarında gebelerin %50.7'sinde depresyon riski altında olduğunu belirlemişlerdir (105). Sonuçlarımız literatürler ile paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda gebelerde distresin mevcut olduğunu söyleyebiliriz.

Gebelerin demografik özelliklerine göre TGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; eğitim düzeyi, yaş, çalışma durumu, eş eğitim düzeyi ve eş ile uyumluluklarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.001$, $p<0.01$, $p<0.05$, Tablo 5).

Gebelerin ilk evlilik yaşı ile TGDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0.05$). Çalışmamıza benzer olarak Tekgöz ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada da evlilik yaşı ile anksiyete varlığı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (36). Ancak Yalçın Gözüyeşil ve ark.'nın çalışmalarında ilk evlilik yaşı ile depresyon puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı, erken yaş grubunda evlenenlerin depresyon puan ortalamalarını diğer yaş gruplarında evlenenlere göre yüksek tespit etmişlerdir (22). Fakat erken yaşta evlenme gebelik yaşını küçültecektir. Çalışmamızda gebelerin yaş grubu ile TGDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark olması ile bulgu paralellik göstermektedir. Yalçın Gözüyeşil'in çalışmasında evlilik yaşının küçük olmasının ile depresyonlarının yüksek olmasını gebeliğin yaşının küçüklüğü ile ilişkilendirebiliriz (22). Bu anlamda bu bulgu çalışma bulgumuzu desteklemektedir.

Gebelerin TGDÖ puan ortalamaları ile yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ve yaş grubu arttıkça puan ortalamalarının düştüğü ve yaş grubunun düşük olması puan ortalamalarını arttırdığı belirlenmiştir ($p<0.001$). Altınçelep'in çalışmasında gebelerin yaş grupları ile prenatal distres puan ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (96). Çapık'ın yaptığı çalışmada da TGDÖ puan ortalaması ile gebe yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. Ayrıca en düşük puan ortalamasının 25-29 yaş grubunda olduğu bulunmuştur (7). Pottinger ve ark., yaptıkları çalışmada erken yaşta gebe kalmanın tüm gebelik boyunca depresif

bozukluk oranı ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (11). Faisal Cury ve Menezes çalışmalarında anksiyete ve depresyon puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı olmadığını tespit etmişler fakat 14-19 yaş grubundaki gebelerin depresyon oranlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (113). Şahin ve Kılıçarslan'ın Edirne'de gebeler ile yaptıkları çalışmada yaşın depresyon skoru ile ilişkisi olmadığını belirtmişlerdir (114). Yapılan başka bir çalışmada depresyon puanlarının yaş gruplarına göre fark göstermediği belirlenmiştir (115). Bazı çalışma sonuçları ile çalışma sonucumuz benzerlik göstermektedir. Çapık çalışmasında 25-29 yaş aralığının ideal yaş aralığı olduğunu belirtmiştir ve bulgu ile bizim bulgumuz benzerlik göstermektedir. Ayrıca çalışmamız ve diğer çalışma sonuçlarına göre yaş grubunun düşük yaş grubunun düşük olmasının gebelikte distressi arttırdığını söyleyebiliriz. Bu sonuçlar doğrultusunda 25-29 yaş grubunun en ideal gebelik aralığı olduğunu söyleyebiliriz.

Gebelerin eğitim düzeyi ile TGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında okuyamaz olmayan ve eğitim düzeyi düşük olanların puan ortalaması daha yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu çalışmanın bulgularına bezer olarak Faisal Cury ve Menezes de eğitim durumu ile depresyon düzeyleri arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır (113). Yine Yılmaz ve ark.'nın çalışmasında eğitim düzeyi ile depresyon ve anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlılık belirlenmiştir (115). Fakat Altınçelep'in ve Şahin ve Kılıçarslan'ın çalışmasında gebelerin eğitim durumu ile distress düzeyleri arasında anlamlı derecede fark olmadığını belirtilmiştir (96, 114). Çapık çalışmasında kadınların eğitim düzeyinin yüksekliğinin doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha fazla yararlanmasına, gebeliğin getirdiği fiziksel ve psikolojik değişikliklerle daha iyi bir şekilde başa çıkabilmesine bağlamıştır (7).

Çalışmaya katılan gebelerin çalışma durumları ile TGDÖ puan ortalamaları çalışmayan gebelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirtilmiştir ($p<0.001$). Çelik ve ark. yaptıkları çalışmada gebenin çalışma durumu ile depresyon görülme durumu arasında anlamlılık saptamışlardır (99). Pottinger ve ark. çalışmalarında gebelerin çalışma durumları ile depresyon görülme durumları arasında anlamlılık tespit etmiştir(11).

Kılıçarslan'ın çalışmasında çalışan gebelerde daha az depresyon olduğu tespit edilmiştir (87). Çalışma durumu ile distres arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalarda değişik sonuçlar bulunmuştur. Tekgöz ve ark. yaptıkları çalışmada ise anksiyete durumu ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (36). Yine yapılan başka bir çalışmada gebelik sırasında çalışma durumu ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir (23). Çalışan kadının çalışma ortamında karşılaştığı riskler olmasına rağmen kadının kocasına olan ekonomik ve sosyal bağımlılığı azaldığı için otonomisi ve mental sağlığının olumlu etkileneceği düşünülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda çalışma bulgumuzdaki çalışan kadınların distresinin çalışmayanlara göre daha az olması beklenen bir sonuçtur.

Sosyal güvence ile TGDÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Yücel ve ark.'nın çalışmasında sosyal güvence ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (14). Bu bulgu çalışma sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin gelir düzeyi ile TDGÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$). Yücel ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmalarında aylık gelir ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yine benzer olarak Ortaarık ve ark.'nın çalışmasında da aylık gelir ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (17).

Eş eğitim düzeyi ile TGDÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; aralarındaki farkın anlamlı ve eşi üniversite olanların puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Yine çalışmamıza paralel olarak Kılıçarslan'ın çalışmasında eş eğitim düzeyinin artmasının gebenin depresyon durumunu azalttığını tespit edilmiştir (87). Çapık'ın çalışmasında ise eş eğitim düzeyi ile TGDÖ puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı fakat eşi üniversite olanların puan ortalaması daha düşük ve eşi ilkökul mezunu olanların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (7). Bu bulgu ile çalışma bulgumuz benzerlik göstermektedir. Arslan'ın çalışmasında ise gebelerin eşlerinin eğitim durumuyla anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirtilmiştir (23). Eşinin eğitim düzeyinin yüksek olması sosyo-ekonomik gücün yüksek olmasına ve eşin gebeyi daha iyi

anlayıp destek olması ile açıklanabilir. Bunun doğal sonu olarak gebelerin eşinin eğitim seviyesi yüksek olanların distreslerinin düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Gebelerin eş çalışma durumuyla TGDÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında aralarındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Tunç ve ark. gebenin eşinin çalışma durumu ile depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (19). Faisal Cury ve Menezes çalışmalarında eş çalışma durumu ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit etmişlerdir (113). Çalışmamız örnekleme alınan gebelerin tesadüfi olarak çoğunun eşlerinin çalışıyor olması ve çalışmayan grubun az olması çalışmamızın anlamlılık düzeyini etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin çekirdek aile ya da geniş aile tipine sahip olma durumu ile TGDÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık olmadığı fakat geniş ailede yaşayanların puan ortalamalarının diğerlerine göre daha çok olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Çalışmamızla paralel olarak Çapık'ın çalışmasında da TGDÖ puan ortalaması ile aile tipi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji çalışmasında çekirdek aile yapısına sahip gebelerin depresyon puanlarının geniş aile yapısına sahip olanlarıkinden düşük olduğunu tespit etmişlerdir (115).

Gebelerin eşleriyle bazen uyumlu ve uyumsuz olmaları TGDÖ puan ortalamalarını arttırmış ve aralarında istatistiksel anlamda anlamlı fark bulunmuş ($p<0.001$) ve eşi ile bazen uyumlu olan gebelerin puan ortalamasının yüksek, eşi ile uyumlu olan gebelerin puan ortalamasının düşük olduğu saptanmıştır. Vırit ve ark. çalışmalarında gebelik boyunca gebelerin eşleriyle uyumunun depresyon ve anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiş fakat çalışmamızla benzer olarak eşiyle uyumlu olmadığını belirten gebelerin depresyon puanlarının uyumlu olduklarını ifade eden gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirtilmişlerdir (9). Eşi ile uyumlu olan gebelerin distres puan ortalamasının düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre TGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, aile içi planlanan çocuk sayısı,

düşük/küretaj sayısı, önceki doğumlarında doğum problemi yaşama durumu, doğum sonu problem yaşama durumu, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin şu andaki veya gelecekteki hedefleri etkileme durumu ve gebelikle ilgili problemde en çok kimden destek aldığı ile aralarında puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanırken ($p<0.001$, $p<0.05$), önceki doğum tipleri, önceki gebeliklerinde yaşadıkları; sağlık problemi, sağlık personelinden gebelikle ilgili bilgi alma durumu, sağlık personelinden doğumla ilgili bilgi alma durumu, sağlık personelinden doğum sonu bilgi alma durumları, doğumlarda bebeğin sağlığının tehlikeye girdiği durum, gebeliğin istenme durumu, tercih edilen doğum şekli, gebeliğe ilişkin şu anda yaşanan duygu, eşin gebeliğe ilk tepkisi, bebeğin ailenin beklediği cinsiyette olması, gebelik boyunca düzenli sağlık kontrollerine gitme durumu, gebelik ile ilgili problem olduğunda destek olacak kişinin varlığı ve trimester ile TGDÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel yönden anlamsızdır ($p>0.05$, Tablo 6).

Çalışmamızda gebelerin TGDÖ puan ortalaması ile canlı doğum sayısı arasında $p<0.001$ ve aile için planlanan çocuk sayısı TGDÖ puan ortalaması arasında $p<0.05$ düzeyinde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Akbaş ve ark. ile Yalçın Gözüyeşil ve ark. çalışmalarında gebelik sayısı arttıkça depresyon oranının arttığını belirlemiştirlerdir. (22, 108). Planlanan çocuk sayısı gebe kalma sırasında stresin ortaya çıkmasına, gebelik sırasında planlanan bebeği kaybetme korkusuna neden olup distres riskine neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelik sayısı ile TGDÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuş olup gebelik sayısı arttıkça TGDÖ puan ortalamasının arttığı tespit edilmiştir ($p<0.001$). Arslan'ın yapmış olduğu çalışmada gebelik sayısı arttıkça depresyon ve anksiyete puanlarının arttığını belirlenmiştir (23). Çakır ve Can'ın çalışmasında gebelik sayısına paralel arttığı depresyon oranının da arttığı fakat anksiyete oranında önemli bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (18). Çelik ve ark.'nın çalışmasında gebelik sayısı ile depresyon sıklığı ve şiddeti arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtilmiştir (99). Faisal Cury ve Menezes çalışmalarında gebelik sayısı ile depresyon puan ortalamaları arasında anlamlılık tespit edilmişler fakat anksiyete puan ortalamaları ile gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlılık

bulanmamıştır (113). Altınçelep'in çalışmasında ise gebelik sayısı ile prenatal distres puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (96).

Araştırmamızda düşük/küretaj sayısı ile distres puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan bir anlamlılık bulunmuştur ($p<0.05$). Leigh ve Milgrom çalışmalarında düşük/küretaj varlığı ile depresyon arasında anlamlılık bulamamışlardır (88). Tekgöz ve ark. çalışmalarında küretaj öyküsü ile anksiyete arasında anlamlı fark olmadığını fakat düşük öyküsü ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptamışlardır (36). Ortaarık ve ark. anksiyete bozukluğu olan gebelerde düşük öyküsü oranını daha yüksek tespit etmelerine rağmen anksiyete bozukluğu ile düşük öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Yine aynı araştırmada küretaj öyküsü olanlarda anksiyete bozukluğu riskinin arttığını belirtmişler fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (17).

Gebelerin önceki doğum tipi ile TGDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli fark belirlenememiştir ($p>0.05$). Tekgöz ve ark. nın çalışmalarında sezaryen ve vajinal doğum öyküsü olanların anksiyete ile ilişkisini anlamsız bulmuşlardır (36). Çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Ancak gebelerin önceki doğum şekillerinin gebeler tarafından planlanmamış olması, planları dışında doğum şeklinin gerçekleşmesi ve doğuma yönelik yeterli bilgi alamamalarının doğumlarının olumsuz duyguya neden olup şu anki yaşadığı gebeliğinde olumsuz duygulanıma neden olup distresi arttırdığı düşünülmektedir. Çünkü gebenin aynı sorunla tekrar karşılaşabilecek olma olasılığının distrese neden olabileceği söylenebilir. Bundan dolayı gebelerin hemşire/ebeler tarafında doğum eylemi ile ilgili düzenli bilgilerin verilmesi ile gebenin distresinin azalabileceği düşünülmektedir. Bu dönemde hemşirelerin gebeyi yakından izlemesi ve doğum eylemine gebe ile birlikte karar verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan gebelerin önceki gebeliklerinde yaşadıkları; sağlık problemi, sağlık personelinden gebelikle ilgili bilgi alma durumu, sağlık personelinden doğumla ilgili bilgi alma durumu, sağlık personelinden doğum sonu bilgi alma durumları ve önceki doğumlarında bebeğin sağlığının tehlikeye girdiği durum ile TGDÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak

anlamsız olarak belirlenmiştir ($p>0.05$). Gebelerin çalışmamıza göre önceki gebelerinde sağlık problemi yaşama oranının ve bebeğin sağlığının tehlikeye girdiği durum açısından yüzde olarak az olmalarının ve bunun yanında yarından fazlasının bu dönemlere ait bilgi alması ve önceki gebeliklerindeki bilgi deneyimlerinin etkisi olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında bilgilendirme yapılmayan gebelerin oranının %29-%36.8 arasında olması azımsanmayacak bir orandır. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşire ve ebelerin bu konudaki farkındalıklarının artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan gebelerin TGDÖ puan ortalaması ile doğum problemi yaşama durumu ile doğum sonu problemi yaşama durumu arasında istatistiksel olarak önemli fark belirlenmiştir ($p<0.05$, $p<0.01$). Bu sonuçlar doğrultusunda kadının önceki deneyimlerinin olumsuz olmasının gebelikte distresi arttırması beklenen bir sonuçtur. Bu sonuçlar doğrultusunda özellikle önceki deneyimleri olumsuz olan gebelerin risk grubu olarak değerlendirilmeleri ve hemşire/ebeler tarafında düzenli takip ve bilgilendirme yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışma sonucuna göre yaşayan çocuk sayısı ile TGDÖ puan arasında anlamlı istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Arslan'ın çalışmasında yaşayan çocuk sayısı arttıkça depresyon ve anksiyete puanlarının arttığını belirtilmiştir (23). Karataylı gebelikte depresyon riskinin çocuk sayısı çocuk sayısı ile arttığını saptanmıştır (84). Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji çalışmalarında gebe kadınların yaşayan çocuk sayısına göre depresyon puanlarında fark olmadığını saptamışlardır (115).

Çalışmamızda gebeliği isteme durumu ile TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Yalçın Gözüyeşil ve ark.'nın yaptıkları çalışmada depresyon puan ortalamaları ile isteyerek gebe kalma durumları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (22). Bunevicius ve ark. gebelik depresyonunun plansız ve istenmeyen gebeliklerde anlamlı oranda yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (82). Çakır ve Can'ın çalışmalarında gebeliğin isteme şekli ile anksiyete puanı ortalamaları arasında anlamlılık tespit edilmemesine rağmen, depresyon puan ortalamaları ile anlamlılık tespit edilmiştir (18). Arch

çalışmasında gebeliğin istenme durumu ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (56).

Çalışma sonucuna göre eşin gebeliğe ilk tepkisi ile TGDÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Kılıçarslan yapmış olduğu çalışmada gebeliği öğrenince eşi sevenen kadınlarda depresyon ve kaygı düzeyinin daha düşük olduğunu tespit etmiştir (87).

Bebeğin ailenin beklediği cinsiyette olması ile TGDÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Araştırma bulgusuna paralel olarak Dağlar ve Nur'un çalışmasında bebeğin ailenin beklediği cinsiyette olması ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlılık saptanamamıştır (105).

Gebeliğin şuanda veya gelecekteki hedefleri etkileme durumu ile TGDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir ($p<0.001$). Bebeğin anneye bağımlı olarak yaşaması yani fizyolojik ve psikolojik gereksinimlerinin aile tarafından karşılanması ve aileye bağımlı olması aileyi de eve bağımlı hale getirmektedir. Buna bağlı olarak gebenin şu anki ve gelecekteki planları olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. Furber ve ark. gebelerin prenatal distres nedeniyle yaşam biçimleri, alışkanlıkları ve çalışma yaşamlarının olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir (116).

Gebelik boyunca düzenli sağlık kontrolüne gitme durumu ile distres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Çalışmamızda düzenli sağlık kontrolüne giden gebelerin oranının yüksek olması ve düzenli sağlık kontrollerine giden gebelerin gebelik risklerinin önlenmesi ve erken tanınması nedeni ile gebelikteki distresi azaltması beklenen bir sonuçtur.

Gebelik ile ilgili problem olduğunda destek olacak birinin varlığı ile TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan önemli bir fark tespit edilememiştir ($p>0.05$) Fakat gebelerin en çok destek aldığı kişi ile distres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir ($p<0.05$). Altınçelep'in çalışmasında da gebelik süresince destek olacak kişi ile prenatal distres

düzeyi arasında anlamlı fark bulamamıştır (96). Sonuçlar doğrultusunda gebelikte destek olacak kişilerin varlığının gebelerde distresi azalttığı söylenebilir.

Çalışmamızda gebelerin trimesterleri ile TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Tekgöz ve ark. 3. Trimester gebelerle yaptıkları çalışmada kadınların bir ya da daha fazla psikiyatrik tanı aldıklarını tespit etmişlerdir. En yaygın tanının ise anksiyete olduğunu belirtmişlerdir (36). Yine Eskici ve ark. çalışmalarında 3. Trimesterde gebelerde anksiyete oranı yüksek bulunmuştur (117). Karataylı'nın çalışması bizim çalışmamızla benzerlik göstermiş olup gebelerde trimesterler ile depresyon oranları arasında anlamlı fark bulamamıştır (84). Çapık'ın yaptığı çalışmada ise trimesterler ile TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında önemli bir fark belirlenmemiştir (7). Ortaarık ve ark. ikinci trimester gebelerde yaptıkları çalışmada en yaygın psikiyatrik tanının anksiyete bozukluğu olduğunu tespit etmişlerdir (17). Bunevicius ve ark. çalışmalarında gebelik depresyonunun en fazla I. trimesterde görüldüğünü belirtmişlerdir (82).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelerde distres (stres, anksiyete, depresyon) tanımlamak amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Gebelerin %33'ünün distres riski altında olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin yaş grubu, yaşayan çocuk sayısı, çalışma durumu, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, eş ile uyumluluk, eş eğitim düzeyi, doğum sonu ile ilgili problem yaşama durumu ve gebeliğin şu anda veya gelecekteki hedefleri etkileme durumuyla TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlılık olduğu ve bu değişkenlerle ilgili gebelerde distresin yaşandığı belirlenmiştir ($p<0.001$, $p<0.01$).
- Gebelerin eğitim düzeyi, düşük/küretaj sayısı, önceki doğumlarda doğum ile ilgili problem yaşama, aile için planlanan çocuk sayısı ve gebelikle ilgili problemde en çok kimden destek aldığı ile TGDÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Sosyal güvence, ilk evlilik yaşı, gelir düzeyi, eş çalışma durumu, aile tipi, gebeliğin istenme durumu, tercih edilen doğum şekli, gebeliğe ilişkin şu anda yaşanan duygu, önceki doğum tipi, önceki gebeliklerde yaşanan sağlık problemi, önceki gebeliklerde sağlık personelinde gebelikle ilgili bilgi alma durumu, doğumla ilgili bilgi alma durumu, doğum sonu bilgi alma durumu, eşin gebeliğe ilk tepkisi, bebeğin ailenin beklediği cinsiyette olması, gebelik boyunca düzenli sağlık kontrollerine gitme durumu, bebeğin sağlığının tehlikeye girdiği durum, gebelikle ilgili problemde destek olacak kişi var mı sorusuna evet diyenler ve trimester ile TGDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelik döneminde kadınların sadece fizyolojik yönden değil psikolojik yönden de yani gebenin bir bütün olarak değerlendirilmesi,

- Gebelerin gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerle ilgili sürekli bilgilendirilmesi ve bu dönemlere ait distresin azaltılarak bu dönemlere ait fiziksel ve ruhsal uyumun kolaylaştırılması,
- Gebelik döneminde kadının distres yaşamasında rol oynayabilecek faktörlerin belirlenmesi,
- Distres yaşadığı saptanan gebelerin düzenli olarak izlenmesi ve bu alanda çalışan sağlık ekibi tarafından tedavi ve bakım programlarının oluşturulması,
- Başta hemşire/ebeler olmak üzere tüm sağlık personelinin distres ile ilgili farkındalıklarının artırılması için hizmet içi eğitim programların düzenlenmesi,
- Ülkemizde bu konu ile ilgili çalışmaların yetersizliği nedeni ile araştırmacılara konu ile ilgili çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Kimya Y., Cengiz C. (1996) Maternal Fizyoloji. Kişnişci HA., (Editör). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güven Kitabevi.
2. Özkan S. (1993). Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kitabı. İstanbul: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.
3. Fenkçi İ.V. (2004). Maternal Fizyoloji. İçinde: Haberal A., Çelik Ç., Akyürek C., Çiçek MN. (Editörler). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Öncü Basımevi.
4. Demiryay A. (2006). Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Yüksek lisans tezi, Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
5. Yeşilçiçek Çalık K., Aktaş S. (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. Psikiyatride güncel yaklaşımlar, 3(1), 142-162.
6. Sevindik F. (2005). Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Yüksek lisans tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ.
7. Çapık A. (2013). Tilburg gebelikte distres ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
8. Weisberg RB., Paquette JA. (2002). Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. Women's Health Issues, 12(1), 32-36.
9. Vırt O., Akbaş E., Savaş HA., Sertbaş G. ve Kandemir H. (2008). Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Nöropsikiyatri arşivi, 45, 9-13.
10. Bodecs T., Horvath B., Kovacs L., Diffellne NM. ve Sandor J.(2009). Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based hungarian sample. Orvosi Hetilap, 150, 1888-1893.
11. Pottinger AM., Trotman-Edwards H. ve Younger N. (2009). Detecting depression during pregnancy and associated lifestyle practices and concerns among

women in a hospital-based obstetric clinic in Jamaica. *General Hospital Psychiatry*, 31, 254-261.

12. Kurki T., Hiilesmaa V., Raitasalo R., Mattila H. ve Ylikorkala O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 95(4), 487-490.

13. Marcus SM., Flynn HA., Blow FC. ve Barry KL. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 12, 373-380.

14. Yücel P., Çayır Y. ve Yücel M. (2013). Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 16, 83-87.

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

16. Cebeci SA., Aydemir Ç. Ve Göka E. (2002). Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 10(1), 11-18.

17. Ortaarık E., Tekgöz İ., Ak M. ve Kaya E. (2012). İkinci trimestir gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 16-20.

18. Çakır L., Can H. (t.y.). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi. *Turkish Family Physician*, 3(2), 35-42. Erişim: 29 Eylül 2014,

<http://www.turkishfamilyphysician.com/upload/2012-2/Gebelikte%20Sosyodemografik.pdf>

19. Tunç S. (2005). Gebelik ve cinsel doyum. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

20. Taşkın L. (2011). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

21. Efe H. (2006). Gebeliğin kadın cinselliği üzerindeki etkileri. Uzmanlık tezi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.
22. Yalçın Gözüyeşil E., Şirin A. ve Çetinkaya Ş. (Nisan 2003). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi [Poster]. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara.
23. Arslan B. (2010). Gebelerde anksiyete ve depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler. Uzmanlık tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
24. Muzik M., Marcus SM., Heringhausen JE., ve Flynn H. (2009). When depression complicates childbearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 36(4), 771-788.
25. Leung MYB., Kaplan BJ. (2009). Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. *American Tetic Association*, 109, 1566-1575.
26. Kalkan Oğuzhanoglu N., Varma Sözeri G. (2013). Gebelik sırasında ruhsal hastalıkların gidişi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3(4), 276-287.
27. Paarlberg KM., Wingerhoets JJM., Passchier J., Dekker GA. ve Geijn HPV. (1995). Psychosocial factors and pregnancy outcome: A review with emphasis on methodological issues. *journal of psychosomatic research*, 39(5), 563-595.
28. Teixeira JM., Fisk NM. ve Glover V. (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *British Medical Journal*. 318, 153-157.
29. Marakoğlu K., Şahsıvar MŞ. (2008). Gebelikte depresyon. *Aile Hekimliği*, 28,525-532.
30. Dorn LD., Susman EJ. ve Petersen AC. (1993). Cortisol reactivity and anxiety and depression in pregnant adolescents: a longitudinal perspective. *Psychoneuroendocrinology*, 18(3), 219-239.

- 31.** Mermer G., Bilge A., Yücel U. ve Çeber E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 71-76.
- 32.** Kaplan S., Bahar A. ve Sertbaş G. (2007). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 113-121.
- 33.** Simkin P., Whalley J., Keppler A., Durham J. ve Bolding A. (2010). *Hamilelik doğum ve bebek.* (Yeniçeri S., Çev.). İstanbul: Yakamoz Kitap.
- 34.** Yıldız F. Ü., Temiz G. (2007). *Doğum öncesi gelişim.* Konya: Atlas Kitapevi.
- 35.** Andersson L., Poromaa S. I., Wulff M., Astrom M. ve Bixo M. (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. 104(3), 467-476.
- 36.** Tekgöz İ., Sunay D., Çaylan A. ve Kısa C. (2009). Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 13(3), 132-136.
- 37.** Ayvaz S., Hocoğlu Ç., Tiryaki A. ve Ak İ. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 243-251.
- 38.** Altınay S. (1999). *Gebelikte depresyon pevelansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi.* Aile hekimliği uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi, Ankara.
- 39.** Aydın N., Güleç M. (2013). *Gebelik ve ruh sağlığı.* Yüksel Ş., Gülseren L., Başterzi AD. (Editörler). *Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı.* Ankara: TPD Yayınları.
- 40.** Richter J., Bittner A., Petrowski K., Junge Hoffmeister J., Bergmann S. ve Joraschky P. ve Weidner K. (2012). Effects of an early intervention on perceived stress and diurnal cortisol in pregnant women with elevated stress, anxiety, and depressive symptomatology. *Informa Healthcare*, 33(4), 162-170.

41. Çalışkan D., Öncü B., Köse K., Ocaktan ME. ve Özdemir O. (2007). Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: a community-based study in Turkey. *Informa Healthcare*, 28(4), 195-200.
42. Xu F., Austin MP., Reilly N., Hilder L. ve Sullivan EA. (2012). Major depressive disorder in the perinatal period: using data linkage to inform perinatal mental health policy. *Arch Womens Ment Health*, 15, 333-341.
43. Field T., Dieogo M. ve Harnandez-Reif M. (2006). Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behavior & Development*, 29, 445-455.
44. Oates M. (2003). Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *British Medical Bulletin*, 67, 219-229.
45. Matthey S. (2005). Assessing for psychosocial morbidity in pregnant women. *Canadian Medical Association Journal*, 173, 267-269.
46. Sadock BJ., Sadock VA. (2009). *Comprehensive textbook of psychiatry*. (Aydın H., Bozkurt A., çev.). Ankara: Güneş Kitabevi.
47. Baltaş A., Baltaş Z. (1990). *Stresle başa çıkma yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
48. Akça Ay F. (2012). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
49. Tarhan N. (1989). *Stres ve Hastalıklar*. İstanbul: Gri Ajans.
50. Köse H. (2009). *Dağcılar ve sedanterlerde öz bilinç ile depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkisi*. Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
51. Madazlı R. (Aralık 2005). *Gebelik ve Stres*. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyumu. İstanbul.
52. Gündoğdu G. (2013). *Son trimesterdeki gebelerin anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
53. Gümüüşdaş M., Ejder Apay S. ve Özorhan EY. (2014). Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-Sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri Meslekleri Dergisi*, 1(2), 32-42.
54. Carter D., Kostaras X. (2005). *Psychiatric disorders in pregnancy*. *BC Medical Journal*, 47(2), 96-99.
55. Hobel CJ., Dunkel-Schetter C., Roesch SC., Castro LC. ve Arora CP. (1999). *Maternal plasma corticotropin-releasing hormone associated with stress at 20 weeks'*

gestation in pregnancies ending in preterm delivery. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 180(1), 257-263.

56. Arch JJ. (2012). Pregnancy-specific anxiety: Which women are highest and what are the alcohol-related risks? Comprehensive Psychiatry, 54(3),217-228.

57. Hirsfeld-Becker DR., Biederman J., Saraone SV., Robin JA., Friedman D., Rosenthal JM. ve Rosenbaum JF. (2004). Pregnancy complications associated with childhood anxiety disorders. Depression and Anxiety, 19, 152-162.

58. Berksun OE. (2003). Anksiyete ve anksiyete bozuklukları. İstanbul: Turgut Yayıncılık.

59. Türk Dil Kurumu. (1998). 1.Baskı. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.

60. Öz F. (2010). Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: Mattek Matbaacılık.

61. Sürmeli A. (1997). Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

62. Öztürk O. (2002). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

63. Kocabaşoğlu N., Başer SZ. (Mart 2008). Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu. İstanbul.

64. Ceylan ME., Yazan B. (2000). Araştırma Klinik ve Uygulamalarda Biyolojik Psikiyatri. İstanbul: Altan Matbaacılık.

65. Kocabaşoğlu N. (Mart 2008). Anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu. İstanbul.

66. Köroğlu E. (2013). Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı DSM V TR. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

67. Alkın T., Onur E. (2007). Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bakış. (Köroğlu E., Güleç C.) Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: HYB Basım Yayın.

68. Öner N., Le Compte A. (1985). Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

69. Gökalp PG. (2000). Yaygın Anksiyete Bozukluğu. Tükel R (Editör) Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.

70. Bahar A. (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.

- 71.** Stein DJ., Hollander E. (2002). Textbook of Anxiety Disorder. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- 72.** Işık E. (2006). Anksiyete Belirtileri ve Tipleri: Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print.
- 73.** Gabbe SG., Niebyl JR. ve Simpson JL. (2009). Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler Tanır HM., Şener T. (Editörler). İstanbul: Nobel & Güneş Tıp Kitabevi
- 74.** Üst ZD., Pasinlioğlu T. Ve Özkan H. (Ekim 2011). Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi [Poster]. I. Uluslararası- II. Ulusal Ebelik Kongresi, Karabük.
- 75.** Kömürcü N., Ergin AB. (2008). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
- 76.** Lee AM., Lam SK., Lau SMSM., Chong CSY., Chui HW. ve Fong DYT. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1102-1112.
- 77.** Vythilingum B. (2009). Anxiety disorders in pregnancy and the postnatal period. *CME*, 27(10), 450-452.
- 78.** Serçekuş P. (2005). Nullipar kadınlarda normal spontan doğuma ilişkin korkular ve nedenlerinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- 79.** Marakoğlu K., Çivi S., Şahsıvar Ş. ve Özdemir S. (2006). Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi*, 7(3), 129-134.
- 80.** Işık E. (2003). Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaacılık.
- 81.** Jacobson JL., Jacobson AM. (2006). Psikiyatrinin Sırları (Kayaalp ML., Doğangün B., Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- 82.** Bunevicius R., Kusminskas L., Bunevicius A., Nadisauskiene RJ., Jureniene K. ve Pop VJM. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Informa Healthcare*, 88,599-605.
- 83.** Stewart D. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian family physician*, 51, (1061-1063).

- 84.** Karataylı S. (2007). Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri. Uzmanlık tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- 85.** Bennett HA., Einarson A., Taddio A., Koren G. ve Einarson TR. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. The American College of Obstetricians and Gynecologists, 103(4), 698-709.
- 86.** Kuğu N., Akyüz G. (2001). Gebelikte ruhsal durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23(1), 61-64.
- 87.** Kılıçarslan S. (2008). Edirne şehir merkezinde'ki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- 88.** Leigh B., Milgrom J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. BMC Psychiatry, 8(24), 24-34.
- 89.** Savrun M. (2008). Gebelik ve depresyon. Klinik Gelişim, 21(1), 164-166.
- 90.** Kelly RH., Russo J. ve Katon W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited?. General Hospital Psychiatry, 23, 107-103.
- 91.** Diego MA., Jones NA., Field T., Hernandez Reif M., Schanberg S., Kuhn C., Gonzalez Garcia A. (2006). Maternal psychological distress, prenatal cortisol and fetal weight. Psychosomatic Medicine, 68, 747-753.
- 92.** Steer RA. (1992). Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. Journal of Clinical Epidemiology, 45(10), 1093-1099.
- 93.** Appleby L. (1991). Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. British Medical Journal, 302 (6769), 137-140.
- 94.** Özdamar Ö., Yılmaz O., Beyca HH. ve Muhcu M. (2014). Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 45(2),71-77.
- 95.** Okanlı A., Tortumoğlu G. ve Kırpınar İ. (2003). Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4, 98-105.
- 96.** Altınçelep F. (2011). Gebelerdeki prenatal distress düzeyinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul.

- 97.** Sözeri C., Cevahir R., Şahin S., Semiz O. (2006). Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 93-104.
- 98.** Güdücü F., Çalıyurt O., Vardar E., Tuğlu C. ve Abay E. (2005). Majör depresyonda sertralin ile birlikte uygulanan uyku yoksunluğu ve ışık tedavisinin etkinliğinin sertralin tedavisi ile karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 245-251.
- 99.** Çelik F., Nadirgil Köken G. ve Yılmaz M. (2013). Gebelikte depresyon semptomlarının sıklığı ve depresyon gelişimini etkileyen faktörler. *Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi*, 7(2), 110-117.
- 100.** Şahsıvar MŞ. (2007). Riskli gebeliklerde depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- 101.** Patts NL., Mandlco B. (2007). *Pediatric nursing: caring for children and their families*. Australia: Thomson/ Delmar Learning, 201-230.
- 102.** Ayan A., Aksoy C. ve Edizkan Budak H. (2009). Doğuma hazırlık kursunun gebeler üzerindeki etkileri, 81. Erişim: 3 Ekim 2015 www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/Doguma_Hazirlik.pdf.
- 103.** Coşkun A., Kızılay Beji N., Hotun Şahin N., Yeşiltepe Oskay Ü., Küçük-Dikencik B., Yıldırım G. ve ark. (2008). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- 104.** Pop VJM., Pommer AM., Pop Purcelandu M., Wijnen HAA., Bergink V. Ve Pouwer F. (2011). Development of the Tilburg Pregnancy Distress Scale: the TPDS. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11, 80-87.
- 105.** Dağlar G., Nur N. (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36, 429-441.
- 106.** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 Ana Rapor. (2014). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı, Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Kalkınma Bakanlığı, Ankara.
- 107.** Avcıbay B. (2009). Gevşeme tekniklerinin travaydaki gebelerin anksiyete düzeyleri üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- 108.** Akbaş E., Vırt O., Kalenderoğlu A., Savaş AH. Ve Sertbaş G. (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri arşivi*, 45, 85-91.

- 109.** Satı Kırkan S. (2014). Gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler: bir izlem çalışması. Uzmanlık tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- 110.** Duran Taşçı E., Atan Ünsal Ş. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. Genel Tıp Dergisi, 21, 83-88.
- 111.** Gözükara F., Eroğlu K. (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 15(1), 32-46.
- 112.** Köse S., Pasinlioğlu T. (2015). Gebelere verilen doğum ve doğum sonu eğitimin bu dönemlere ilişkin endişeyi azaltmaya etkisi. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 2, 49-63.
- 113.** Faisal Cury A., Menezes PR. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. Archives of Women's Mental Health. 10, 25-32.
- 114.** Şahin EM., Kılıçarslan S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(1), 51-58.
- 115.** Dereli Yılmaz S., Kızılkaya Beji N. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi, 20(3), 99-108.
- 116.** Furber CM., Garrod D., Maloney E., Lovell K. ve McGowan L. (2009). A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. International Journal of Nursing Studies, 46, 669-77.
- 117.** Eskici L., Demir Akca AS., Atasoy N., Arıkan İ. Ve Harma M. (2012). Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri. Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi, 6(1), 210-216.

EK I
GEBE BİLGİ FORMU

Birey no.....

1-Kaç yaşındasınız?.....

2-Eğitim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar değil 2. Okur- yazar 3. İlköğretim 4. Lise 5.
Üniversite

3-İkametgah yeriniz?

1-İl

2-İlçe

3-Köy-Mezra

4-Çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

5-Sosyal güvenceniz var mı?

1. Var 2. Yok

6-Aile tipiniz nedir?

1. Çekirdek aile 2. Geniş aile

7-Gelir Düzeyi

1. Kötü 2. Orta 3. iyi

8-Kaç yıldır evlisiniz?

9-İlk evlilik yaşınız?.....

10-Kaçıncı gebeliğiniz?.....

11-Şuandaki gebelik ayınız nedir?

1. 0-3 aylık 2. 3-6 aylık 3. 6-9 aylık

12-Düşük/küretaj yaptınız mı sayısı?.....

13-Canlı doğum sayısı?.....

14-Yaşayan çocuk sayısı?.....

15- Aile için Planlanan çocuk sayısı.....

16-Önceki doğum şekliniz nedir?

17-Tercih ettiğiniz doğum şekli nedir?

- 1-Normal doğum 2-Sezeryan

18-Gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

1. Evet 2. Hayır

19-Gebeliğe ilişkin şu anda yaşadığınız duygular nedir?

1. Olumlu 2.Olumsuz 3. Kararsızım

20-Eşinizin gebeliğe ilk tepkisi nedir?

1. Olumlu 2.Olumsuz

21-Bebek ailenin beklediği cinsiyette mi?

1. Evet 2. Hayır

22- Gebeliğiniz şu andaki ve gelecekteki yaşam aktivitelerinizi, iş yaşamınızı veya hedeflerinizi etkileme durumu nedir?

- 1.Etkileyeceğini düşünüyorum
2. Etkilemeyeceğini düşünüyorum
3.Kararsızım

23- Gebeliğiniz boyunca düzenli sağlık kontrollerine gidecek misiniz?

1.Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

24-Önceki gebeliğinizde yaşadığınız sağlık probleminiz oldu mu?

1. Evet 2. Hayır

25- Önceki gebeliklerinizde bir sağlık personelinden gebelik ile ilgili bilgi aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

26- Önceki gebeliklerinizde bir sağlık personelinden doğum ile ilgili bilgi aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

27- Önceki gebeliklerinizde ve doğum sonunda bir sağlık personelinden doğum sonu bakım aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

28-Önceki doğumlarınızda doğum problemleri yaşadınız mı?

1. Evet 2. Hayır

29-Önceki doğumlarınızdan sonra doğum sonu problem yaşadınız mı?

1. Evet 2. Hayır

30-Önceki doğumlarınızda bebeğin sağlığının tehlikeye girdiği herhangi bir durum oldu mu?

1. Evet 2. Hayır

31-Gebeliğinizle ilgili herhangi bir problem olduğunda size destek olacak kişiler var mı?

1) Evet 2) Hayır

32-Cevabınız evet ise gebeliğinizle ilgili herhangi bir problem olduğunda en çok kimden destek alıyorsunuz?

- 1) Eşimden
- 2) Akrabalarımından
- 3) Arkadaşlarımdan
- 4) Sağlık personelinde(doktor,hemşire,ebe)

Eşinizin

33-Yaşı.....

34- Eğitim durumu

1. Okur-yazar değil
2. Okur- yazar
3. İlköğretim
4. Lise
5. Üniversite

35- Çalışıyor mu?

- 1) Çalışıyor
- 2) Çalışmıyor

36- Eşinizle uyumlu olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- 1)Uyumluyuz
- 2)Bazen uyumluyuz
- 3)Uyumsuzuz

EK II

TİLBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ

Aşağıda gebeliğiniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. **Son 7 gün** boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi **en iyi ifade eden** kutucuğu işaretleyin. Lütfen her bir soru için sadece bir cevap işaretleyin. Teşekkür ederim.

	İfadeler	Çok sık	Oldukça sık	Ara sıra	Nadiren veya hiç
1.	Gebeliğimden keyif alıyorum.	0	1	2	3
2.	Eşimle birlikte, gebelik sürecinden keyif aldığımı hissediyorum.	0	1	2	3
3.	Gebelikle ilgili endişelerim var.	0	1	2	3
4.	Gebelik eşimle beni daha da yakınlaştırdı.	0	1	2	3
5.	Doğum eylemi ile ilgili endişelerim var.	0	1	2	3
6.	Bebeğimin sağlığı konusunda endişelerim var.	0	1	2	3
7.	Doğumdan sonra işimle ilgili sorunlar yaşayabileceğim konusunda endişelerim var.	0	1	2	3
8.	Eşim tarafından desteklendiğimi hissediyorum.	0	1	2	3
9.	Doğumdan sonraki dönemle ilgili ekonomik durumumuza yönelik endişelerim var.	0	1	2	3
10.	Doğum esnasında kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum.	0	1	2	3
11.	Doğum eylemi ile ilgili seçenekler (normal doğum, sezeryan, ağrısız doğum, evde doğum vb.) üzerinde sıklıkla düşünüyorum.	0	1	2	3
12.	Doğum eylemi beni korkutuyor.	0	1	2	3
13.	Doğum eylemi ile ilgili anlatılan hikayeler beni çok geriyor.	0	1	2	3
14.	Gebeliğin getirdiği fiziksel rahatsızlıkların doğumdan sonra da devam edebileceği endişesini yaşıyorum.	0	1	2	3
15.	Duygu ve düşüncelerimi eşimle gerçekten paylaşabiliyorum.	0	1	2	3
16.	Gebelikte çok fazla kilo alacağım diye endişeleniyorum.	0	1	2	3

EK III

T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA

İlgi: 44495147/68-3663 sayılı yazı

30/05/2014


Konu: Tez Çalışması

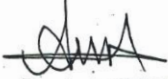
Erzincan Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurul Başkanlığı tarafından oluşturulan Uzman Kurulu Doç. Dr. Papatya KARAKURT başkanlığında 30/05/2014 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.


Karar:

Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nadire YILDIZ'ın "Gebelerde Distresin (stres, anksiyete, depresyon) Tanımlanması" adlı tez konusu görüşüldü;

İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğuna kurulun oy birliği ile karar verildi.


Doç. Dr. Papatya KARAKURT
Uzman Kurulu Komisyon Başkanı


Yrd. Doç. Dr. Arzu YILDIRIM
Üye


Yrd. Doç. Dr. Ümit NAYKI
Üye

EK IV

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

SAYI : 87227972 -904.01- 2090
KONU: Tez çalışması

18.06.2014

MENGÜCEK GAZİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

Erzincan Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans eğitimi yapan Nadire Yıldız'ın Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerinde "**Gebelerde Distresin (Stres, anksiyete, depresyon) tanımlanması**" konulu tez çalışmalarını yapabilmesi için gerekli kolaylığın sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.


Dr. Doç. Dr. İsmail YILMAZ
Genel Sekreter

EKİ:
1-Başvuru yazısı ve form

personel cevap yazıldı
Eğitim hemşirelerine
uyandırıldı

SAĞLIK BAKANLIĞI	
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ	
Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	
KAYIT	Tarih: 18.06/2014
	Sayı: 6421
HAVALE	Gereği: Eğitim Birimine
	Bilgi:

Dr. Doç. Dr. Fatih ÖZGÜÇEK
Başhekim

EK V

T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
YÖNETİM KURULU KARARI

KARAR TARİHİ : 09.07.2015

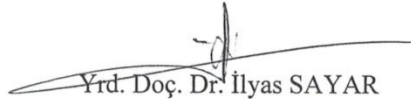
KARAR SAYISI : 9

Enstitü Yönetim Kurulu; Enstitü Müdürü Yrd.Doç.Dr.İlyas SAYAR 'ın Başkanlığında, Müdür Yardımcısı Yrd.Doç.Dr.Arda IŞIK, Üyeler; Prof.Dr.T.Abdulkadir ÇOBAN, Doç.Dr. Papatya KARAKURT, Yrd.Doç.Dr.Bariş GÜLHAN ile Enstitü Sekreteri (Raportör) Hikmet AKTAŞ'ın iştirakleri ile saat 12.⁰⁰'da toplanarak aşağıdaki kararı almışlardır.

KARAR 9/1

Hemşirelik Anabilim Yüksek Lisans öğrencisi Nadire YILDIZ ÇILTAŞ'ın Sınav Jürinin hazırladığı 09.07.2015 tarihli Sınav Tutanağı görüşüldü;

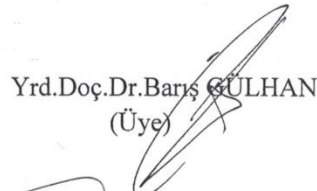
Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimi yapan 127801009 nolu öğrencisi Nadire YILDIZ ÇILTAŞ'ın; Yönetmeliği'mizin 23. maddesi kapsamında 01.07.2015 tarih ve 8/1 sayılı Yönetim Kurulu Kararı ile oluşturulan Tez jürisi üyeleri tarafından yapılan sınavda öğrencinin başarılı olduğu ve Tez İzleme Jürisinin 06.02.2014 tarihli Enstitü Yönetim Kurulunun 2014/2-3 nolu kararı ile belirlemiş olduğu "**Gebelerde Distresin (Stres, Anksiyete, Depresyon Tanımlanması**" tez başlığının sınavdan sonra; "**Gebelikte Distresin Tanımlanması**" şeklinde değiştirilmesi ile ilgili sınav tutanağının aynen kabul edilmesine oy birliği ile karar verildi.

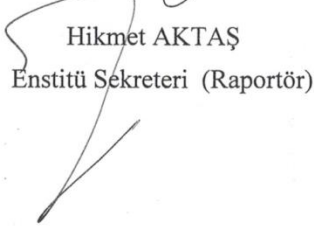

Yrd. Doç. Dr. İlyas SAYAR
Enstitü Müdürü (Başkan)


Yrd. Doç. Dr. Arda IŞIK
Enstitü Müdür Yardımcısı

Prof. Dr. T. Abdulkadir ÇOBAN
(Üye)

Doç. Dr. Papatya KARAKURT
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Barış GÜLHAN
(Üye)


Hikmet AKTAŞ
Enstitü Sekreteri (Raportör)