

T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GEBELİK DÖNEMİNDEKİ STRESÖRLERİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

Ebe Ayşe GÜLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ



İSTANBUL, 2013

T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GEBELİK DÖNEMİNDEKİ STRESÖRLERİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

Ebe Ayşe GÜLER

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Hediye ARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL, 2013

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Ayşe GÜLER



# İÇİNDEKİLER

	Sayfa
1. ÖZET .....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. GEBELİK ve YAKINMALARI.....	7
4.1.1. Gebelik Dönemlerinde Yaşanan Fiziksel ve Psiko-Sosyal Değişiklikler ve Yakınmalar.....	7
4.1.2. Yüksek Riskli Gebelikler .....	14
4.2. GEBELİK PSİKOLOJİSİ .....	31
4.2.1. Gebeliğin Kabul Edilmesinde Etkili Olan Psiko-Sosyal Faktörler.....	32
4.2.2. Gebelikte Ortaya Çıkan Psikolojik Sorunlar ve Nedenleri.....	32
4.2.2.1. Gebelik ve Anksiyete .....	34
4.2.2.2. Gebelikte Depresyon.....	34
4.2.2.2.1. Gebelik Depresyonunda Sağlık Personelinin Rolü.....	35
4.3. SAĞLIKLI BİR GEBELİĞİN GEÇİRİLMESİNDE SOSYAL DESTEĞİN ÖNEMİ .....	36
4.4. SOSYAL DESTEK DANIŞMANLIĞINDA EBE ve HEMŞİRELERİN ROLÜ.....	37
5. MATERYAL VE YÖNTEM.....	39
5.1. ARAŞTIRMA EVRENİ.....	39
5.2. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ .....	39
5.3. ÖRNEKLEME YÖNTEMİ.....	40
5.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER.....	40
5.5. VERİLERİN TOPLANMASI.....	40
5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	41
5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	43

6. BULGULAR.....	44
7. TARTIŞMA .....	78
8. SONUÇ.....	89
9. TEŞEKKÜR.....	93
10. KAYNAKLAR.....	94
EKLER	

## SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ

ABY:	Akut Böbrek Yetmezliği
EDT:	Erken Doğum Tehditi
EMR:	Erken Membran Rüptürü
DM:	Diyabetes Mellitus
GİS:	Gastrointestinal Sistem
GDM:	Gestasyonal Diyabetes Mellitus
HG:	Hiperemezis Gravidarum
CTS:	Karpar Tünel Sendromu
KVS:	Kardiyovasküler Sistem
KBY:	Kronik Böbrek Yetmezliği
MG:	Miyastenia Gravis
MS:	Multiple Skleroz
PKDÖ:	Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

Araştırma Proje Numarası: HEM/0852011

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar ve Etik kurulu tarafından 05/02/2013 tarihinde A-07 nolu karar ile onaylanmıştır.

## TABLolar LİSTESİ

Sayfa

### **Bölüm 1: Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerini İçeren Tablolar**

Tablo 1: Gebelerin Sosyo- Demografik Özellikleri .....	46
Tablo 2: Gebelerin, Eş ve Aile Bireylerinin Sağlık Durumları .....	48
Tablo 3: Gebelerin Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri .....	51
Tablo 4: Gebelerin Gebeliklerinin Bu Döneminde Yaşadıkları Fizyolojik/Psikolojik Şikayetleri .....	53
Tablo 5: Gebelerin Şimdi ki Gebeliğinde Yaşadıkları Hastalıklar/ Sorunlar .....	54
Tablo 6: Gebelerin Bebek Bakımı Yardımı ve Antenatal Eğitim Alma Durumu .....	55
Tablo 7: Gebelerin Gebelik Döneminde Karşılaşılan Stresörlerin Değerlendirilmesi .....	57

### **Bölüm 2: PKDÖ Ve Alt Boyutları Karşılaşmalarını ve İlişkilerini İçeren Tabloları**

Tablo 8: Gebelerin Çalışma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	59
Tablo 9: Gebelerin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	60
Tablo 10: Gebelerin Önemli Hastalık Geçirme Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	61
Tablo 11: Gebelerin Ameliyat Geçirme Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	62
Tablo 12: Gebelerin Önceki Gebeliklerinde Sağlık Sorunu Yaşama Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	63

Tablo 13: Gebelerin Jinekolojik Enfeksiyon/Hastalık Geçirme Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	64
Tablo 14: Gebelerin Şuan ki Gebeliklerinde Fiziksel/Ruhsal Sıkıntı Yaşama Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	65
Tablo 15: Gebelerin Eşlerinin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	66
Tablo 16: Gebelerin Abortus Geçirme Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	67
Tablo 17: Gebelerin Şuan ki Gebeliğinde Sağlık Sorunu Yaşama Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	68
Tablo 18: Gebelerin Bu Gebeliği Planlı Olma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	69
Tablo 19: Gebelerin Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	70
Tablo 20: Gebelerin Doğumdan Sonra Bebek Bakımı Konusunda Yardım Alma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	71
Tablo 21: Gebelerin Antenatal Eğitim Alma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	72
Tablo 22: Gebelerin Önceki Gebeliklerinde Erken Doğum Yapma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	73
Tablo 23: Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	74
Tablo 24: Gebelerin Yaş Gruplarına Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	75
Tablo 25: Gebelerin Yaş, Gebelik Haftası, Gebelik Sayısı ve Yaşayan Çocuk Sayısının PKDÖ ve Alt Boyutlarının Korelasyonları .....	77



## 1. ÖZET

**Amaç:** Çalışmamız, İstanbul Bilim Üniversitesi Avrupa Florence Nightingale Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Riskli Gebelikler ve Doğum Servisinde Yatan gebelerin gebelik döneminde hissettikleri/yaşadıkları stresörlerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

**Materyal ve Yöntem:** Çalışmamızın evrenini, İstanbul Bilim Üniversitesi Avrupa Florence Nightingale Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Mayıs 2012- Mayıs 2013 tarihlerinde başvuran ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Riskli Gebelikler ve Doğum Servisinde Kasım 2012-Mayıs 2013 tarihlerinde yatan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 280 gebeden oluşmaktadır. Verilerin toplanmasında, Gebe Tanımlama Formu, araştırmacılar tarafından hazırlanan Gebelik Döneminde Karşılaşılan Stresörlerin Değerlendirilmesi Anketi ve geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları yapılmış Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS v16.0 programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının % 37 sinin 26-30 yaş.( n:280 30,51±5,27). Gebelerin gebelik haftası ort 31,23±6,72, gebelik sayısı ort 2,1±1,43, yaşayan çocuk ort1,65±0,861 olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan gebelerin %59 u doğum sonrası bebek bakımı konusunda yardım alacaklarını, %41'i herhangi bir yardım almayacaklarını belirtmişlerdir. Gebelerin %71'i antenatal eğitim almadıklarını, %29'un antenatal eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmayan, önceki ve şimdiki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşayan, bu gebeliği plansız olanların, antenatal eğitim almayanların, üniversite düzeyi eğitim alanların ve 41 yaş ve üstü gebelerin ve PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır (p<0.05). Gebelerin yaşı, gebelik sayısı, gebelik haftası ve yaşayan çocuk sayısı ile anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır (p<0.005).

**Sonuç:** Çalışan ve üniversite düzeyi eğitimi olan, sağlık personeli tarafından antenatal eğitim alan, önceki ve şuan ki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşamayan gebelerin, jinekolojik ve obstetrik öyküsünde sorunu olmayan, eş ve aile bireylerinin sağlık durumu iyi olan, planlı gebelik olan, bebek bakımı konusunda destek bireyleri olan gebelerin gebeliklerine daha az stresörden etkilendikleri bulunmuştur (p<0.05).

**Anahtar sözcükler:** Normal gebelikte stresörler, Riskli gebelik stresörleri, Gebelik Stresörleri

## 2. SUMMARY

**Purpose:** Our study was planned descriptively in order to evaluate stressors experienced/felt in pregnancy period by pregnant women who applied to İstanbul Bilim University Avrupa Florence Nightingale Research and Application Hospital Gynecology and Obstetrics Polyclinic and stayed at İstanbul University İstanbul Medicine Faculty Risked Pregnancy and Maternity Service.

**Material and Method:** Our study covers 280 pregnant women who applied to İstanbul Bilim University Avrupa Florence Nightingale Research and Application Hospital Gynecology and Obstetrics Polyclinic between May 2012-May 2013 and stayed at İstanbul University İstanbul Medicine Faculty Risked Pregnancy and Maternity Service between May 2012-May 2013 and accepted to participate in our study. In collecting data, Pregnant Identification Form, Survey for Evaluation of Stressors in Pregnancy Period, validity-reliability tests and Prenatal Self-Evaluation Scale (PSES) were employed. The data were evaluated with SPSS v16.0 program.

**Findings:** Average age of 37% of participants in the study was 26-30 years ( $n:280$   $30,51\pm5,27$ ). Average week of pregnancy was  $31,23\pm6,72$ , average number of pregnancy was  $2,1\pm1,43$ , average number of living children was  $1,65\pm0,861$ . 59% of the pregnant women stated that they would receive post natal childcare assistance while 41% stated that they would not receive any assistance. 71% stated that they did not receive antenatal training while 29% stated that they received antenatal training. Statistically significant difference was detected between PSES and subdimensions of pregnant women who do not work, had health problem in previous and current pregnancy, had the current pregnancy unplanned, did not receive antenatal training, had university education and were 41 or older. ( $p<0.05$ ). Age, number of pregnancies, weeks of pregnancy and number of living children were found significantly correlated. ( $p<0.005$ ).

**Result:** Adaptation of to pregnancy was found significantly high for the pregnant women who worked and had university level education, received ante natal training from medical staff, had no health problems in previous or current pregnancy, had no problem in gynecologic and obstetric history, had health husbands and family members, support individuals in the care of pregnant women with baby pregnancies were less affected by the stressor.

**Keywords:** Stressors in normal pregnancy, risked pregnancy stressors, Pregnancy Stressors

### 3. GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelik, anne organizmasında çok sayıda önemli anatomik, fizyolojik, biyokimyasal ve psikolojik değişikliklere neden olur. Bu değişikliklerin nedeni; annenin gebelik ve doğum sırasında bazı risklerden korunması, doğuma hazırlanması ve fetüsün büyüme ve gelişmesinin sağlanmasıdır (1,2). Gebelik kadın yaşamında doğal bir olaydır. Ancak gebelik ve doğum dönemlerinin neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişiklikler, yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmayacak derecede fazladır. Bu nedenle gebelik kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir (1, 3, 4)

Gebelik ve doğum yaşam sürecinde normal bir evre olarak kabul edilir. Ancak; doğacak çocukların % 10-20'si, gebelerin ise % 20-30'u risk grubuna girmektedir. Perinatal morbidite ve mortaliteyi arttıran gebeliklere riskli gebelikler denir. Uteroservikal anomaliler, akut plasental ablasyon, ciddi oligohidroamnios, preeklampsi, diabetes mellitus, intrauterin infeksiyonlar en önemli nedenler olarak bildirilmiştir (58). Yüksek riskli gebelik, maternal ve fetal sağlığı tehdit eden, mortalite ve morbidite olasılığını artıran fizyolojik, sosyal ve emosyonel bir durumdur. Yüksek riskli gebelerin yakından takip edilebilmesi ve acil durumda hemen müdahale edilebilmesi açısından hastanede yatak istirahati tercih edilir. Ancak bu durum, gebe üzerinde fiziksel, duygusal ve ailesel yönden olumsuz etkilere yol açtığı ve gebenin gebeliğe özgü stresörlere ek olarak hastanede yatmaya bağlı olarak da gelişen stresörlere de maruz kaldığı görülmüştür. Hastanede kesin yatak istirahattaki riskli gebelerde fiziksel ve psikolojik stresörler belirlenmiştir. Fiziksel ve psikolojik şikâyetlerin birbirleri ile ilişkili olduğu ve hastanın demografik, obstetrik, sosyal destek kaynaklarına göre de artıp azaldığı saptanmıştır. Literatürde, hastaneye yatırılan yüksek riskli gebeler için kendilerine bakım veren sağlık profesyonelleri ile iletişimin çok önemli olduğu bildirilmiştir (4,5,6). Nitelikli bir ebelik ve hemşirelik bakımı gebenin doğum ve hastanede kalma deneyimini pozitif yönde etkilediği ve gebelikteki bu riskli durumların, annenin ve bebeğin sağlığını ve hayatını tehdit etmeden kontrol altına alınabileceği görülmüştür (58,60). Ayrıca hastanede kesin ve kısmi yatak istirahattaki yüksek riskli gebelerin fiziksel ve psikolojik şikâyetlerinin ve deneyimledikleri hastane stresörlerinin çoğunun giderilmesinde verilen kapsamlı ebelik ve hemşirelik bakımı, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin önemli ölçüde etkili olduğu bulunmuştur (7).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreç olmasına karşın, kadın vücudu için önemli bir yük ve stres oluşturmaktadır. Anne karnında bebeğin varlığı, gebeliğe özgü fizyolojik değişiklikler, aile ve sosyal yaşamda meydana gelen farklılıklar bu süreçteki psikososyal tepkilerin kaynağını oluşturmaktadır (3,4,7). Gebelik, kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır. Bu dönem, değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak da yorumlanır. Bu dönemde kadın gebeliği ve gelecekteki annelik rolünü benimsemesi gerekir (5). Her kadın gebeliği farklı olarak yasar. Gebelik karşısındaki tepkiler, bireyin anılarına, korkularına, sosyal ve ekonomik çevre koşullarına, isteklerine bağlı olarak değişir. Gebeliği ve anneliği normal olarak algılayan kadınların adaptasyonu daha iyidir. Gebeliğe karşı olumsuz duygular taşıyan kadınlarda baş ağrısı, bulantı, emosyonel gerilim gibi semptomlar ortaya çıkabilir. Gebe olmaya ya da ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak oluşmamaktadır. Çoğu zaman bireyler, bir çocuk doğurmaya yönelik kendilerini motive eden faktörlerin farkında değildirler. Böyle olduğunda gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum daha güç olmaktadır. Eşler, toplumda bir statü elde etmek, bir kaybın yerini doldurmak, cinsel yeteneği kanıtlamak için ya da kültürel baskılardan dolayı bir çocuğa sahip olmak isteyebilirler (5, 8, 9). Bu durum da gebelik için ayrıca bir stres kaynağıdır.

Gebenin, fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından belirlenmektedir. Birey istemese bile başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir. Anneliğe birçok toplumda bir yetişkin olarak bireyin yerine getirmesi gereken görev olarak bakılmakta ve kadınlar sosyal olarak bu göreve yönelik hazırlanmaktadır (5,8). Sağlık ekibi, doğum öncesi doğum ve doğum sonrası dönemlerde bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini verirken gebeliğin ailenin diğer bireyleri ile de ilgili olduğunun bilincinde olmalıdır. Gebenin ve eşinin eğitim durumu, ailede yaşayan birey sayısı, gebelik süresince sağlık personeli kontrolünde olma ve aileden algılanan sosyal destek puanlarının gebelerin problem çözme becerilerini etkilediği bulunmuştur (10).

Buran ve ark. yapmış olduğu çalışmada; %2,1 kadının gebelik kararını kendisi vermiş olup, %5,9 kadının esi karar vermiştir, %18,5 gebelik kararı kadının esinin anne ve babasının isteği ile gerçekleşmiştir. Şirin ve ark yaptığı çalışma sonucunda da, gebelik sorunları ile isteyerek gebe kalma durumları, çevre ile aile arasındaki uyumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca gebelerin depresyon düzeyleri ile eşleriyle uyumu,

gebelik süresince destek aldıkları kişiler arasında anlamlı ilişki tespit etmişlerdir (9). Gebelik depresyonunda psikososyal faktörler rol oynar. Bunlar; gebelik hakkında kararsızlık, planlanmamış gebelik, çocukluk çağı suiistimal öyküsü, küçük yaş veya olumsuz düşüncelerin bulunması, çocuk sayısının fazla olması, ev içinde şiddet veya evlilik çatışmaları, düşük eğitim düzeyi ve işsizlik, madde bağımlılığı ve sigara içmedir (11). Gebelerin yakından bağlı olduğu insanlar stres verici durumlarda sağladıkları desteklerle sorunun çözümüne aktif biçimde katılırlar. Destekleyici ilişkinin insanların yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık problemlerini önleme, stresin etkilerine karşı korunma ve baş etme çabalarının güçlendirilmesinde önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir. Sosyal destekler başa çıkma yollarını etkileyerek stres verici olay ile sonuç arasındaki bağlantıyı değiştirebilir. Gebe kadınların en önemli destek kaynaklarını yakın aile üyeleri, özellikle eşleri oluşturmaktadır (5).

Anksiyetenin, gebelik boyunca durağan olduğu gözlemlenmiştir. Gebeler, gebeliklerinin birinci ve üçüncü trimestirlerinde, gebeliğe özgü stresi, anlamlı ölçüde yüksek bildirirken durumluk anksiyetesi, üçüncü trimestirde, birinci ve ikinci trimestirlere oranla artış göstermiştir. Kötü evlilik durumu ve gebelikte yaşanan anksiyete, üçüncü trimestirde yüksek bulunmuştur. Ayrıca gebeliklerinin kariyerlerinde olumsuz etki yaratacağını düşünen kadınlarda gebelik sürecindeki anksiyetesi, üçüncü trimestirde yüksek bulunmuştur. Gebelikte, üçüncü trimestirde komplikasyon oluşması durumu, gebeliğe özgü yüksek stresin/anksiyetenin yüksek seviyeleriyle ilişkilendirilmiştir (12,13,14,15,16).

Gebelikte yaşanan stresin, gebelik süresini kısalttığı, erken doğum oranını, düşük doğum ağırlıklı yeni doğan oranını ve düşük yapma oranını arttırdığı görülmüştür. Annenin bedenindeki stres hormonları bebeğe ulaşır. Gebe bir kadın kronik olarak stresliyse veya aşırı stres deneyimliyorsa bebek de sağlıksız stres seviyelerine maruz kalabilir, bu da bebeğin beyin gelişimini etkileyebilir. Kronik ya da aşırı gebelik stresi bebeğin kan akışında da değişiklikler meydana getirebilir, bu da bebeğin gelişen organlarına oksijen ve gerekli besinlerin taşınmasını zor hale sokabilir. Buna ek olarak, kronik ya da ağır şekilde stresli olan gebeler kendilerini bunalmış ve yorgun hissedebilirler ve bu da yemek ve uyku alışkanlıkları ile doğum öncesi bakımın sürekliliğini etkileyebilir. Bütün bu faktörler gebelikte yaşanan gebelik stresinin doğmamış çocukta nasıl uzun vadeli etkiler bırakabileceğini açıklamaktadır. Son yapılan çalışmalar, gebelikteki stresin etkilerine

tampon işlevi görebilecek faktörleri incelemektedir. Gebenin, sosyal destek düzeyi önemli bir koruyucu faktör olarak gözükmektedir. Diğer koruyucu faktörler arasında, stresli durumları denetim altına alabilmek, sürekli antenatal bakım, düzenli hafif egzersiz, yeterli dinlenme, sağlıklı yeme alışkanlıkları, alkol, tütün ve diğer uyuşturuculardan uzak durmalarını sağlamakla gerçekleştiği görülmektedir. Bu koruyucu faktörlerin uygulanmasındaki en önemli nokta nitelikli bir ebelik ve hemşirelik bakımı olduğu görülmüştür.

## AMAÇ

Bu araştırmada, gebelerin, gebelik döneminde hissettikleri/yaşadıkları stresörlerin tanılanması, bu stresörlerin nedenlerinin araştırılması ve stresörlerle baş etmede büyük önemi olan destek sistemlerinin özellikle eş, aile ve sağlık personelinin ( ebe, hemşire ve doktor vb) etkilerinin değerlendirilmesi ve sağlıklı bir gebeliğin geçirilmesinde ekip çalışmasının içinde ebelik ve hemşirelik bakımın öneminin vurgulanması amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. GEBELİK ve YAKINMALARI

Gebelik, konsepsiyonel dönemden başlayıp doğumun gerçekleşmesine kadar geçen süre, yani 280 gün/10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay) veya 40 haftalık dönem olarak tanımlanır. Gebeliğin belirtileri genellikle kadınlarda, bulantı- kusma, yorgunluk, sık idrara çıkma, amenore, memelerde şişlik, gerginlik, vajina ve servikste mukus değişiklikleri ve karında büyüme gibi değişikliklerdir. Gebelik tanısı için idrarda ya da serumda Beta HCG tayini ile yapılır (17,18). Fetal kalp atımlarının alınması, ultrasonografiyle embriyo ya da fetüsün görüntülenmesi ya da sağlık profesyonellerince fetal hareketlerin algılanması gebeliğin varlığı için kesin tanıdır (17).

#### 4.1.1. Gebelik Dönemlerinde Yaşanan Fiziksel ve Psiko-Sosyal Değişiklikler ve Yakınmalar

Gebelik, anne organizmasında çok sayıda önemli anatomik, fizyolojik, biyokimyasal ve psikolojik değişikliklere neden olur. Bu değişikliklerin nedeni; annenin gebelik ve doğum sırasında bazı risklerden korunması, doğuma hazırlanması ve fetüsün büyüme ve gelişmesinin sağlanmasıdır (19,20). Gebelikte görülen rahatsızlıkların çoğu, fizyolojik ve anatomik değişimlerin bir sonucudur (5). Bu rahatsızlıklar yapı ve şiddet olarak gebeliğin evresine göre değişirler. Özellikle ilk ve son trimestirlerde ortaya çıkarlar. Fizyolojik değişiklikler; genital sisteminde, kas-iskelet sisteminde, kardiyovasküler sistemde, solunum sisteminde, hemotolijik sisteminde, gastrointestinal sistemde, üriner sistemde, merkezi sinir sisteminde, deride ve memelerde ve metabolik sistemde görülür. Gebelerde en sık rastlanılan fiziksel ve psikolojik yakınmalar; sık idrara çıkma, bulantı-kusma, iştahta artma-azalma, mide yanması, kokulara karşı hassasiyet, konstipasyon, diyare, hemoroidler, varisler ve ödem, kas krampları, bel ağrısı, baş ağrısı, yorgunluk hissi, halsizlik, sıkıntı hissi ve uykusuzluktur (5).

### **Hormonal sistem değişiklikleri ile ilgili yakınmalar**

Gebelikte endokrin sistemde yeni koşullara uyum sağlayacak şekilde yapısal ve fonksiyonel değişiklikler olur.

**Yorgunluk:** Gebelikte çoğunlukla ilk trimestirde görülen ve bazen de çok şiddetli olabilen yakınmadır. Genellikle gebeliğin 20. haftasında sonra geçer. Gebelikte oluşan normal fizyolojik değişiklikler, metabolik ihtiyaçların artması, bulantı-kusma, gebelikte yaşanan stres, anksiyete, depresyon, bulunulan ortamın sıcaklığı, ani pozisyon değişikliği ve uzun süre ayakta durma gebelikte yorgunluğa neden olan faktörlerdendir. Genellikle bu durumun progesteronun sedatize edici etkisine bağlı olduğu düşünölmektedir (21).

**Baş Ağrısı:** Gebelikte genellikle 26 haftaya kadar görülen baş ağrısının nedeni bilinmemekle birlikte, gebelikte oluşan hormonal değişiklikler, sinüslerde vasküler konjesyon olması, kan volümünün artması, uykusuzluk, yorgunluk, stres ve duygusal gerginliklerin baş ağrısına neden olduğu düşünölmektedir (22,23).

### **Üreme sistemi değişiklikleri ile ilgili yakınmalar**

**Lökore:** Vajinal mukozanın hiperplazisi ve östrojen düzeyinin yükselmesine bağlı olarak mukus üretimi artar. Vajinal akıntı koyu beyaz-sarı renktedir. Vajinal sekresyonun asiditesinin artması, gebeyi ve fetüsü enfeksiyonlara karşı korumasının yanı sıra candida albicans gelişimi için uygun bir ortam oluşturur ve kadınların gebelikte vajinitise yatkınlığını arttırır (21).

**Memelerde Hassasiyet:** Gebeliğin erken döneminde meme uçları ve areolarda renk değişikliği ve damarlanmaya bağlı hassasiyet görülürken, ikinci aydan sonra büyüme gözlenir. Bu değişiklikler sonucunda memelerde ağrı ve hassasiyet şikâyeti yaşanmaktadır.

### **Kardiyovasküler Sistem (KVS) Değişiklikleri İle İlgili Yakınmalar**

Gebelikte en önemli değişiklikler KVS' de görülür. Bunlardan en önemlisi kardiyak debi artışı ve renal, uterin kan akımındaki artmadır. Bu değişikliklerin nedeni, büyüyen fetüsün gerekli oksijen ve enerji ihtiyacını karşılamak ve bu sırada gebelik ve doğumda anne için gerekli depoları oluşturmaktır.

**Supin Hipotansif Sendrom:** Maternal pozisyon kardiyak debiyi büyük oranda etkiler. Sol yan yatar durumdan supin pozisyona değişiklik kardiyak debiyi %25–30 azaltabilir. Bu



azalmanın nedeni, gebe uterus tarafından vena kava inferiora bası oluşturulmasıdır. Böylece alt ekstremitelerden kalbe dönen kan azalır ve atım hacmi düşer. Bu durum sonucunda kan basıncı birdenbire düşer, bradikardi ve kollaps gelişebilir. Oluşan bu duruma supin hipotansif sendrom denir (21,24).

**Ödem:** III. trimestirde yaygındır. Bozulan venöz dönüş nedeniyle alt ekstremitelerde özellikle ayak bileklerinde ödem oluşur. Büyüyen uterus vena kava inferiora bası yapması, uzun süre ayakta kalma ya da oturma, hareket azlığı, sıkı giysiler ve sıcak hava ödem oluşmasında etkilidir. Alt ekstremitelerdeki ödeme ilave ellerde ve yüzde yaygın ödemin olması preeklamsi ve eklamsinin ilk belirtilerinden biri olduğu unutulmamalıdır.

**Varisler:** Gebelik esnasında bacaklarda diz arkası ve alt ekstremitelerde ve vulvada oluşabilirler. Varislerin meydana gelmesinde en önemli faktör genişleyen uterusun bacaklardan venöz dönüşü sağlayan venlere bası yapması, herediter faktörler (mevcut varisler), venlerin dilatasyonu, kan volümünde artma, aşırı kilo alma ve iri bebek, çoğul gebelik, ayakta kalmayı gerektiren işler variköz venlerin oluşmasına yatkınlığı artırır (23).

#### **Gebelikte Hematolojik Değişiklikler**

Gebeliğin 6–8 haftalarından itibaren kan hacmi artmaya başlar ve 30–32 haftalarda maksimum hacim olan 4700–5200 ml'ye ulaşır. Artış oranı, gebelik öncesine göre yaklaşık %45'tir (1200–1600 ml). Eritrosit volümündeki %20–30 artışa karşın plazma volümündeki %40–50 artış olması hemodilüsyona neden olur, gebelikte görülen bu duruma *fizyolojik anemi* denir ve yeterli demir alındığında tedavi gerektirmez. Hemodilüsyona 32–34 haftalarda maksimum düzeye ulaşır, dilüsyona bağlı olarak hematokrit ve eritrosit sayısı azalır (21,25,26,27).

Ortalama hemoglobin değeri (12-16gr / l) iken gebelikteki fizyolojik anemi dikkate alındığında 11gr / dl'nin altındaki kadınlar anemik olarak kabul edilirler (5,24). Gebelik sırasında kan hacminin artmasına bağlı olarak artan demir gereksinimi gıda ile karşılanmaz. Bu nedenle demir preparatlarının profilaktik olarak kullanılması gerekir. Lökosit sayısı 2.trimestirde artar ve en yüksek değerine 3. trimestirde ulaşarak gebelik öncesi değerlere post partum 1. hafta içerisinde döner (5,24,28). Trombosit sayısı gebelikte

düŖer, doğumdan hemen sonra belirgin bir trombosit azalması görölür ancak birkaç günde normale döner (21).

Gebelikte bazı koagölasyon faktörleri artar. Serum fibrinojen düzeyi yaklaşık %50 artar. Protrombin zamanı (PT) ve parsiyal tromboplastin zamanı a PTT gebeliğin ilerlemesi ile kısalır. Kanama ve pıhtılaşma zamanı değişmese de klasik olarak gebelik sırasında koagölasyon yeteneğinin arttığı öne sürölmektedir.

#### **Kas ve İskelet Sistemi Değişiklikleri İle İlgili Yakınmalar**

Gebelikte büyüyen uterus nedeniyle öne doğru kayan yerçekimi merkezinin bacaklar üzerinde tutulmasını sağlamak için lomber lordoz geliŖir bu durum gebelerde bel ağrılarına neden olur. Kollarda ağrılar ve zayıflık hissi de artan lordoza bağlı boynun öne fleksiyonunun artışı ve omuzlarda düŖüklük sonucu ulnar ve medyan sinirlere gerilme sonucu ortaya çıkmaktadır (24). Pelvik taban 2,5 cm kadar aŖaęı çöker. Ayrıca sırt ağrısı, abdominal kaslarda zayıflama, sinir kompresyon sendromları (karpar tunel sendromu) ve pelvik taban disfonksiyonu gebelikte en sık görölen problemlerdir (28).

#### **Gastrointestinal Sistem (GİS) İle İlgili Yakınmaları**

**DiŖ Eti Kanaması:** I. trimestirde başlar, yoğun olarak III. trimestirde görölür. Ağız değişikliklerinin yanı sıra diyetteki vitamin C eksikliğinde diŖ eti kanaması sıklığı artar.

**Bulantı ve Kusmalar:** Gebelikte bulantı ve kusma Ŗikâyetleri çoğunlukla son menstruasyondan sonraki 4.-7. haftalarda başlar, 8.-12. haftalar arasında pik yapar ve 20. haftadan sonra sona erer. Gebeliğin I.trimestirinde görölür. B<sub>6</sub> vitamini yetersizliği, gastrik disfonksiyonu, sıvı elektrolit dengesizliği, HCG' deki artış, psikolojik faktörler, genetik ve kültürel etkenler gebelik bulantı kusmalarının nedenini açıklamaya çalıŖan ancak doğruluğu kesin olarak kanıtlanmamıŖ kuramlardır (17,29). Gebeler I.trimestirde % 87,8, 2. trimestirde %37,6, 3. trimestirde %33 oranında bulantı ve kusma Ŗikâyeti yaŖadıklarını belirtmiŖlerdir. Gebelikte yalnızca bulantı görölebileceği gibi, % 37.5- %88 oranında bulantı ve kusma birlikte gözlenir (17,30).

**Mide Yanması:** Gebeliğin III. trimestirinde yaygın olarak görölür. Gastrik motilitenin azalmasının yanı sıra psikolojik Ŗikâyetler, yorgunluk ve uygunsuz diyet (yağlı ve kızartılmıŖ yiyecekler gibi) alımı bu duruma neden olabilir. I.trimestirde %47,8, 2.trimestirde % 71,3, 3. trimestirdeki gebelerde % 81,8 olarak saptamıŖtır (17,30,31).

**Regürjitasyon (Reflü):** Gebelikte % 21,8 – 85 arasında değişen oranlarda ve özellikle III. trimestirde sık yaşanmaktadır. Yemeklerden sonra ya da yatar pozisyonda göğüs kemiği arkasında yanma hissi veya ağıza ya da boğaza acı-ekşi su gelmesi gibi yakınmalar olur (31).

**Konstipasyon:** III. trimestirde yoğun olarak yaşanır. Bağırsak hareketlerinin yavaşlamasının yanı sıra büyüyen uterusun bağırsaklar üzerine baskı yapması, demir preparatlarının kullanılması, yetersiz sıvı alınması, yetersiz egzersiz, sulu ve lifli gıdalardan uzak beslenme alışkanlığı nedeniyle oluşur (31,32).

**Hemoroidler:** Gebeliğin III. trimestirinde %26,1 oranında görülür (31). Hemoroide, fetüsün büyümesi ile venler üzerine olan basıncın artmasına bağlı venöz sirkülasyonun engellenmesi, bağırsakların yer değiştirmesi ve progesteronun damar düz kaslarına olan gevşetici etkisi neden olur. Hemoroidin belirtisi genellikle defekasyon esnasında görülen taze kan, anal bölgede dolgunluk hissi, defekasyonla başlayan ve uzun süre devam eden ağrı, kaşıntı ve anal bölgenin temizliği esnasında ele kitle gelmesidir (17,31).

#### **Solunum Sistemi İle İlgili Yakınmalar**

Gebelikte hiperventilasyon görülür. Diyafragmanın yukarıya doğru itilmesiyle, nefes verdikten sonra akciğerlerde kalan rezidüel hava azalmış, solunum hızı artmıştır. Burun solunumu güçtür, burun kanamaları kolaylıkla oluşabilir. Üst solunum yollarında damarlanma artar. Larenkste ödem ve buna bağlı olarak ses kısıklığı görülür. Nazal obstrüksiyon, epistaksis, öksürük nöbetleri ile ses tonunda değişikliğe yol açabilir ve gebeler sırtüstü yattığında daha belirgin hale geçer (5,33,34,35). Bu değişiklikler gebelerde özellikle III. trimestirde solunum sıkıntısına ve uyumada güçlüğe neden olmaktadır.

#### **Üriner Sistem İle İlgili Yakınları**

**Pollaküri:** Gebelikte özellikle I. ve III. trimestirde görülür (31). Kan volümündeki artış, hormonal değişiklikler ve progesterona bağlı pelvik vasküler yapılarıdaki genişlemenin mesane fonksiyonu üzerine etkisi nedeniyle meydana gelir. Gebelik ilerledikçe büyüyen uterus ve fetüsün prezante olan kısmının mesane üzerine yaptığı bası sonucu mesane kapasitesini azalır ve sık idrara çıkma şikâyeti artar.

## **Cilt Değişiklikleri İle İlgili Yakınmalar**

Gebelik süresince hormonların etkisiyle strialar ve terlemeler çok görülmektedir (31).

## **Metabolik Değişiklikler**

Gebelikte metabolizma hızında artış olur. Gebeliğin ilk üç ayında bazal metabolizmada değişiklik görülmezken gebelik ilerledikçe bazal metabolizma hızında % 20 artış olur. Gebeliğin ilk aylarında bulantıya bağlı beslenmenin azalmasıyla hipoglisemiye yatkınlık artar ve yağların kullanımı daha da artar.

## **Endokrin Sistem**

Gebelik sırasında endokrin sistemde meydana gelen değişiklikler temel olarak, fetüsün büyüme ve gelişmesini kolaylaştırmak amacı ile gereken metabolik değişiklikleri sağlar.

## **Nörolojik Sistem değişiklikleri**

Hipotalamus ve hipofizden salgılanan hormonlar değişimde etkilidir. Pelvik sinire bası ve genişlemiş uterus nedeniyle vasküler staz bacakta his değişimlerine neden olur. Özellikle el bileğinde meydana gelen ödem karpal ligamentleri arasından geçen medyan siniri baskılamasıyla Karpar Tünel Sendromu'na (CTS) neden olur. CTS'li kadınlarda, küçük parmak dışında kalan parmaklarda uyuşma, bilekten kola doğru uzanan ani ve keskin ağrı, parmaklarda yanma hissi, özellikle sabahları görülen kısmi şişlik ve el krampları, başparmakta güç kaybı, uykudan el ve bilek ağrısı ile uyanma gibi yakınmalar görülür (30).

## **Psikolojik Değişiklikler**

Gebelik ve doğum çoğu zaman planlanmış ve beklenen olaylar olmalarına karşın bazı kaygılar yaşanmasına neden olabilir. Gebeliğin planlanmadığı durumlarda anksiyete ve hoşnutsuzluk duyguları daha fazla yaşanır.

### **I. Trimestirde Yaşanan Psikolojik Değişiklikler**

İlk trimestir genellikle yeni duruma ve gebe olunduğu gerçeğine uyumla ilgilidir. Kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlükler ve gereksinimler bu gerçeğe geliştirilen tutumda etkilidir (36). Gebelik yerleşir, organizma uyum sağlar. Organizma daha çabuk ya da daha geç tepki verir. Vakaların çoğunda üçüncü

aya doğru bütünüyle yok olacak sıkıntılar ortaya çıkabilir ancak bu sıkıntılar bazen gebeliğin başlangıcını zorlu kılar. Bulantılar ve kusmalar en sık rastlanan sıkıntılardır.

Fetüse psikolojik bağlanma, uterus içinde başlar ve ikinci trimestirin başlangıcına kadar gebelerin çoğunda bebeğin zihinsel bir resmi oluşur. Doğmadan önce bile fetüs ayrı olarak hissedilir ve doğum öncesi bir kişilikle donatılır. Annelerin çoğu, doğmamış çocuklarıyla konuşurlar. Fetüsle emosyonel konuşma, yalnızca erken anne-bebek bağlanmasını değil, aynı zamanda sigara içme ve kafeini bırakma gibi annenin sağlıklı gebelikle ilgili çabalarını da gösterir. Psikanalitik teorisyenlere göre, çocuk annenin umutlarını ve korkularını yansıtan boş bir ekran gibidir. İlk trimestirde istenmeyen gebelikler, anksiyete ve depresyonla ilişkilidir (37).

İlk trimestir, ambivalan (zıt) duyguların en yoğun yaşandığı dönemdir. Ambivalan duygular, (Bebeğiyle ilgili çok az sevinç duyulan devre), Mide bulantılarının olması, Kendisini yorgun hissetmesi, hasta olmadığı halde kendisini iyi hissetmemedir. Diğer taraftan bu trimestirde sağlıklı olduğuna ve gebeliğinin iyi gittiğine inanmak ister Anne adayı kendisinin dışında, yakın çevresinin de gebeliğini bilmesi ve istendiğinden emin olmak ister (37).

## II. Trimestirde Yaşanan Psikolojik Değişiklikler

İkinci trimestir, denge dönemidir ve yedinci aya kadar sürer. Annenin ve çocuğun vücutları birbirlerine mükemmel şekilde uyum sağlamış gibi gözükmektedir. Sıkıntılar genellikle durmuştur. Fetüsle olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir (37).

Gebenin bulantıları geçer, gücü yavaş yavaş artar, kendini iyi hisseder, olumlu duygular geliştirir. Ambivalan duygular ortadan kalkar. Kadın, gebe görünümü kazanmıştır, Quickening denen fetüs hareketleri başlamıştır. Gebenin ilgisi kendi içine yönelmiştir. İçinde canlı olduğunu hissedebilir, başlangıçta kendinin bir parçası olarak hissederken, daha sonraları onun farklı bir varlık olduğunu kabul eder. I trimestir ile karşılaştırıldığında gebenin kişiliği bu dönemde daha bir denge içerisindedir. Gebelik benimsenmiş olsa bile bazı şaşkıncı davranışları vardır. Aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani kızgınlık, büyük mutluluk duygularında ani ve nedensiz değişimler görülür. Kendisi ve bebekle ilgili bilgileri öğrenmeye istek duyar (37).

### III. Trimestirde Yaşanan Psikolojik Değişiklikler

Üçüncü trimestirde doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkan bitkinlik dönemidir. Büyüyen karın gebenin hareketlerini kısıtlar, daha çabuk yorulur ve bu sorunlar gebeyi rahatsız eder. Artık gebelikten bıkmaya başlamıştır. Doğum hakkında endişeleri vardır. Fetüsün hareketleri kuvvetli tekmelere dönüşür. Evden çıkarsa, bebeği ve kendine bir şey olacak endişesi taşır. Çevresinden gelen uyarılarda bu yöndedir. Bebeğin ailenin diğer fertleri tarafından beklenmesi çok büyük önem taşır. Bebeğin reddedilmesi kadın için kendinin reddedilmesi anlamına gelir. Kocasının desteğini ister. Gebelikten nefret eder, bebeği ister fakat doğumdan korkar (17,37).

#### 4.1.2. Yüksek Riskli Gebelikler

Gebelik ve doğum yaşam sürecinde normal bir evre olarak kabul edilir. Ancak; doğacak çocukların % 10-20'si, gebelerin ise % 20-30'u risk grubuna girmektedir. Gebelikteki bu riskli durumların erken tanınmasında ve gebenin gerekli durumlarda sevk edilmesinde ebe ve hemşirenin büyük önemi vardır. Ayrıca gebe ve ailesini riskli durumlar hakkında bilgilendirme ve danışmanlık yapmak ebe ve hemşirenin sorumluluğundadır. Gebeliği risk altında olan anne fiziksel, emosyonel ve sosyal sorunları olan kişidir. Çünkü gebe, sosyal bir çevre içinde yaşamaktadır. Psiko-sosyal faktörler de diyabet ve gebeliğin neden olduğu hipertansiyon gibi fizyolojik faktörler kadar gebeliği etkilerler. Bu faktörlerin gebelik süresince dengede olması, anne ve fetüs sağlığı açısından önemlidir (5,38).

#### Yüksek Riskli Gebelikler Tanımı

Perinatal morbidite ve mortaliteyi arttıran gebeliklere riskli gebelikler denir. Uteroservikal anomaliler, akut plasental ablasyon, ciddi oligohidroamnios, preeklamsi, diabetes mellitus, intrauterin infeksiyonlar en önemli nedenler sıklık % 10-20 olarak bildirilmiştir. Yüksek riskli gebelik, maternal ve fetal sağlığı tehdit eden, mortalite ve morbidite olasılığını artıran fizyolojik, sosyal ve emosyonel bir durumdur. Murphy ve Robbins, yüksek riskli gebeleri iki büyük grupta incelemişlerdir (39).

1. Gebelikten önce kronik bir hastalığı bulunan gebeler
2. Gebeliğin yol açtığı ve aniden ortaya çıkan sorunlu gebeler

Gebelik öncesi sağlık sorunu olan kadınların yüksek riskli gebeliğe psikososyal uyumları, kronik hastalık durumlarına nasıl uyum sağladıklarıyla yakından ilgilidir. Ancak

gebelikte akut komplikasyon yaşayan kadınlar için yüksek riskli gebelik, klasik yatak surecinin ortaya çıkmasına yol açan bir durumdur (38). Literatürde, gebelikten önce sistemik hastalıkları olan kadınların gebelikleri ve gebelik süresince gelişen plasental anomaliler, Rh izoimmunizasyonu, gebeliğin yol açtığı hipertansiyon, erken doğum eylemi, erken membran rüptürü, fetal gelişme geriliği, serviks yetmezliği gibi komplikasyonlu gebelikler yüksek riskli gebelik grubunda yer almaktadır.

### **Gebelikte Görülen Riskli Durumlar**

#### **Düşük Riskinin Yüksek Olduğu Durumlar**

Gebelik sayısının çokluğu, ileri yaş, maternal hipotiroidi, uterusu yapısal bozukluk, sigara, alkol, myom, enfeksiyondur. Düşüğün tekrarlama riski, sonraki gebelik için %20, ebeveyn yaşının ileri olması ve üç veya daha fazla düşük yapanlarda risk %50 dir. Eğer gebelikte kanama varsa bunun nedeni; düşük, düşük tehdidi, ektopik gebelik, mol gebelik, tümörler, travma, GİS ya da idrar, vaginal kanama gibi durumlar olabilir (5,38)

#### **Doğum Öncesi Kanamalar**

Gebelikte vaginal kanama ciddi potansiyel sorunların bir belirtisi olabilir. Kanama gebe ve fetüsün hayatını tehdit ettiği gibi, gebede yoğun bir anksiyete ve korku oluşturan ciddi komplikasyonlardır. I.trimestir kanamaları genellikle ektopik gebelik veya abortus nedeniyle, son trimestir kanamaları ise plasenta previa ve ablasyo plasenta nedeniyle ortaya çıkar (5).

#### **Gestasyonel Trofoblastik Hastalık**

Gebelikle ilişkili proliferatif trofoblastik bozukluklardan biridir. Mol hidatiform ve Koriyokarsinoma olmak üzere iki şekilde ortaya çıkar (5).

#### **Abortuslar (Düşükler)**

Fetüsün dışarıda yaşama yeteneği kazanmadan gebeliğin sonlanmasına düşük denir (38). Gebeliğin 20.haftasına kadar olan ve ağırlığı 500 gr ve altında doğan fetüsler düşük olarak kabul edilir. İlk 12 hafta içinde oluşan düşükler erken düşük, 13-20. haftalar arası oluşanlar da geç düşük adını alır. Erken düşükte genelde kromozomal anomali vardır. Geç düşükte ise genelde anatomik bozukluk vardır. Gebeliklerin yaklaşık %10'nu ilk trimestirde kendiliğinden düşükle sonuçlanır (5,17,38).

### **Hiperemezis Gravidarum (HG)**

Gebeliğin ilk trimestirinde %50–90 oranında, değişik derecelerde bulantı kusma görülmektedir (38). Genellikle sabahları görülen bulantı-kusmalar büyük oranda ilk trimestir sonunda kaybolmakta çok az bir kısmı ise ikinci trimestirde de devam etmektedir. Bu tablonun klinik olarak en şiddetli şekline Hiperemezis Gravidarum denir. Endokrin sistemde meydana gelen değişikliklerin GİS üzerine olan etkileri, böbrek üstü bezlerinin daha inaktif çalışması, ruhsal etkenler bulantı ve kusmayı artırır. Anne veya babanın gebeliği istememesi, anne baba geçimsizlikleri, doğumla ilgili korkular da bulantı kusmayı artırır (5,38).

### **Çoğul Gebelik**

İkiz gebelikler tüm doğumların yaklaşık % 1'ni oluşturur. Ovulasyon indüksiyonu ve yardımcı üreme teknikleri nedeni ile çoğul gebeliklerin görülme sıklığı günümüzde artmaktadır. Çoğul gebelikler maternal ve fetal mortaliteyi arttırdığı için riskli gebeliklerdir (5,21,38).

### **Gebelik ve Kalp Hastalığı**

Kalp hastalığı gebe ve fetüsün sağlığını ciddi şekilde tehdit eder. Gebede kalp hastalığının fonksiyonel kapasite olarak hangi grupta olduğu da fetal mortalite açısından önemlidir. Bunun için kalp hastaları için geliştirilmiş sınıflandırma şöyledir;

I. Sınıf; Normal aktivite sırasında yetmezlik belirtisi göstermeyenler. Normal aktiviteleri sınırlandırılmaz. Genelde gebelik sorun yaratmaz.

II. Sınıf; Normal aktivite sırasında geçici yetmezlik belirtisi gösterenler. Aktiviteleri kısmen sınırlandırılır. Genelde gebelik sorun yaratmaz.

III. Sınıf; İstirahat sırasında rahat, aktivite sırasında yetmezlik belirtisi gösterenler (yorgunluk, çarpıntı, dispne ve göğüs ağrısı). Bu gruba gebelik önerilmez. Ancak gebelik seçilmişse hastanede yatak istirahatına alınır.

IV. Sınıf; İstirahat sırasında bile yetmezlik belirtisi gösterenler, rahatsızlık duymadan hiçbir fizik aktivite yapamayanlar. Maternal mortalite yüksektir. Gebelik önerilmez. Özellikle doğum sonu dönem çok tehlikelidir (43).



### **Gebelik ve Diyabetes Mellitus (DM)**

Gebelikte metabolizmadaki değişiklikler diyabetes mellitus üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Gebe ve fetus sağlığı üzerinde ciddi risk oluşturan bir durumdur (33,40).

### **Gebelik Diyabeti (Gestasyonel Diyabetes Mellitus-GDM)**

İlk kez gebelik sırasında ortaya çıkmış diyabete gebelik diyabeti denir. Üç şekilde ortaya çıkar. 1) Daha önce hastalığın varlığı tanımlanmamıştır. 2) Kompanse edilmiş metabolik anormallik, gebeliğin getirdiği ek yük ile artık maskelenememektir. 3) Direk olarak gebelikteki hormonal değişimlere bağlı anne metabolizmasındaki değişmeler sonucu ortaya çıkar. Diyet tedavisi gebelik diyabeti için en önemli müdahaledir. Diyet tedavisi yetersiz olduğunda insülin uygulanır (40,41).

### **Gebeliğin Yol Açtığı Hipertansif Durumlar (Preeklampsi, Eklampsi, Hellp)**

Kan basıncı yüksekliği gebelik süresince karşılaşılan en sık sorundur. Gelişmiş ülkelerde tüm gebeliklerin %6-10'unda gebelik seyri sırasında hipertansiyon saptanmaktadır. İlk gebeliklerde bu oran % 30'lara kadar ulaşabilmektedir. Günümüzde hipertansiyon ile giden klinik tablolar maternal mortalitenin embolizm ve kanamadan sonraki en sık karşılaşılan nedenidir (5,38,41,42).

Gebelikte hipertansiyon tanısı için değişik öneriler bulunmaktaysa da günümüzde gebeliğin herhangi bir döneminde birden fazla ölçümde kan basıncının sistolik 140mmHg ve/veya diyastolik 90mmHg üzerinde ya da tek ölçümde diyastolik 110mmHg üzerinde olması kriterleri kullanılmaktadır (43).

**Gestasyonel hipertansiyon;** gebeliğin ikinci yarısında hipertansiyonun proteinüri olmaksızın görülmesidir. Tanı konulan hastalar gebelik süresince yakından takip edilmeli ve ağır hastalığı olan gebeler hastane şartlarında izlenmelidirler. Doğum sonrası kan basıncı normal seviyeye iner (43).

**Preeklampsi;** gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan kan basıncı yüksekliğine sistolik kan basıncı >140 mmHg veya diyastolik kan basıncı >90 mmHg proteinürinin (300 mg /24 saat) eşlik etmesi olarak tanımlanır. Preeklampsi insidansı toplumlara göre % 2-10 arasındadır. Preeklampsi sadece gebeliğe özgü bir bozukluktur ve gebeliğin sonlanmasıyla ortadan kalkmaktadır. Plasenta da dâhil olmak üzere birçok organda bozulmuş perfüzyonla seyredir (38,43).

**Ağır preeklampsi;** gebe yatakta istirahat halinde iken, en az 6 saat aralıklarla 2 kere ölçülen kan basıncının 160/110 mmHg ve daha yüksek olması, 24 saatlik idrar örneğinde 5 gr veya daha fazla veya en az 4 saat aralıklarla rastgele toplanmış 2 idrar örneğinde 3+ veya daha fazla proteinüri, 24 saatte 500ml'den az oligoüri, Serebral ya da görsel rahatsızlıklar, Pulmoner ödem veya siyanoz, epigastrik ya da sağ üst kadrın ağrısı, karaciğer fonksiyonlarının bozulması, trombositopeni, fetüste gelişme geriliği olması ile tanı konulur. (ACOG Ocak 2002)

**Hellp sendromu;** tüm gebeliklerin %0.1–0.6'sında, ağır preeklampsi ve eklampsi hastalarının %5-10'nunda laboratuvar sonuçları ile tespit edilen hemoliz (H), karaciğer enzimlerinde yükselme (EL) ve trombosit sayısında düşme (LP) görülen bir tablo olup 1954 yılında ilk defa Prichard tarafından bahşedilmiş ve 1982 yılında Weisnstein tarafından tanımlanmıştır. Tanı ve tedavisinde halen tartışmalar olup, hastalığın karakteristiği mikroanjyopatik hemolitik anemi ve lokal trombosit agregasyonudur (5,42).

**Eklampsi;** ağır preeklampsi belirtilerine konvülsiyonların eklenmesiyle ortaya çıkan gebe ve fetus sağlığını olumsuz etkileyen ciddi bir tablodur. Baş ağrısı, görme bozukluğu, sağ üst kadrın ağrısı eklampitik nöbetlerin gelişmesi açısından alarm semptomlarıdır. Nöbet birden başlar, yüz kaslarında seğirme sonrası 15–20 saniye içinde tonik-klonik nöbetler olabilir. Nöbet sırasında aspirasyon ve kardiopulmoner arrest gelişebilir. Eklampsi nöbetleri sonrasında hemipleji, koma ve ölüm, geçici kortikal körlük, retinal yırtılma, postpartum psikozlar olabilir (5,43).

**Kronik hipertansiyon;** gebenin kan basıncının gebeliğin 20.haftasından önce en az 2 defa 140/90 mmHg ve üzerinde ölçülmesiyle tanımlanır. Kronik hipertansiyonda; gebelik öncesinde varlığı bilinir veya gebeliğin 20. haftasından önce veya doğumdan 6 hafta sonra kan basıncı yüksekliği ile tanı konulur (42).

**Süperimpoze preeklampsi;** kronik hipertansiyonlu bir kadında preeklampsi gelişmesidir (38).

#### **Preeklampsinin komplikasyonları**

Fetal komplikasyonlar; Fetal gelişme geriliği, Perinatal ölüm (dekolman plasentaya bağlı), Prematüre doğum, Oligohidroamnios, Fetal asfiksi

Maternal komplikasyonlar; Konvülsiyonlar, Akut böbrek yetmezliği, Kalp yetmezliği, Pulmoner ödem, İntrakraniyel kanama, Serebral ödem, Körlük, Karaciğer subkapsüler hematomu ve rüptürü, Akut karaciğer yetmezliği, Ablasyo plasenta-DIC, HELLP sendromu (5,38)

### **Gebelikte Böbrek Yetmezliği**

#### **Gebelik ve Akut Böbrek Yetmezliği (ABY)**

ABY böbrek fonksiyonlarındaki ani azalma ile karakterize bir durumdur. Gebelikte ABY 1950–1960 yılları arasında tüm gebeliklerde % 22 oranında iken, günümüzde 1/10000'dir (47). ABD'liğindeki önemli azalmanın nedeni gebelerin antenatal bakım hizmetlerinden faydalanmaları, abortusların yasallaşması ve antibiyotik tedavisindeki başarı ile açıklanabilir. Gebeliğe bağlı ABY'liği sonucunda; % 0–30 oranında maternal mortalite (45,46), % 7,3–38 oranında ölü doğum (44,45) ve % 14 oranında abortus meydana gelir. Bu gebelerin % 90'ının bebekleri düşük doğum ağırlıklıdır. Hastaların bir kısmında diyaliz ihtiyacı oluşur (48).

#### **Gebelik ve Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)**

KBY olan kadınlar normal popülasyonun 1/8'i oranında gebe kalırlar. KBY olan kadınların gebeliğinde prematüre doğum ve düşük doğum ağırlığı (1500g altında) çok sıktır. Prematüre doğum nedeni annenin hipertansiyonu, fetal distres, erken membran rüptürü, maternal hipertansiyonu ve erken travaydır. Fetüs idrarındaki üre yüksekliği nedeniyle osmotik diürez söz konusudur. Bu durum gebeliklerin %50'sinde polihidroamniosun sebebi olarak görülmektedir. Bu nedenle günlük diyaliz ve kan üre azotunun 60–70 mg/l altında tutulması ve yavaş ultrafiltrasyon ile polihidroamnios engellenmektedir. Diyaliz hastalarının bebeklerinde ölü doğum riski yüksektir (48).

#### **Gebelik ve Anemi**

Anemi, hemoglobinin düzeyinin 100 cc kanda 11 g'dan daha düşük olduğu durumdur. Gebeliğin II. trimestirinden itibaren plazma hacminin artmasına bağlı olarak hemoglobin düzeyinde hafif bir azalma normal olarak kabul edilmektedir. Buna göre II. trimestirden itibaren hemoglobin düzeyi 10.5g/100 cc altında kalan gebeler anemik olarak kabul edilmektedir. Ciddi anemi anne ölümlerinde 5 kat artışa yol açmaktadır. Anemik gebelerde doğum veya gebelik kayıpları sırasındaki düşük düzeylerdeki kan kayıpları ciddi sonuçlara

hatta kalp yetmezliği gelişmesi ile ana ölümlerine yol açabilir. Anemi ayrıca annenin genel sağlığını bozarak kendiliğinden düşük, preterm eylem, postpartum kanama ve puerperal sepsis riskini arttırır (23,49,50). Gebelikte görülen anemilerin büyük çoğunluğu demir olmak üzere, folik asit ve B<sub>12</sub> vitamini eksikliği anemisi şeklinde olup orak hücreli anemi ve talasemi şeklinde de görülmektedir (23,50,51). Gebede, maternal ve fetal mortalite ve morbidite de artma, düşük doğum ağırlığı riskinde artma, bağışıklık sisteminde zayıflama ve çalışma kapasitesinde azalma, yeni doğan ve çocukta, motor gelişim ve koordinasyonda bozulma, büyüme gelişme geriliği, dil ve okul gelişiminde bozukluk, azalmış fiziksel aktivite, yorgunluk, dikkat eksikliği ve enfeksiyonlara karşı dirençte azalma görülmektedir.

#### **Gebelik ve İntrohepatik Kolestaz**

İntrohepatik kolestaz gebeliğe zđ en sık görülen karaciğer hastalığıdır. Hastalık genellikle III. trimesterde ortaya çıkar, yaygın kaşıntı ve orta derecede sarılık ile beraberdir. Kaşıntı genellikle 30'uncu gebelik haftasından sonra başlar, terme kadar gittikçe ağırlaşır ve doğumdan sonraki birkaç gün içerisinde şiddeti azalır ve tam iyileşme ile sonlanır. Maternal prognozun iyi olmasına rağmen gebeliğe bağlı introhepatik kolestaz olguları preterm doğum (%19- 60), anormal intrapartum fetal kalp hızı anormallikleri, amniyotik sıvıda mekonyum varlığı (%27) ve intrapartum fetal ölüm (%1- 7) ile beraber olabilir. Fetal komplikasyonların fizyopatolojisi iyi anlaşılamamıştır; ancak serum safra asitlerinin seviyelerindeki artış ile ilişkilendirilmiştir (52).

#### **Gebelik ve Tiroid**

Gebelik ncesi ve gebelik sırasında görülen tiroid hastalıklarının tanınması ve erken tedavi edilmesi, hem anne hem de bebek için çok önemlidir. Maternal ve fetal tiroksin düşüklüğü geri dönüşü olmayan SSS gelişim defektlerine yol açmaktadır. Endemik kretenizm ve zekâ geriliği en önemli komplikasyonlardandır. Hipertiroidizm durumunda ise abortus, prematüre doğum, preeklamsi ve plasenta dekolmanı gibi komplikasyonlara yol açabilir (53).

### **Gebelik ve Astım**

Astım gebelikte en yaygın karşılaşılan solunum sistemi hastalığıdır. Gebe kadınların %3,5-8,4'ünde astım görülür. Ayrıca tüm gebeliklerin %0.05 ile %2'sinde hayatı tehdit eden astım veya status astmatikus bildirilmiştir. Gebelik sırasında kontrol edilemeyen astım hem maternal hem de fetal komplikasyonlara yol açabilir. Bunda rol oynayan önemli faktör ise ilaç yan etkilerinden çekinilerek yetersiz ilaç kullanılmasıdır. Astım gebelik sırasında oldukça değişken bir seyir göstermekle beraber vakaların üçte birinde düzelmeye, üçte birinde stabil halde kalma ve geri kalan üçte birde ise kötüleşme görülmektedir (54,55). Gebelikte astımın uygun tedavisi özellikle anne ve fetüsün riskleri açısından oldukça önemlidir. Astımlı bir gebenin tedavisinde en önemli amaç uygun solunum fonksiyonlarını sağlamak, astım ataklarının acil tedavisinden ve tekrarlayan astım atakları dolayısıyla hastaneye yatış ve entübasyonu önlemektir (55).

### **Gebelik ve Üriner Sistem Enfeksiyonları**

Üriner sistem enfeksiyonları gebeliğin en önemli enfeksiyonlarıdır. Gebelikte meydana gelen hormonal değişiklikler ve mekanik baskılar en önemli hazırlayıcı etkenlerdendir. En önemli etiyolojik ajan gebe olmayanlarda olduğu gibi E.coli başta olmak üzere koliform bakterilerdir. Bakteriüriler tedavi edilmediğinde piyelonefrit gelişebildiğinden dolayı tüm gebelerin bakteriüri yönünden taranması faydalıdır. Üriner sistem enfeksiyonlarının kesin tanısı kültürde etkenin üretilmesi ile konur. Tedavide fetüse zarar vermeyecek antimikrobiyal ilaçlar seçilmelidir (56).

### **Gebelik ve Enfeksiyonlar**

Viral ve parazitik enfeksiyon, gebelik sırasında geçirildiğinde anne ve fetüsün sağlığına zarar verebilir. Gebelikte steroid hormonların etkisiyle özellikle hücresel bağışıklık sisteminin baskılandığı ve bu nedenle enfeksiyonlara duyarlılığın arttığı iddia edilmektedir. Konjenital enfeksiyonlar gebeliğin erken döneminde meydana gelirse fetüse ağır hasar verebilirler. Birinci trimesterde organogenezisi sekteye uğratabilir ve fetal malformasyonlara ve abortuslara yol açabilirler. İkinci ve üçüncü trimesterde ise daha çok büyüme – gelişme ve nörolojik sorunlara yol açarlar. Ancak asemptomatik de olabilirler. Bakteri, virüs veya parazitler fetüse plasenta aracılığıyla ulaşabilirler. Bu durum daha çok annedeki bakteriyemi, viremi veya parazitemi sırasında meydana gelir. Ancak fetüse bulaşma amniyotik zarlar aracılığıyla da olabilir. Travay ve doğum sırasında direkt

bulaşma da söz konusu olabilmektedir. Prensip olarak doğumdan sonra yeni doğanda ilk 72 saat içinde gözlenen enfeksiyonların intrauterin dönemde edinildiği kabul edilir (57).

Enfeksiyon ajanları klasik olarak viral, bakteriyel ve parazitik olarak üç grupta incelenebilir. En sık karşılaşılan non-bakteriyel konjenital enfeksiyonları ifade etmek için "TORCH" kısaltması kullanılmaktadır.

T: Toksoplazma

O: Others (diğerleri; varisella zoster virüsü (VZV), parvovirüs B19, HIV, vs.)

R: Rubella

C: Sitomegalovirüs (CMV)

H: Herpes

Tüm doğumların yaklaşık %1'inin TORCH enfeksiyonlarından etkilendiği ve bunların%10'unda da fetüslerin zarar gördüğü öne sürülmektedir (57,58).

#### **Gebeliğin Geç Dönem Kanamaları**

Geç dönem (son trimestir) kanamaları gebeliğin 20. haftasından sonra görülen vajinal kanamalardır (38,59). Kanamalar önemli bir maternal mortalite nedenidir. Gebe kadınların % 4'ü gebeliğin III. trimestirinde vajinal kanama ile karşılaşır (59). Obstetrik kanamalar Türkiye'de perinatal mortalite ve morbiditenin en sık 3 nedeninden birisidir (60).

Gebelikte kanama komplikasyonu, anne ve bebek üzerine istenmeyen etkilere neden olan bir durumdur. Majör kan kayıpları kadında, hipovolemi, anemi, enfeksiyon ve preterm eylem ve erken doğum eğilim ve risklerini artırır. Bu kanamaların iki temel nedeni (%80) ablasyo plasenta ve (%10) plasenta previadır. III. trimestir kanamalarının diğer nedenleri ağır kanamalı nişane, servikal karsinom, polipler, serviks ya da vajinanın enfeksiyonu, plasenta akreta ve vasa previadır (59,60).

### **Erken Doğum Tehdidi (EDT)**

37.gebelik haftasından önce doğumun gerçekleşmesi olarak tanımlanan ve yeni doğanda respiratuar, nörolojik ve gelişimsel birçok sorunlara yol açan preterm doğum, hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen neonatal morbidite ve mortalite nedenidir. Tüm gebeliklerin yaklaşık %5-10'u erken doğum ile sonuçlanmaktadır (61,62). Erken doğumların önemli bir bölümü maternal veya fetal nedenlerle, yani klinik bir endikasyon ile gerçekleştirilirken, üçte birlik bir bölümü ise spontan olarak gelişmektedir Ancak, erken doğum eylemi, tanısı erken konulursa durdurulabilen bir olaydır. Bununla birlikte, çoğu vakada spontan başlayan kontraksiyonların ve erken doğum tehdidinin nedeni bilinmemektedir (63).

Erken doğumun risk faktörleri olarak en çok, preterm doğum ve abortus öyküsü, gebelikte cerrahi girişim; kronik hastalıklar, erken membran rüptürü, enfeksiyonlar, preeklamsi, plasenta anomalileri, polihidroamnios, fetal anomali, anne yaşının 18 yaş altında 35 yaş üstünde olması, düşük beden kitle indeksi, doğum aralıklarının az olması, sigara, anemi, uterin anomaliler, çoğul gebelik ve yardımcı üreme teknikleri gibi fizyolojik ve obstetrik nedenler üzerinde durulmaktadır (64,65,66,67,68). Bunların dışında, düşük sosyo ekonomik düzey, ağır iş, aşırı anksiyete/stres, depresyon, gebelikte psikolojik ve fiziksel travma / şiddet, yetersiz sosyal destek gibi psikolojik ve sosyal faktörlerin de erken doğum gelişmesinde etkili olduğu bilinmektedir (63,67).

### **Erken Membran Rüptürü (EMR)**

Gestasyonel yaş göz önüne alınmaksızın koryoamniotik zarların eylem başlamadan önce yırtılarak amniyotik sıvısının gelmesidir. EMR insidansı tüm doğumların %10'unu oluşturmaktadır. EMR'nin %60-80'i term gebelerde, %20-40'ı 37. haftadan küçük gebelerde meydana gelmektedir. Preterm EMR oranı tüm gebeliklerin %2'sinde görülmekle beraber erken doğumların %30'undan sorumlu olduğu saptanmıştır. EMR'üne neden olan risk faktörleri arasında düşük sosyo-ekonomik düzey, çoğul gebelik, polihidroamnios, sigara içme, şiddetli travma, multiparite, 35 yaş ve üzeri gebelikler, serviks yetmezliği, enfeksiyon ve serviksin uzunluğunun 25 mm'den daha kısa olması yer alır (61,63,64).

Genital yol enfeksiyonlarının preterm EMR'de önemli rolü olduğu bildirilmiştir. Enfeksiyon etkenlerinin membran kollajenaz aktivitesine ve dayanıklılığına etki ederek membranları zayıflattığı ve böylelikle membran rüptürüne neden olduğu saptanmıştır.

Çalışmalarda bu enfeksiyon etkenlerinden de N.gonore, B grubu Streptokoklar, Trichomonas vaginalis, bakteriyel vajinozis, Chlamydia trachomatis ve mycoplazmalar ile EMR arasındaki ilişki bulunmuştur (65,68).

EMR'de en önemli komplikasyonlar erken doğum dolayısıyla prematürite, maternal ve fetal enfeksiyonlar, umbilikal kord basısına ve kordon sarkmasına bağlı hipoksi ve asfiksi, pulmoner hipoplazi ve fetal deformitelerdir.

#### **Miad Aşımı**

Normalin üst sınırı kabul edilen süreyi aşan gebelikler için "post term, uzamış, günü geçmiş ve postmatür" sık kullanılan terimlerdir. Azalmış subkütan doku, uzun ince bir vücut, kırışık bir cilt (özellikle el ayakları ve ayak tabanlarında belirgindir), uzun tırnaklar, ciltte mekonyum ile boyanma, cilt soyulması ile karakterizedir (69,70).

Postterm gebeliklerden doğan bebeklerin sadece bir kısmı postmatürdür. Postmatüriteye sıklıkla post term fetüslerde rastlansa da, term fetüslerin bir kısmında da görülebilir. post term gebelik fetüs için risklidir. Bu gebeliklerdeki fetal büyüme anormalliklerinin büyük kısmının gestasyonel yaşa göre iri (LGA: large for gestational age) olan bebekler oluştursa da, gestasyonel yaşa göre küçük (SGA: small gestational age) da artmıştır. Perinatal mortalite 39-40. haftada minimuma ulaştıktan sonra artmaya başlar. Kırk iki hafta üzerinde perinatal mortalite (ölü doğum ve neonatal mortalite) 6 kat artar ve 43 hafta üzerinde daha da fazladır. İntrapartum ölümlerin dörtte üçü intrapartum asfiksi ve mekonyum aspirasyonundan kaynaklanır. Uteroplental yetmezlik, mekonyum aspirasyonu ve intrauterin enfeksiyonlar perinatal ölümden sıklığı artırır (69,70,71).

Postterm gebeliklerde perinatal ölüm, düşük doğum ağırlığı olan bebeklerde 5 kat, ileri anne yaşı olan hastaların bebeklerinde ise 2 kat daha fazla bulunmuştur. post term fetüslerin %20'sinde postmatürite sendromu vardır. post term gebelikte anne için de risklidir. Distozi ve makrozomiye bağlı perineal yaralanmalar ve sezaryen oranında iki kat bir artış vardır. Aynı zamanda uzamış eyleme bağlı endometrit, atoniye bağlı kanama, tromboemboli ve anksiyete oluşma riski vardır (71).

#### **Kan Uyuşmazlığı**

Fetal dolaşım 4. gebelik haftasında artık oluşmakta ve fetal hücrelerde Rh(D) antijeni konsepsiyonu takip eden 30. günden itibaren gösterilebilmektedir. İmmunize gebelikler fetal hastalığın şiddetine göre hafif, orta ya da şiddetli olarak gruplandırılabilir. Herhangi



bir tedavi girişimi uygulanmamış etkilenmiş yeni doğanların yüzde ellisinde anemi hafiftir. Yüzde otuz kadarında orta şiddette bir anemi ve hepatosplenomegali ile sarılık görülür. Uygun tedavi yapılmaz ise yeni doğanda ilk 24 saatte hızla gelişen sarılık, artan bilirübinin beyindeki çekirdeklere yerleşmesi ile kernikterus oluşturur. Sonuçta sağırılık, spastisite ve koreoatetozis gibi kalıcı hasar gelişir. Geriye kalan %20–25 vaka hidropik olup in utero veya neonatal dönemde ölebilir. Bu vakaların yarısında da hidrops 18 ile 30.uncu haftalar arasında gelişmektedir (72,73).

### **Gebelikte Risk Oluşturan Nörolojik Durumlar**

#### **Gebelik ve Baş ağrıları**

Gebelikte baş ağrıları sık görülmektedir. En fazlada migren ve gerilim tipi baş ağrılarına rastlanmaktadır. Gebelikte ilk defa ortaya çıkan baş ağrısı migren ya da gerilim tipi olabileceği gibi intrakranial bir patolojiye (anevrizma rüptürü, menenjit, serebral iskemi gibi) bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir (74).

#### **Epilepsi**

Günümüzde epilepsi migrenden sonra gebelikte en sık karşılaşılan nörolojik hastalıktır. Geniş epidemiyolojik çalışmalar epilepsi prevalansının 6.8/1000 oranında bulunduğunu ve gebeliklerin % 0,3 ile % 0,5'nin epilepsi ile birlikte olduğunu göstermektedir. Tıbbi ve sosyal gelişmelere rağmen epileptik kadınlardaki gebelik, nöbet sıklığındaki değişmeler ve kullanılan anti-epileptik ilaçların teratojenik etkileri nedeniyle yüksek riskli olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle gebelik süresince multidisipliner bir ekip tarafından izlenmelidir (75).

Epileptik nöbetlerin gebe ve fetüs açısından riskler taşıdığı belirtilmektedir (75). Epileptik nöbetler gebeliklerin % 1-2'sinde görülür ve yüksek bir anne ve bebek ölümü ile ilişkilidir. Epileptik gebelerde ölüm oranı 10 kat artar ve ölümlerin çoğu ani ilaç kesilmesi sonucu ortaya çıkan nöbetler sonucu gelişir. Gebelik komplikasyonları (toksemi, preeklamsi, kanamalar, anemi, dekolman plasenta, erken doğum) 2–3 kat daha sıktır. Epileptik (Jeneralize tonik – klonik) nöbetler fetüse giden plasental kan akımının ve oksijen miktarının azalmasına ve bazen de fetal bradikardi ve düşüğe neden olabilir. Nöbet sırasında travma sonucu anne veya fetüs yaralanabilir (74).

Epileptik kadınların %90'ından fazlası normal, sağlıklı bir bebeğe sahip olurlar (74,75). Ancak, antiepileptik ilaç (fenitoin, fenobarbital özellikle konjenital kalp defektleri, dudak ve damak yarıklarına neden olurken valproik asit ve karbamazepin ise spina bifida riskini arttırmaktadır) kullanan gebelerden doğan çocuklarda malformasyon (özellikle organogenez döneminde) oranları normal popülasyona göre daha yüksektir. İlaçların teratojenik etkileri folat metabolizması, toksik metaboliklerin oluşumu ve ilaçların neden olduğu fetal hipoksi ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (75).

### **Gebelik ve Multiple Skleroz (MS)**

Multiple skleroz (MS) demyelinizasyon yapan hastalıklar grubundandır. Merkezi sinir sistemini tutarak ekstremitelerde kuvvet azlığı, geçici karakterli hemipleji, diplopi, paresteziler ve serebellar bozukluklar yapar. Yorgunluk, nistagmus, dizatri, ataksi, tremor, spasite ve mesane fonksiyon bozukluğu vardır. Etiyolojisi belli değildir. Genellikle genç yaş guruplarında başlar (76). Bu nedenle MS'in kadınların çoğunlukla doğurganlık döneminde ve gebeliğin planlandığı süreçlerde görülmesi, hastaların %10-20'sinin başlangıç bulgularının gebeliğe denk gelmesine neden olmaktadır. MS gebelik sürecini etkilememekte, gebeliğin süresi, zor doğum, prematür doğum ve ölü doğum sıklığı açısından bir fark yaratmadığı belirtilmektedir (74,76). Gebelik ise MS üzerine kısa etkili yararlar sağlayabilir. Özellikle III. trimesterde gebeliğin kendisinin immünsüpresif etkisi nedeniyle relapslar daha az görülmektedir (76).

### **Gebelik ve Miyastenia Gravis (MG)**

Miyastenia Gravis (MG), iskelet kasında harabiyete ve kas zayıflığına bağlı güçsüzlük kolay yorulma ile karakterize otoimmün bir hastalıktır (77). Myasteni krizleri, solunum bozukluklarına neden olduğundan ağır ve tehlikelidir. MG kadınlarda genellikle üreme çağında ortaya çıkar. Bu nedenle gebelik, doğum ve doğum sonrası takipleri anne, fetüs ve yeni doğan açısından oldukça önemlidir. MG'nin gebeliğe olan etkileri değişkendir. Semptomlar ilk defa gebelikte ortaya çıkabileceği gibi III. trimesterde alevlenmeler görülebilir veya gebelik esnasında asemptomatik olarak kalabilmektedir. MG'nin fetüs üzerine olumsuz etkilerinin olabileceği belirtilmiştir. Fetüste konjenital miyotonik distrofinin neonatal ölüm insidansını arttırdığı belirtilmektedir (74,77).

Gebelik döneminde MG'li hastalara kısıtlı fiziksel aktivitede bulunması, her türlü enfeksiyondan sakınması önerilir. İlaçla tedavide kolinesteraz inhibitörleri kullanılır. Doz en

az yan etkiye göre ayarlanmalıdır (74,77). MG prematüre doğum, toksemi, uterus güçsüzlüğü ya da postpartum kanama riskini arttırmaz.

### **Gebelikte Risk Oluşturan Psikolojik Durumlar**

Gebelikte psikiyatrik hastalıkların saptanması anne ve bebek sağlığı açısından önem taşımaktadır. Depresyon, şizofreni gibi ruh sağlığı bozuklukları kadının kendine bakma yeteneğini ciddi bir şekilde etkiler ve yetersiz gebelik takibi, gebelikte optimum beslenmenin sağlanamaması, tütün – alkol gibi maddelerin kullanımının artması gibi riskleri de beraberinde getirmektedir. Gebelikte psikiyatrik bozukluklar, çok yönlü değerlendirilmeyi ve multidisipliner ekip yaklaşımı ile aile ve sosyal desteğin etkili bir işbirliğini gerektirmektedir (74).

### **Gebelik ve Şizofreni**

Şizofreni kişinin gerçeği anlama, duygularını kontrol edebilme, berrak düşünebilme, yargıda bulunabilme ve iletişim kurma yeteneklerini etkileyen ruhsal bozukluktur. Şizofrenili kadın hastaların toplum içinde tedavi edilme yaklaşımı nedeniyle eskiye oranla gebe kalma oranları artmış ve tüm toplumun %30-80'inini oluşturdukları belirtilmiştir (74). Şizofreni gebelikte anne ve bebek için bir takım riskleri de beraberinde getirmektedir. Şizofrenili gebede psikotik semptomlar, prenatal kontroller, sağlıklı beslenme, egzersiz ve alkol-sigaradan kaçınma, doğumdan sonrada bebeğine bakım verebilme yeteneği konularında engel oluşturabilir. Bu nedenle kadının tedaviye uyumunun ve psikosozyal desteğin sağlanması önemlidir (75).

### **Gebelik ve Alkol Madde Bağımlılığı**

Gebelikte alkol ve madde kullanımının maternal etkileri (spontan abortus, ablasyo plasenta, kardiyovasküler yetmezlik, solunum yetmezliği, erken membran rüptürü gibi), fetal etkileri (intrauterin gelişme geriliği, fetal distrest, konjenital anomaliler, fetal alkol sendromu, preterm eylem, prematürelilik, düşük doğum ağırlığı, ölü doğum gibi) nedeniyle fetal-maternal mortalite veya morbiditeye neden olabilir. Alkol ve madde bağımlısı kadınlar, yasal olmayan bir maddeyi kullanmaktan kaynaklanan suçluluk nedeniyle antenatal takibe çok geç başlamaktalar ya da hiç antenatal bakım alamamaktadırlar (78).

## Yüksek Riskli Gebeliklerin İzlemi

Gebelikte rastlanan riskli durumların çoğunda gebeye öncelikle önerilen, evde veya hastanede yatak istirahatına geçmesidir. Yatak istirahati sıklıkla, 20-36. gebelik haftaları arasındaki riskli gebelere tavsiye edilmektedir. ABD’de her yıl yaklaşık 700.000 yüksek riskli gebeye yatak istirahati önerilmektedir. Yatak istirahatinın riskli gebelikler açısından yararı; istirahatin, uterus perfüzyonunun ve fetal dolaşımının düzenlenmesi, serviks üzerindeki baskıyı azaltması ve gebeye dinlenme fırsatı yaratması şeklinde gerçekleşmektedir. Yatak istirahatinın üç değişik şekli vardır (7,38,42)

**Tip 1:** Hafif yatak istirahati (hafif ev işi, yarım gün çalışma, kısa yürüyüş, gün içinde 2 saat dinlenme),

**Tip 2:** İlimli yatak istirahati (çalışmayı bırakma, ev işleri için yardım alma, yürüyüş dâhil egzersiz yasağının olması, günün büyük kısmında dinlenme),

**Tip 3:** Kesin yatak istirahati (bütün günü yatakta geçirme, yemeyi yatakta yeme, sadece tuvalet ve duş izni). Türkiye’deki hastanelerde uygulanan yatak istirahati tipleri Tip 2 ve Tip 3

## Yüksek Riskli Gebelerde Yaşanan Sorunlar

Hastanede yatak istirahati sağlık personeli için gebenin hastanede yatak istirahatında olması, gebenin sağlık durumunda olumsuz bir değişme olduğunda, zaman kaybetmeden müdahale edilebilmesi nedeniyle daha çok tercih edilir. Ancak hastanede yatak istirahatında olan gebe, evde yatak istirahatına göre daha fazla stresöre sahiptir. Hastanede yatak istirahatında olma nedeniyle yaşanan stresörler; evden, aileden ayrılma, hastanede konforun ve mahremiyetin sağlanamaması, odanın paylaşıldığı kişiler ile anlaşamamadır. Bu stresörlere bağlı olarak hastanede yatak istirahatında olan gebeler, evdekine göre daha çok depresyon, yalnızlık, anksiyete, hapsedilmişlik duygusu yaşamaktadırlar (4,7,38). Hastanede yatak istirahati, gebenin normal yaşamını, alışkanlıklarını daha çok etkilemekle birlikte maliyeti de daha yüksektir. Yapılan araştırmalar sonucu uzun süreli yatak istirahatinın, gebe üzerinde fiziksel, duygusal ve ailesel yönden olumsuz etkilere yol açtığı saptanmıştır.

Fiziksel Yan Etkileri; Erişkinlerde yatak istirahatinın tüm vücut sistemlerini etkilediği bilinmektedir. Yatak istirahati süresince; kaslarda atrofi ( ilk 6 saat içinde)

kardiyak output ve stroke volümde azalma, kalp hızında artma, glikoz intoleransı, özellikle sırt kaslarında ağrı, kilo kaybı, baş dönmesi, sersemlik, hazımsızlık, midede yanma, kan koagülasyonunda artma, iştah kaybı, postpartum iyileşmede gecikme, konstipasyon görülebilmektedir. Duygusal yan etkileri; şok, depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları, kontrol kaybı, can sıkıntısı, fetüs ve kendi sağlığı için korku, suçluluk, artan stres, benlik saygısının azalması, kendini tutsak hissetme ve yalnızlıktır (79).

### **Yüksek Riskli Gebeliklerin Bakımında Yaşanan Sorunların Giderilmesine Yönelik Yapılan Ebelik ve Hemşirelik Girişimleri**

Nitelikli ebelik ve hemşirelik bakımı gebenin doğum ve hastanede kalma deneyimini pozitif yönde etkiler (79). Ebe ve hemşire, yatak istirahatında olan gebe ile diğer sağlık personeline göre en çok iletişime geçen kişi olup, aynı zamanda hasta savunuculuğunda önemli bir role sahiptir.

Yatak istirahatında olan gebenin bakımında, gebe ile birlikte tüm aile üyelerinin de içinde bulunduğu durum değerlendirilerek, potansiyel stresörlerin ve bu stresörler ile baş etmede kullanılan mekanizmaların dikkatli bir şekilde saptanması ve pozitif baş etme becerilerinin kazandırılması önemlidir (4). Yatak istirahatındaki gebeler için can sıkıntısı önemli bir stresördür.

Yüksek riskli gebe ve ailesi, gebeliğin durumu hakkında bilgilendirilmeli, endişelerini paylaşabilmesi için uygun ortam hazırlanmalı Gebenin mevcut destek kaynakları saptanmalı, Hastalar arasındaki olumlu iletişimin önemli bir sosyal destek olduğu göz önüne alınarak gebenin, aynı deneyimi yaşayan diğer gebeler ile iletişimi sağlanmalı, Oluşabilecek kas iskelet ve kardiyovasküler yan etkilerin azaltılması için 'yatak istirahati egzersiz programına' başlamaya cesaretlendirilmeli (4).Başkalarına bağımlılığın azaltılması için yataktan kolayca ulaşabileceği şekilde yatak çevresinde masa, dolap sayısı artırılmalı, can sıkıntısının azaltılması için günün aynı saatinde kalkma, yemek yeme, televizyon izleme vb. günlük program hazırlamaya, kitap veya dergi okuma, müzik dinleme, egzersiz yapmaya ve el sanatı gibi ilgilendiği sanat alanıyla uğraşmaya cesaretlendirilmelidir. Kendisini daha iyi hissetmesi için tüm gün pijamalarla olması yerine, saçlarını tarama ve kıyafetlerini giymeye cesaretlendirilmeli, Hastanede yatak istirahatında olan gebe için aileden ayrılma önemli bir stresördür. Bu nedenle ailenin

etkileşimini sağlamak için fırsat yaratılmalı ve ziyaretçi kısıtlamasında daha esnek olunmalıdır. Hastanede yatak istirahatında olan gebe, yabancı bir ortamda olmaya bağlı daha çok kontrol kaybı yaşamaktadır. Bu duygunun azaltılması için gebenin, hastanede yattığı odaya evinden eşyalar getirmesi ve kendisi için tanıdık bir ortam yaratmasına izin verilmelidir (5,38,42).

Hastanede kesin ve kısmi yatak istirahatındaki yüksek riskli gebelerin fiziksel ve psikolojik şikayetlerinin ve deneyimledikleri hastane stresörlerinin çoğunun giderilmesinde verilen kapsamlı ebelik ve hemşirelik bakımı, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin önemli ölçüde etkili olduğu bulunmuştur. Bu gebelere sunulan hemşirelik bakımının yaygınlaştırılması ve gebelikte yatak istirahatıyla ilgili yazılı materyal sağlanması yararlı olacaktır (7).

Literatürde, hastaneye yatırılan yüksek riskli gebeler için kendilerine bakım veren sağlık profesyonelleri ile iletişimin çok önemli olduğu bildirilmiştir (5,7,38,42). Maloni ve ark'nın çalışma sonuçlarında Sağlık Profesyonelleri ile İletişim Alt Grubu'nda yer alan stresörlerin yüksek riskli gebelerde diğer alt gruplarda yer alan stresörlere göre daha az stres oluşturduğu belirtilmiştir. Maloni ve Kutil'in (2000) yatak istirahatındaki gebelerle oluşturdukları destek grubuyla yaptıkları çalışmada ise gebeler, tedavi ve bakımlarında tutarsızlıklar ve çelişkiler yaşadıklarını, sağlık personeli tarafından kendilerine yapılan test ve işlemlerle ilgili yeterli bilgi verilmediğini ifade etmişlerdir. Etkili ebelik ve hemşirelik bakımı yatak istirahatındaki riskli gebelerin fiziksel sorunlarını anlamlı şekilde azaltmaktadır. Psikolojik sorunların giderilmesi için ise uzman kişilerden destek alınması gerektiğini ifade etmiştir.

Ebe ve hemşirelerin riskli gebelikler ve yatak istirahatının yan etkileri konusunda bilgilerinin yenilenmesi, eğitim programları ile desteklenmesi, riskli gebeleri güvenli bir doğuma ve sağlıklı yeni doğana kavuşturacak modern ebelik ve hemşirelik bakımının yerine getirilmesi açısından önemlidir.

## 4.2. GEBELİK PSİKOLOJİSİ

Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam krizidir. Kadının kendi yaşam özgeçmişinde anne babası ve ailesiyle ilgili yaşadığı duygular, tutumlar ya da örselenmeler gebeliğe ilişkin tutumlarda etkilidir. Gebe kadın biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişiklikler yaşar ve üreme, gebelik hakkındaki derinden hissettiği inançları da gebeliğe karşı tutumlarını etkiler. Literatürde gebelik ve doğum dönemlerinin neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerin yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmasının mümkün olamayacağı belirtilmektedir. Gebelik, kadınların yaşamında yüksek etki gösteren stres dönemidir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir (37).

Her gebeliğin, planlı olsun veya olmasın, hem bilinçli hem de bilinçdışı güdüleyicileri vardır. Bunlar, sevme, sevilme ve narsistik gereksinimleri, yetiştirme isteklerini, kadınlığını doğrulamayı ve bazen kaybın yerine konmasını içermektedir. Ancak bunlar bazen endişe, kaygılı bekleyiş ve yüklenme de yaratabilir. Gebelik, ambivalans ve çatışmanın da eşlik edebildiği, olgunlaşmayla ilgili potansiyel sağlayan normal gelişimsel bir deneyim olarak görülebilir (1,37).

Gebelikte kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular ön plana çıkar (37). Kendi gelişimlerinin erken evrelerinde kadınlar, annelerinden ayrılma ve bağımsız bir kimlik geliştirme deneyimi yaşamaktadır. Bu deneyim, daha sonra annelikteki kendi başarılarını etkileyebilir. Eğer zayıf bir anne modeli söz konusu ise, kadınların anneye yarışma hissi yetersiz olabilir ve kadın bebeğin doğumundan önce ve sonra güven eksikliği içinde olabilir (1,3,37). Gebelik sürecinde anne ve kızı değişen rollere ve kimliklere uyum sağlamak zorundadır. Geçmişteki çekişme ve ambivalans, bağımlılık için artan istekler kadar suçluluk ve öfke hislerine de neden olabilir. Anne ve kızı arasındaki rekabetçi hisler ve kızın çocuk statüsündeki potansiyel kayıp, hem anne hem de kızı için belirgin konulardır. Birçok kadın için gebeliğin sonlanmasının anlamı, çocukla birliktelik duygusunun bırakılması ve eşlik eden kayıp hissidir. Bu durum bazı kadınlarda bebeğe bakma ve sevme kapasiteleriyle ilgili anksiyeteyi yüzeye çıkarır.

Gebelikteki fizyolojik reaksiyonlar kadar psikososyal reaksiyonların da tanınması ve önlenmesi, anne ve çocuk sağlığına etkilerinin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bunun için bir gebenin

izlemlerinde tıbbi değerlendirmesi yapılırken, fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal değerlendirmenin ve de neden olabilecek risk etkenlerinin de değerlendirilmesinin, bütüncül bir yaklaşım açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (1,2,3,37). Gebelikteki ruhsal sorunlar ve depresyon fetüs ve annenin iyilik halini olumsuz etkilemesi, doğum sonu depresyona zemin hazırlaması nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı konularak tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Bu yüzden gebelerin ruhsal sağlığının korunmasında sağlık profesyonellerinden hemşire, ebe ve hekime önemli sorumluluk düşmektedir.

#### 4.2.1. Gebeliğin Kabul Edilmesinde Etkili Olan Psiko-Sosyal Faktörler

Kadın yaşamında gebelik dönemi, değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak yorumlanır. Her kadın gebeliği farklı olarak yasar. Gebelik karsısındaki tepkiler, bireyin anılarına, korkularına, sosyal ve ekonomik çevre koşullarına, isteklerine bağlı olarak değişir. Gebeliği ve anneliği normal olarak algılayan kadınların adaptasyonu daha iyidir. Gebeliğe karşı olumsuz duygular taşıyan kadınlarda bas ağrısı, bulantı, emosyonel gerilim gibi semptomlar ortaya çıkabilir. Gebe fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından belirlenmektedir. Doğum öncesi bakım hizmetleri içinde annenin gebeliği kabul etmesi ve uyumuna önem verilmesi gerekmektedir (37).

#### 4.2.2. Gebelikte Ortaya Çıkan Psikolojik Sorunlar ve Nedenleri

Kadının ruhsal durumu ve yaşantısı gebeliğin seyrini etkileyebildiği gibi, gebeliğin de ruhsal ve duygusal yaşantı üzerinde etkili olabildiği vurgulanmaktadır. Gebelikte kadının yaşadığı biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişiklikler yanında, anne rolüne ilişkin duygusal, yaşamsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular da ön plana çıkar. Bu nedenle gebelikte sık görülen depresyon ve kaygının sadece bir nedenle ilişkilendirilmesi veya açıklanmaya çalışılmasının doğru olmadığı, daha çok birden fazla ve karmaşık etmenlerin etkisiyle ortaya çıktığı öne sürülmektedir (1).



Gebelikte ruhsal sağlığın bozulmasında rol oynayan, gebelikteki kaygı ve depresyon için risk etkenleri arasında sayılan özellikler açısından; daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü varlığı, ailesel durumlar, evlilik- eş ilişkisi, iş durumu, düşük ekonomik düzey ya da ekonomik kaygılar, olumsuz yaşam deneyimleri, istenmeyen gebelik, düşük hikayesi, gebelik durumunun yarattığı yeni güçlükler ve gereksinimler, fetüsle ilgili kaygı ve yüksek ebeveynlik stresi üzerinde durulmaktadır. Bu özelliklere ek olarak düşük özsaygı, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi, gebelik döneminde sosyal, duygusal destek yetersizliği ve sosyal izolasyonun da etkili olduğunu belirten kaynaklar mevcuttur Ayrıca aile içi şiddet, gebelikte alkol, sigara veya keyif verici madde tüketimi gibi değişkenlerin de rol oynadığı belirtilmektedir (1,2,37).

Gebelikte ruh sağlığının iyi olması anne ve fetüs sağlığı için önemlidir. Özellikle depresyon ve kaygının, gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonları arttırdığı, yeni doğan sağlığını olumsuz etkilediği (preterm eylem, preeklamsi, zor doğum, doğumda daha fazla cerrahi müdahaleye gereksinim duyma, gebelik haftasına göre küçük fetüs, düşük doğum ağırlıklı ve düşük apgar skorlu yeni doğan vb.) bildirilmiştir. Ayrıca, gebelikteki depresyonun doğum sonu depresyonun öncüsü olabileceği, bu nedenle de gebelikteki anksiyete ve depresif semptomların doğum sonu depresyonu öngörmeye en güçlü belirleyiciler olduğu vurgulanmaktadır (1,3,9,10,80,81).

#### **Gebelik döneminde yaşanan stresörler**

Komplikasyonlu gebelik ve yüksek riskli gebelerde yatak istirahatine bağlı durumsal stresörler ortaya çıkmaktadır. Duygusal stresörler, hastalık rolünü kabullenememe, belirsizlik, yaşamları üzerinde kontrol kaybı, fetüsün durumundan kaynaklanan endişe ve beklememenin getirdiği bezginlik olarak tanımlanır.

Çevresel stresörler, ev ya da hastane ortamında yatağa hapsedilme ile oluşan stresörlerdir. Bu stresörleri kendini mahkum gibi hissetme, can sıkıntısı, dış dünya ya da bir şeyleri kaçırma duyguları oluşturmaktadır.

Gebede aile yaşamında oluşan değişiklikler ailesel stresörleri oluşturmaktadır. Gebeler özellikle çocukların bakımı ve evdeki rollerin bozulmasından endişe duymaktadır (82).

#### 4.2.2.1. Gebelik ve Anksiyete

Gebelik bir kadın için başlı başına bir anksiyete kaynağıdır. Önemli olan anksiyete bozukluğu ile normal anksiyetenin ayırt edilmesidir. Normal nüfusta anksiyete bozukluklarına kadınlarda erkeklerden daha sık rastlanmaktadır ancak gebelikte nasıl seyrettiği, anksiyete ve panik ataklarının gebe ve fetus üzerine olan etkileri hakkında pek az bilgi bulunmaktadır (1,3,9,10,11,16).

Panik ataklarının gebelik sırasında azaldığı ve doğum sonrası dönemde arttığına ilişkin veriler olduğu bildirilmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk ise hem gebelikte hem de postpartum dönemde kötüleşmektedir. Duygudurum bozukluğu gösteren kadınlarda gebelikte remisyon olabilmektedir. Tedavi gerektirecek düzeyde mani görülmesi de olasıdır. Postpartum dönemde ise duygudurum bozukluklarına eğilim artar. Bazı gebelerde daha önceki yaşamlarına ilişkin nörotik belirti ve kaygılar azalır. Gebe değilken kronik psikolojik sorunları olan kadınlarda gebelik sırasında bu sorunlarda iyileşme olduğu bulunmuştur. Gebelikte şizofreninin başladığına ilişkin bir yayına rastlanmadığı ve çoğu şizofrenik hastanın gebelik sırasında bir iyilik hali gösterdiği bildirilmektedir (1,3,9,10,11).

#### 4.2.2.2. Gebelikte Depresyon

Geçmiş yıllarda gebelik “psikiyatrik bozukluklar için koruyucu bir dönem” olarak görülürken, günümüzde bu görüş kabul görmemektedir. Çünkü kadınlar gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak algıladığı gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş, üzerinde aşırı bir yüklenme gibi olumsuz ruhsal duygulanımların da yaşanabileceği bir dönem olarak da görebilmektedir.

Gebelikte depresyon hem anne sağlığını hem de fetal sağlığı etkileyen ve sık görülen bir ruhsal bozukluktur. Yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının % 5-51 arasında değiştiği bildirilmektedir (11,15,16).

Gebe kadınların %70 ve fazlasında depresif semptomlar bildirilmiş ve % 10-16 kadarı ise majör depresyon için tüm kriterleri içerdiği belirtilmiştir. Gebelikte depresyon, % 50-62 oranında postpartum depresif atak geçirme ve mevcut psikiyatrik durumun, daha da kötüleşmesi risklerini taşımaktadır. Gebelik sırasında depresif olup tedavi almayan gebelerin %15’inin intihar girişiminde bulunduğu belirtilmiştir (11).

Gebelerin depresyon düzeyini eğitim durumlarının, ekonomik durumlarının, ilk evlilik yaşlarının, doğacak çocuklarının cinsiyeti hakkındaki beklentilerinin, eşleri ile uyumlu olma durumlarının, gebelikleri süresince destek aldıkları kişinin ve gebelik sayılarının anlamlı düzeyde etkilediği; yaşlarının, çalışma durumlarının, evlilik süresinin, doğum yapma, düşük yapma, kürtaj olma durumlarının, isteyerek gebe kalma durumunun, çevre ve aile uyumunun, yaşayan çocuk sayısının, abortus sayısının ve kürtaj sayısının etkilemediği sonucu elde edilmiştir.

#### 4.2.2.2.1. Gebelik Depresyonunda Sağlık Personelinin Rolü

Gebelik depresyonunun erken dönemde tanınmasında başta ebe, hekim ve hemşire olmak üzere sağlık profesyonellerine çok büyük sorumluluk düşmektedir Ülkemizde de diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gebelik depresyonuna yönelik sağlık profesyonellerince tarama programları başlatılmalı, yaygınlaştırılmalı, depresyon riski olan gebeler (geçmişinde depresyon öyküsünün bulunması, kronik hastalığın olması gibi) erken dönemde belirlenmelidir. Ortaya çıkarılamamış veya tedavi edilememiş depresyon hem gebe hem de bebek için risk oluştur. Ebe ve hekimin, depresyon tedavisini ilaçla alan gebeleri postpartum dönemi dahil daha sık aralıklarla izlemesi gerekmektedir (1,3,9,10,11).

Ülkemizde ebeler, gebeleri ve lohusaları ev ziyaretiyle değerlendirmekle yükümlüdür. Nitelikli bir ev ziyareti ile gebenin fiziksel olduğu gibi psikolojik yönünün de detaylıca değerlendirilmesi, depresyonun erken dönemde belirlenmesine, önlenmesine ve dolayısıyla antenatal bakımın kalitesinin artmasına olanak tanıyacaktır. Şahin ve Kılıçarslan çalışmalarında ebenin ev ziyareti sıklığı ile gebenin durumluk kaygı (anksiyete) düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Ayan ve arkadaşları doğuma hazırlık kurslarının gebeler üzerine etkisini incelediği çalışmalarında; kursu alan gebelerde kaygı ve depresyonun kursu almayanlara göre daha az olduğu sonucuna varmışlardır. Bu bağlamda ülkemizde birinci basamakta görev alan sağlık personellerinin ev ziyaretine daha özenle önem vermesi, gebelere yönelik doğuma hazırlık kurslarının yaygınlaştırılması depresyonun azaltılması ve önlenmesine katkı sağlamasının yanında, doğuma yönelik kaygıları azaltıp normal doğumun teşvikine de artıracaktır. Ayrıca sağlık personeli, gebelik depresyonunun korunması, önlenmesi ve tekrarlamamasına yönelik gebenin sosyal destek ağının güçlenmesini desteklemelidirler (1,3,9,10,11,15).

### 4.3. SAĞLIKLI BİR GEBELİĞİN GEÇİRİLMESİNDE SOSYAL DESTEĞİN ÖNEMİ

Doğumdan ölüme kadar birçok yaşam değişikliğinde, bireye yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yönelik sosyal destek sistemleridir. Sosyal desteğin tanımı üzerinde görüş ayrılıkları olmakla birlikte, genellikle, stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olarak kabul edilir. Sosyal desteğin, fizik ya da ruhsal çok sayıda hastalığın ortaya çıkışı, gidişi ve süresi üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Başka bir anlatımla sosyal destek, insan sağlığı ile ilişkili olduğu kabul edilen sosyal bir değişkendir. Sosyal desteğin, stres verici yaşam olaylarının oluşumunu ve yarattığı sonuçları çeşitli şekillerde etkilediği düşünülmektedir.

Sosyal destek yakın ilişkilerin önemli yönlerinden birisidir. Sosyal desteğin, stresin oluşumunu önleyebildiği; stresin var olduğu durumlarda ise olayın algılanış biçimini değiştirdiği, kişinin zorlandığı durumlarda ona yardımcı olduğu, onun başa çıkma yollarını etkilediği bilinmektedir (9,10,11,83,84,85,86).

Sosyal destek konusunda yapılan çalışmalarda iki önemli yaklaşım üzerinde durulmuştur. Bunlardan birincisi, sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki bulunduğunu savunur (Main or Direct Effect Model). İkinci yaklaşım ise, sosyal desteğin en önemli işlevinin, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumak olduğunu savunur (Buffering Effect Model). Sosyal desteğin ruh sağlığı üzerinde olumlu etkisi pek çok araştırmacı tarafından kabul edilmektedir. Stresin bireyler üzerindeki olumsuz psikolojik ve somatik etkileri vurgulanırken, sosyal destek kaynaklarının hem hastalık öncesi, hem de hastalık sonrasında ve hastalığın tedavisinde olumlu etkilerine dikkat çekilmektedir. Elde edilen bulgular, psikolojik ve sosyal kaynakların yetersizliği durumunda hastalığa yatkınlığın artacağı düşüncesini destekler niteliktedir (9,10,11,16,83,84,85,86).

Kadınların deneyimlediği stres verici yaşam olayları arasında ilk sırayı gebelik almıştır. Holmes ve Rahe yaptıkları araştırmada; yüksek yaşam değişiklikleri puanına sahip olan ve yakın çevrelerinden gördükleri destek yetersiz kalan kadınlarda, gebelik ve doğum komplikasyonuna rastlanma olasılığının çok yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Buna karşılık benzer yükseklikte yaşam değişiklikleri puanına sahip olan kadınların, eğer eşlerinden, ana-babalarından veya kardeşlerinden duygusal ve ekonomik destek

göreceklerine inanıyorlarsa, gebelik ve doğum komplikasyon düzeyinin son derece düşük olduğunu saptamışlardır. Bir başka ifadeyle “sosyal destek” insanları yaşam değişikliklerinin stres dolu etkilerinden koruyabilmektedir. Orr (2004) gebeler üzerinde yaptığı araştırmada, sosyal desteği olan gebelerin gebelik esnasındaki olumsuz değişikliklerden fazla etkilenmediğini, sosyal desteği olmayanlara göre daha doyumlu bir gebelik yaşadıklarını ortaya koymuştur (9,10,11,15,16,80,83,84,85,86,87).

#### 4.4. SOSYAL DESTEK DANIŞMANLIĞINDA EBE ve HEMŞİRELERİN ROLÜ

Gebelerin önemli destekleyici kişileri esi ve yakın akrabaları olduğu belirtilmekle birlikte, hastanedeki bir gebeyi destekleyecek en yakın kişi ebe ve hemşiredir. Ebe ve hemşirenin doğum öncesi bakım, eğitim, danışmanlık yapmanın yanı sıra gebelerin yaşadıkları ruhsal sorunları çözmeye de sorumlulukları vardır. Bunu gebelerin sorunlarının farkına varmasını sağlayarak yapabilir (62,63, 103,104).

Doğum öncesi ebelik ve hemşirelik bakımı, gebeye sadece bilgi ve fiziksel bakım vermeyi değil, aynı zamanda gözlem, destek, yardım etme, sürekli eğitim ve danışmanlık rol ve işlemlerini de içermektedir. Ebe ve hemşire bakım sorumluluğu yanında, gebeyi tüm sosyo-ekonomik durumuyla değerlendirip onun sorunlarını belirlemelidir. Bu sorunlarla başa çıkabilmesini sağlamalıdır. Özellikle fiziksel ve psikolojik sorunları azaltmak için gebenin kendisini ve ailesini de dahil ederek bakım ve tedaviyi yürütmelidir. Aile ve arkadaş desteği yanında sağlık çalışanlarının desteği de bakımda yer aldığı daha iyi bir gebelik ve doğum gerçekleşir (62,63,64,97,102,103).

Gebeler ruhsal yönden bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme, ancak konu hakkında eğitim ve bilgi sahibi ebe/hemşire ile sağlanabilir. Böylece gebelerin, gebelikle ilgili korku ve kaygıları azaltılabilir ve gebeliğe ruhsal uyum kolaylaşabilir. Ayrıca gebelerde ve ebe/hemşirelerde süreçle ilgili ruhsal farkındalığın artması, gebelikte ortaya çıkabilecek bir çok ruhsal sorunun erken tanınması, önlenmesi, erken müdahale edilmesi ve tedavisine olanak sağlayacaktır (9,10,11,86).

Sosyal destek danışmanlığında ilk olarak bireyin yaşadığı zorlukların tanımlanması gerekir. Daha sonra, bireyin yaşadığı en önemli zorluğun belirlenip ortaya konması ve ne tür sosyal desteğin verileceğine karar verilmesi gerekir. Verilen sosyal desteğin, yaşanan

sorunun gelişmesine etkisinin olup olmadığı ortaya konmalıdır. Eğer sosyal destek sorunun gelişmesinde etkili değilse, bireyin karakterinin belirlenmesi ve sosyal desteğin neden yetersiz olduğunun ortaya konması gerekir. Sosyal desteğin etkisini birey merkezli engeller veya dışarıdan kaynaklanan engeller azaltabilir. Bireyi etkileyen bu engellerin belirlenmesi, sosyal desteğin etkisinin artırılması açısından oldukça önemlidir. Tüm bu faktörler belirlendikten sonra, ebe ve hemşire sosyal desteğin etkisini arttırmaya çalışmalıdır. Ayrıca ebe ve hemşirenin, danışmanlık boyunca son derece sabırlı olması, empati yapabilmesi ve bireye güven vermesi gerekir. Ayrıca, antenatal bakım sırasında ebe ve hemşirelerin; 35 yaş ve üzerinde gebe kalan, öğrenim düzeyi düşük olan, herhangi bir işte çalışmayan, gebeliği planlı olmayan, multipar gebelerin bağlanma düzeylerini dikkatli bir biçimde değerlendirmesi, geliri giderinden az, öğrenim düzeyi düşük ve gebeliğini sonlandırmayı düşünmüş olan kadınların depresif belirtilerinin gözlenmesi, stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemlerin belirlenmesi ve bunlara yönelik girişimler planlanması önerilmektedir (9,10,11,15,86).

Gebeye bakım veren ebelerin ve hemşirelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarını yerine getirirken hizmetin verimliliğini artırabilmek için gebenin algıladığı sorunları iyi tespit etmesi gerekir. Önceliklerin bilinmesi hizmet veren ve alan kişilere pek çok yarar sağlayacaktır. Bu öncelikleri saptayabilmek amacıyla da gebe kadınların algıladıkları fiziksel, ruhsal yakınmaları ve bunlardan doğan sağlık gereksinimlerinin bilinmesi gerekir. Bu amaçlar doğrultusunda elde edilecek veriler, verilen sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması için öneriler getirecektir.

## 5. MATERYAL VE YÖNTEM

### 5.1. ARAŞTIRMA EVRENİ

Araştırma evrenini İstanbul Bilim Üniversitesi Avrupa Florence Nightingale Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Riskli Gebelikler ve Doğum Servisinde Yatan gebeler oluşturmaktadır.

### 5.2. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ

Araştırma örneklemini İstanbul Bilim Üniversitesi Avrupa Florence Nightingale Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Mayıs 2012- Mayıs 2013 tarihlerinde başvuran gebeler ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Riskli Gebelikler ve Doğum Servisinde Kasım 2012-Mayıs 2013 tarihlerinde yatan gebelerden oluşacaktır.

#### Örnekleme Alınma Kriterleri:

- 1) İstanbul Bilim Üniversitesi Avrupa Florence Nightingale Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Mayıs 2012- Mayıs 2013 tarihlerinde başvuran gebeler,
- 2) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Riskli Gebelikler ve Doğum Servisinde Kasım 2012-Mayıs 2013 tarihlerinde yatan gebeler,
- 3) Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- 4) Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalmayan gebeler,
- 5) 18-45 yaş gurubunda olan gebeler,

Örneklem büyüklüğünü, yukarıda belirtilen kriterlere uyan ve evreni bilinen örneklem sayısı ile hesaplanan 280 gebe oluşturmuştur.

### 5.3. ÖRNEKLEME YÖNTEMİ

Örnekleme grubu olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir.

### 5.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

İstanbul Bilim Üniversitesi Avrupa Florence Nightingale Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği 2 hemşire, 3 Kadın Hastalıkları ve Doğum uzman doktoru ve 1 sekterden oluşan 9- 16 saatleri arasında çalışan bir birimdir. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Riskli Gebelikler ve Doğum Servisi 31 yatak kapasiteli 2 Perinataloji uzmanı, 18 Kadın Hastalıkları ve Doğum Asistan doktor 4 hemşire ve 7 ebe 'den oluşan 7-19 ve 19-07 nöbet sistemi ile çalışan ve riskli gebeliklerin ve doğumların yattığı bir birimdir.

### 5.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler Mayıs 2012- Mayıs 2013 tarihleri arasında örnekleme kriterlerine göre seçilen gebelerle yüz yüze görüşme tekniği ile Gebe Tanımlama Formu ve Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ), Gebelik Döneminde Karşılaşılan Stresörlerin Değerlendirilmesi Anketi kullanılarak toplanmıştır.

Veriler toplanırken;

- 1) Sağlık Bilimleri Enstitüsü onayı alınmıştır.
- 2) İstanbul Bilim Üniversitesi Avrupa Florence Nightingale Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Başkanı ve Başhemşiresinden uygulama izni alınmıştır.
- 3) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı alınmıştır.
- 4) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Başkanı ve Başhemşiresinden uygulama izni alınmıştır.



- 5) Ölçek kullanım izni alınmıştır.
- 6) Gebe kadınlara, araştırmanın konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiştir.
- 7) Araştırmaya katılan gebe kadınlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

## 5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler toplanmasında, 2 araç kullanılmıştır.

*Birinci araç;* Gebe kadınların, Kişisel Özellikleri, Sağlık Durumu ve Sağlık Alışkanlıkları ile İlişkili Özellikleri, Obstetrik ve Jinekolojik Öyküsü, Şimdiki Gebeliğe İlişkin Özelliklerini içeren sorulardan oluşan “**Gebe Tanılama Formu**” ve araştırmacılar tarafından hazırlanan gebeliğin bu dönemde belirtilen durumlarla ilgili sıkıntı, güçlük, huzursuzluk veya gerginlik yaşama durumunu içeren “**Gebelik Döneminde Karşılaşılan Stresörlerin Değerlendirilmesi Anketi**” kullanılmıştır.

*İkinci araç ise;* Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi'nin 2008 yılı 11(1) sayısında yayımlanmış olan ve Doç. Dr. Samiye METE ve Yard. Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ tarafından Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ve tez çalışmamda kullanılmak üzere resmi izni alınan, ölçek gebe kadınların ifadelerinden oluşturulmuş, 79 soru ve ‘çok tanımlıyor, kısmen tanımlıyor, biraz tanımlıyor ve hiç tanımlamıyor’ ifadelerinden oluşan “**Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği**” kullanılmıştır. (*Cronbach's Alpha değeri ,932*)

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)'nin alt ölçeklerinin madde numaraları ve alınabilecek en düşük ve en yüksek değerlerin gösterilmesi

PKDÖ ve alt boyutları	Madde sayısı	Soru numaraları	Alınabilecek en düşük ve en yüksek değerler
1.Kendi ve Bebeğin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri	10	12,16,17,30,41,51, 57,63,68,71	10- 40
2. Gebeliğin Kabulü	14	1,3,9,22,32,58,61,62, 66,69,74,76,77,79	14- 56
3.Annelik Rolünün Kabulü	15	2,6,19,29,33,34,42,45, 46,50,54,67,73,75,78	15- 60
4. Doğuma Hazır Oluş	10	7,13,24,25,26,38, 47,48,56,72	10- 40
5. Doğum Korkusu	10	8,11,15,18,27,39, 49,52,53,64	10- 40
6. Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu	10	14,20,21,28,31,37, 44,55,59,65	10- 40
7. Eş İle İlişkisinin Durumu	10	4,5,10,23,35,36, 40,43,60,70	10- 40
PKDÖ Toplam	79		79- 316

Lederman tarafından 1979 yılında doğum öncesi dönemdeki kadınların anneliğe uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek, toplam 79 maddeli, 4'lü likert tipi bir ölçektir.

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'ndeki maddelerden 47'si ters yönlü maddedir. Ölçekteki ters yönlü maddelerin numaraları şu şekildedir; 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 59, 60, 61, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79. Ölçekteki her madde 4 dereceli değerlendirmeyle ölçülmektedir. Gebeliğe uyum "1"den "4"e (4:"Çok fazla tanımlıyor, 3: "Kısmen tanımlıyor", 2:"Biraz tanımlıyor", 1:"Hiç tanımlamıyor") kadar değişen puanların

sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir. Ters maddelerde puanlama tam tersi olacak şekilde yapılmaktadır. Ölçeğin tamamı için en az 79, en fazla 316 puan alınabilmektedir. Düşük puanlar gebeliğe uyumun yüksek olduğunu göstermektedir (Lederman and Lederman 1979).

## 5.7. VERİLERİN DEğERLENDİRİLMESİ

Veriler bilgisayarda SPSS v16.0 programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik ve aritmetik ortalama kullanıldı. Verilerin karşılaştırma ve ilişkilerinde T test, oneway, anova, Pearson Correlation ve Kruskal-Wallis Test kullanılmıştır.

## 6. BULGULAR

Gebelerin gebelik döneminde hissettikleri/yaşadıkları stresörlerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan çalışmamızın bulguları iki bölümde sunulmuştur.

**Bölüm 1:** Gebelerin sosyo-demografik özellikleri, kendilerinin eş ve aile bireylerinin sağlık durumları, Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri, Gebeliklerinin Bu Döneminde Yaşadıkları Fizyolojik/Psikolojik Şikayetleri, Şimdi ki Gebeliğinde Yaşadıkları Hastalıklar/ Sorunları, Bebek Bakımı Yardımı ve Antenatal Eğitim Alma Durumu ve Gebelik Döneminde Karşılaşılan Stresörlerin Değerlendirilmesine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

**Bölüm 2:** Gebelerin birinci bölümdeki bulgularının PKDÖ ve alt boyutları ile karşılaştırılması ve ilişkilerinin incelenmesi sonucunda çıkan bulgulara yer verilmiştir.

**Bölüm 1:** Gebelerin sosyo-demografik özellikleri, kendilerinin eş ve aile bireylerinin sağlık durumları, Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri, Gebeliklerinin Bu Döneminde Yaşadıkları Fizyolojik/Psikolojik Şikayetleri, Şimdi ki Gebeliğinde Yaşadıkları Hastalıklar/ Sorunları, Bebek Bakımı Yardımı ve Antenatal Eğitim Alma Durumu ve Gebelik Döneminde Karşılaşılan Stresörlerin Değerlendirilmesine ilişkin bulgular

**Tablo 1: Gebelerin Sosyo- Demografik Özellikleri (n:280)**

		n	%
Gebelerin yaş grupları	20 yaş ve altı	9	3,2
	20-25 yaş	35	12,5
	26-30 yaş	103	36,8
	31-35 yaş	81	28,9
	36-40 yaş	43	15,4
	41 ve üzeri	9	3,2
Gebenin eğitim durumu	Okuryazar değil	75	26,8
	İlköğretim	47	16,8
	Lise	66	23,6
	Üniversite	92	32,9
Gebenin çalışma durumu	Çalışan	127	45,4
	Çalışmayan	153	54,6
Gebenin mesleği	Ev hanımı	148	52,9
	İşçi	15	5,4
	Memur	47	16,8
	Diğer	70	25
Eşin çalışma durumu	Çalışan	270	96,4
	Çalışmayan	10	3,6
Eşin mesleği	İşçi	68	25
	Memur	26	9,6
	Serbest meslek	119	43,8
	Diğer	59	21,7
	Toplam	272	100
Gebenin gelir durumu	Ancak geçinebiliyorum	77	27,5
	Orta derecede iyi	101	36,1
	İyi	102	36,4

Çalışmaya katılan gebelerin sosyo-demografik durumunu gösteren veriler Tablo 1 de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının % 36,8'nin 26-30 yaş , % 28,9'nun 31-35 yaş, % 15,4'nün 36-40 yaş, % 12,5'nin 21-25 yaş, % 3,2'nin 41 yaş ve üzerinde ve % 3,2'nin de 20 yaş ve altında olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan gebelerin , % 32,3'nün üniversite mezunu (n: 92), % 26,8'nin okur-yazar olmadığı (n:75),

% 23,6'nın lise mezunu (n:66), % 16,8'nin ilköğretim mezunu (n:47) olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan gebelerin % 54,6'nın çalışmadığı (n:153), % 45,4'nün çalıştığı (n:127) saptanmıştır. Gebelerin, % 52,9'nun ev hanımı olduğu (n:148), % 25'nin diğer meslek grubunda olduğu (n:70), % 16,8'nin memur (n:47), % 5,4'nün işçi (n:15) olduğu saptanmıştır.

Gebelerin eşlerinin % 96,4'nün çalıştığı (n:270), % 3,6'nın çalışmadığı (n:10) saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin mesleğinin % 43,8'nin serbest mesleğe sahip olduğu (n:119), % 25'nin işçi olduğu (n:68), % 21,7'nin diğer meslek grubunda olduğu (n:59), % 9,6'nın memur (n:26) olduğu saptanmıştır. Gebelerin gelir düzeyinin % 36,4'nün iyi (n:102), % 36,1'nin orta derecede iyi (n:101), % 27,5'nin ancak geçinebildikleri (n:77) görülmüştür.

Tablo 2: Gebelerin, Eş ve Aile Bireylerinin Sağlık Durumları (n:280)

		n	%
Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu	Evet	84	30
	Hayır	196	70
Kronik Hastalıklar	Kalp-Damar	7	8,3
	Solunum	15	17,9
	Hematolojik	5	6
	Nefrolojik	6	7,1
	Hipertansiyon	13	15,5
	Diyabet	10	11,9
	Genetik	5	6
	Gis	3	3,6
	Nörolojik	2	2,4
	Tiroid	18	21,4
	Toplam	84	100
	Hastalık Geçirme Durumu	Hastalık Geçiren	26
Hastalık Geçirmeyen		254	90,7
Geçirdiği Hastalıklar	Kanser	3	11,5
	Üriner	4	15,4
	Solunum	3	11,5
	Dahili	6	23,1
	Jinekolojik	7	26,9
	Diğer	3	11,5
	Toplam	26	100
Sigara Kullanma Durumu	Evet	12	4,3
	Bıraktım	61	21,8
	Hayır	207	73,9
Alkol Kullanma Durumu	Evet	0	0
	Hayır	280	100
Sürekli İlaç Kullanma Durumu	Evet	162	57,9
	Hayır	118	42,1
Ameliyat Geçirme Durumu	Evet	129	46,1
	Hayır	151	53,9
Geçirdiği Ameliyatlar	Sezeryan	64	49,6
	Kalp-Damar	6	4,7
	Böbrek	1	0,8
	Ortopedik	20	15,5
	Dahili	16	12,4
	Jinekolojik	10	7,8
	Diğer	12	9,3
	Toplam	129	100
Eşin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu	Evet	24	8,6
	Hayır	256	91,4
Ailedeki Bireylerin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu	Evet	110	39,3
	Hayır	170	60,7

Çalışmaya katılan gebelerin, eşlerinin ve aile bireylerinin sağlık durumlarını gösteren veriler Tablo 2 de verilmiştir. Gebelerin % 70'nin kronik hastalığı olmadığı (n:196), % 30'nun kronik hastalığı olduğu (n:84) saptanmıştır. Kronik hastalığa sahip olan gebelerin, % 21,4'nin tiroidi (n:18), % 17,9'nin solunum sistemine ait hastalığı (n:15), % 15,5'nin hipertansiyonu (n:13), % 11,9'nin diyabeti (n:10), % 8,3'nün kalp-damar hastalığı (n:7), % 7,1'nin nefrolojik hastalığı (n:6), % 6'nın hematolojik hastalığı (n:5), % 6'nin genetik hastalığı (n:5), % 3,6'nın gastrointestinal hastalığı (n:3), % 2,4'nün nörolojik hastalığı (n:2) olduğu saptanmıştır.

Gebelerin % 9,3'nün daha önce önemli bir hastalık geçirdiği (n:26), % 90,7'nin daha önce bir hastalık geçirmediği (n:254) saptanmıştır. Daha önce önemli herhangi bir hastalık geçiren gebelerin % 26,9'nun jinekolojik hastalık (n:7), % 23,1'nün dahili sistem hastalığı (n:6), % 15,4'nün üriner sistem hastalığı (n:4), % 11,5'nin solunum sistemi hastalığı (n:3), % 11,5'nin kanser geçirdiği (n:3) görülmüştür.

Çalışmaya katılan gebelerin % 73,9'nün sigara içmediği (n:207), % 21,8'nin sigarayı bıraktığı (n:61), % 4,3'nün sigara içtiği (n:12) bulunmuştur. Sigara içen gebelerin % 50 sinin 5 adet/günde sigara kullandığı görülmüştür. Gebelerin tamamının alkol kullanmadığı görülmüştür ( n:280).

Gebelerin % 57,9'nun sürekli olarak kullandığı ilacı olduğu (n:162), % 42,1'nin herhangi bir ilaç kullanmadığı (n:118) saptanmıştır. Gebelerin, % 50,6'nın kan ilaçları ve vitaminler (n:82), % 12,3'nün antihipertansif ilaçlar (n:20), % 11,7'nin tiroid ilaçları (n:19), % 6,8'nin insülin (n:11), % 6,2'nin nefrolojik ilaçlar (n:10), % 5,6'nın solunum sistemi ilaçları (n:9), % 4,3'nün gastrointestinal sistem ilaçları (n:7), % 2,5'nin kardiyolojik ilaçlar (n:4) kullandığı saptanmıştır.

Çalışmaya katılan gebelerin % 53,9'nun daha önce herhangi bir ameliyat geçirmediği (n:151), % 46,1'nin daha önce herhangi bir ameliyat geçirdiği (n:129) görülmüştür. Herhangi bir geçiren gebelerin % 49,6'nın sezeryan ameliyatı olduğu (n:64), % 15,5'nin ortopedik (n:20), % 12,4'nün dahili sistem (n:16), % 7,8 nin jinekolojik (n:10), % 4,7'nin kalp (n:6) ameliyatları geçirdikleri bulunmuştur. Çalışmaya katılan gebelerin eşlerinin % 91,4'nin kronik hastalığı olmadığı (n:256), % 8,6'nın kronik hastalığı olduğu (n:24) saptanmıştır. Kronik hastalığa sahip eşlerin % 25'nin solunum sistemi hastalığı



(n:6), % 25'nin gastrointestinal hastalığı (n:6), % 20,8'nin nörolojik hastalığı (n:5), % 8,3'nin diyabeti olduğu (n:2), % 8,3'nün kalp hastalığı (n:2), % 4,2'nin nefrolojik hastalığı (n:1), % 4,2'nin hipertansiyonu (n:1), % 4,2'nin tiroidi (n:1) olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan gebeler, ailelerindeki bireylerde % 60,7'nin kronik hastalığı olmadığını (n:170), % 39,3'nün ise kronik hastalığa sahip olduğunu (n:110) belirtmişlerdir.

Gebelerin ailesindeki bireylerin % 26,4'nün hipertansiyon (n:29), % 25,5'nin diyabet (n:28), % 22,7'nin kalp (n:25), % 7,3'nün solunum (n:8), % 4,5'nin hematolojik (n:5), % 4,5'nin tiroid (n:5), % 3,6'nin gastrointestinal (n:4), % 2,7'nin nefrolojik (n:3), % 0,9'nun nörolojik (n:1) hastalıklara sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 3: Gebelerin Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri (n:280)

		n	%
Abortus Geçirme Durumu	Evet	76	27,1
	Hayır	204	72,9
Ölü Doğum Yapma Durumu	Evet	18	6,4
	Hayır	262	93,6
Ölü Doğum Yapma Nedenleri	Fetal Anomali	8	44,4
	Kronik Hastalığa Bağlı	4	22,2
	Nedeni Bilinmeyen	1	5,6
	Preeklampsi-Eklampsi-Hellp	2	11,1
	Kanama	3	16,7
	Toplam	18	100
Erken Doğum Yapma Durumu	Evet	35	12,5
	Hayır	245	87,5
Önceki Gebeliklerinde Hastalık/Problem Yaşama Durumu	Evet	63	22,5
	Hayır	217	77,5
Yaşanan Hastalık/Problemler	Gebeliğe Bağlı Hipertansif Sorunlar	13	20,6
	Erken Membran Rüptürü	2	3,2
	Diyabet	13	20,6
	Plasental Sorunlar	7	11,1
	Erken Doğum Tehditi	15	23,8
	Hiperemezis gravidarum	1	1,6
	Amv azalması/Artması/IUGG	3	4,8
	Fetal Anomali	4	6,3
	Enfeksiyon	1	1,6
	Hematolojik Sorunlar	2	3,2
	Kardiyak Sorunlar	2	3,2
	Toplam	63	100
	Çoğul Gebelik Yaşama Durumu	Evet	22
Hayır		258	92,1
Jinekolojik Enfeksiyon/Hastalık Geçirme Durumu	Evet	69	24,6
	Hayır	211	75,4
Jinekolojik Enfeksiyonlar/Hastalıklar	İdrar Yollarına Ait	48	69,6
	Candida Albicans	10	14,5
	Viral	4	5,8
	Uterus ve Serviks Ait	3	4,3
	Pelvik İnflamatuvar Hastalık	2	2,9
	Tuba-Over Ait	2	2,9
	Toplam	69	100
Planlı Gebelik Olma Durumu	Evet	194	69,3
	Hayır	86	30,7
Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumu	Evet	82	29,3
	Hayır	198	70,7

Çalışmaya katılan gebelerin obstetrik ve jinekolojik özelliklerini gösteren verileri Tablo 3 de gösterilmiştir. Gebelerin % 72,9'nun abortus yaşamadığı (n:204), % 27,1'nin abortus yaşadığı (n:76) görülmüştür. Gebelerin gebelik haftası ort 31,23±6,72, gebelik sayısı ort 2,16±1,43, yaşayan çocuk ort1,65±0,861 olduğu saptanmıştır.

Gebelerin % 93,6'nın ölü doğum yapmadığı (n:262), % 6,4'nün ölü doğum yaptığı (n:18) bulunmuştur. Ölü doğum yapan gebelerin % 44,4'nün fetal anomali nedeniyle terminasyon kararı verilen gebeler olduğu (n:8), % 22,2'nin gebelerin sahip olduğu kronik hastalığın neden olduğu (n:4), % 16,7'nin kanamaya bağlı olarak (n:3), % 11,1'nin gebeliğe bağlı hipertansif durumun ( eklampsi/ hellp send) neden olduğu (n:2), % 5,6'nın nedeni bilinmeyen intrauterin mort fetüsün olduğu (n:1) saptanmıştır.

Çalışmaya katılan gebelerin % 77,5'nin erken doğum yapmadığı (n:245), % 12,5'nin erken doğum (n:35) yaptığı görülmüştür.

Gebelerin önceki gebeliklerinde sorun ya da hastalık yaşama durumu % 22,5 olarak (n:63), herhangi bir sorun yaşamama durumu ise % 77,5 olarak (n:217) belirtilmiştir. Gebeliklerinde sorun yaşayan gebelerin % 23,8'nün erken doğum tehditi (n:15), % 20,6' nin gebeliğe bağlı hipertansif hastalık (preeklampsi/eklapsi/hellp (n:13), % 20,6' nin diyabet (n:13), % 11,1'nin plasental sorunlar (n:7), % 6,3'nün fetal anomali (n:4), % 4,8'nin amniyotik mayi azalması ya da artması ve intrauterin gelişme geriliği (n:3), % 3,2'nin hematolojik sorunlar (n:2), % 3,2'nin kardiyak sorunlar (n:2), % 3,2'nin erken membran rüptürü yaşadığı (n:2), % 1,6'nın enfeksiyon (n:1), % 1,6'nin hiperemezis gravidarum (n:1) yaşadığı saptanmıştır.

Çalışmaya katılan gebelerin % 7,9'nun çoğul gebelik yaşadığı (n:22), % 92,1'nin çoğul gebelik yaşamadığı (n:258) saptanmıştır. Çoğul gebelik yaşayan gebelerin % 95,5' nin ikiz gebelik yaşadığı (n:21), % 4,5'nin üçüz gebelik yaşadığı (n:1) bulunmuştur. Gebelerin doğan çocukların kilolarını % 37,5'nin bildiğini (n:105), % 62,5'nin bilmediğini (n:175) belirtmişlerdir.

Gebelerin % 75,4'nün herhangi bir jinekolojik enfeksiyon ya da hastalık geçirmediklerini (n:211), % 24,6'nın daha önce jinekolojik enfeksiyon ya da hastalık geçirdiklerini (n:69) ifade etmişlerdir. Jinekolojik enfeksiyon ya da hastalık geçiren gebelerin % 69,6'nin idrar yolu enfeksiyonu (n:48), % 14,5'nin candida albicans

enfeksiyonu (n:10), % 5,8'nin viral enfeksiyonlar (n:4), % 4,3 nün uterus ve servikse ait hastalık (n:3), % 2,9'nun pelvik inflamatuvar hastalık (n:2), % 2,9'nun tuba ve overlere ait hastalık (n:2) geçirdikleri saptanmıştır.

Çalışmaya katılan gebelerin bu gebeliklerini % 69,3'nün planlı olduğunu (n:194), % 30,7' nin ise planlı olmadığını (n:86) belirtmişlerdir. Gebelerin bu gebeliğinden önce % 70,7'nin herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadıklarını (n:198), % 29,3'nün ise herhangi bir kontraseptif yöntem kullandığını (n:29) ifade etmişlerdir. Bu gebeliğinden önce kontraseptif yöntem kullanan gebelerin % 46,3'nün geleneksel yöntem olarak sayılan geri çekme yöntemini (n:38), % 28'nin kondom (n:23), % 15,9'nun rahim içi araç (RİA) (n:13), % 7,3'nin kombine oral kontraseptif ilaç (n:6) kullandığı saptanmıştır.

**Tablo 4: Gebelerin Gebeliklerinin Bu Döneminde Yaşadıkları Fizyolojik/Psikolojik Şikayetleri (n:219)**

		n	%
Fiziksel/Psikolojik Şikayet Durumu	Evet	219	78,2
Yaşanan Fizyolojik/Psikolojik Şikayetler	Huzursuzluk/gerginlik	98	44,7
	Hazımsızlık-mide şikayetleri	13	5,9
	Bel-sırt ağrısı	10	4,6
	Uyku problemleri	12	5,5
	Sık idrara çıkma	7	3,2
	Nefes almakta sıkıntı	8	3,7
	Kontsilyasyon-hemoroid	13	5,9
	Ödem	14	6,4
	Kas krampları	8	3,7
	Halsizlik	11	5
	Ailesel sorunlar	2	0,9
	İştahsızlık-mide bulantısı	7	3,2
	Baş ağrısı	7	3,2
	Kasık ağrısı	9	4,1
	Toplam	219	100
	Hayır	61	21,8

Çalışmaya katılan gebelerin gebeliklerinin bu döneminde yaşadıkları fiziksel ya da psikolojik şikayetleri Tablo 4 de gösterilmiştir. Gebelerin % 78,2'nin fiziksel ya da psikolojik şikayeti olduğu (n:219), % 21,8'nin ise herhangi bir şikayette bulunmadığı (n:61) saptanmıştır.

Gebeliklerinin bu döneminde fiziksel ya da psikolojik şikayet belirten gebelerin % 44,7 gebeliklerinde huzursuzluk ve gerginlik yaşadıklarını (n:98), % 6,4'ü vücutlarında oluşan ödemden çok rahatsız olduklarını (n:14), % 5,9'nun konstipasyon ve buna bağlı hemoroid şikayetleri olduğunu (n:13), % 5,9'nun hazımsızlık ve mide ağrısı şikayetlerinin olduğunu (n:13), % 5,5'nin uyku problemi yaşadıkları (n:12), % 5'nin kendilerini halsiz hissettiklerini (n:11), % 4,6'nın bel ve sırt ağrılarının olduğunu (n:10), % 4,1'nin kasık ağrılarının olduğunu (n:9), % 3,7'nin kas krampları yaşadığı (n:8), % 3,7'nin nefes alıp vermekte sıkıntı yaşadığı (n:7), % 3,2'nin baş ağrısı olduğu (n:7), % 3,2'nin iştahsızlık ve mide bulantısı yaşadığı (n:7), % 3,2'nin sık idrara çıkmasının rahatsızlık verdiğini (n:7), % 0,9'nun ailesel sorunlarının olduğu bu durumun onu psikolojik olarak çok rahatsız ettiğini (n:2) belirtmişlerdir.

**Tablo 5: Gebelerin Şimdi ki Gebeliğinde Yaşadıkları Hastalıklar/ Sorunlar (n:168)**

Hastalık /Sorun Yaşama Durumu	Evet	n	%
		168	60
Yaşanan Hastalık/Sorun	Gebeliğe bağlı hipertansif sorunlar	25	14,9
	Erken membran rüptürü	5	3
	Diyabet	28	16,7
	Plasental sorunlar	14	8,3
	Erken doğum tehditi	12	7,1
	Hiperemesis gravidarum	2	1,2
	AMVazalması/artması/IUGG	43	25,6
	Fetal anomali	18	10,7
	Psikiyatrik sorunlar	4	2,4
	Enfeksiyon	4	2,4
	Nefrolojik sorunlar	7	4,2
	Kardiyak sorunlar	2	1,2
	Kolestaz	3	1,8
	Hematolojik sorunlar	1	0,6
	Hayır	112	40

Çalışmaya katılan gebelerin şuan ki gebeliklerinde yaşadıkları hastalıkları ya da sorunları gösteren veriler tablo 5 da gösterilmiştir. Gebelerin % 60'nın bu gebeliklerinde hastalık ya da sorun yaşadıkları (n:168), % 40'nın ise sağlıklı gebelik geçirdiklerini (n:112) belirtmişlerdir.

Hastalık ya da sorun belirten gebelerin % 25,6'nın amniyotik mayinin azalması ya da artması ve intaruterin gelişme geriliği yaşadıkları (n:43), % 16,7'nin diyabete bağlı sorun yaşadıkları (n:28), % 14,9'nun gebeliğe bağlı hipertansif hastalık yaşadıkları (n:25), % 10,7'nin fetal anomali geliştiğini (n:18), % 8,3'nün plasental sorunlar yaşadıklarını (n:14), % 7,1'nin erken doğum tehtidi yaşadıkları (n:12), % 4,2'nin nefrolojik sorunlar yaşadıkları (n:7), % 3'nün erken membran rüptürü yaşadıkları (n:5), % 2,4'nün enfeksiyon geçirdikleri (n:4), % 2,4'nün psikiyatrik sorunlar yaşadıkları (n:4), % 1,8'nin gebeliğe bağlı intrahepatik kolestaz geliştiği (n:3), % 1,2'nin kardiyak sorunlar yaşadıkları (n:2), % 1,2'nin hiperemesis gravidarum yaşadıkları (n:2), % 0,6'nın hematolojik sorun yaşadıkları saptanmıştır.

**Tablo 6: Gebelerin Bebek Bakımı Yardımı ve Antenatal Eğitim Alma Durumu (n:280)**

		n	%
Bebek Bakımı Konusunda Yardım Alacak Olma Durumu	Evet	165	58,9
	Hayır	115	41,1
Yardım Alacakları Kişiler	Eşinden	4	2,4
	Anne/ Ailesinden	146	88,5
	Bakıcıdan	15	9,1
	Toplam	165	100
Antenatal Eğitim Alma Durumu	Evet	80	28,6
	Hayır	200	71,4
Antenatal Eğitimi Almama Nedenleri	Tecrübelim	53	26,5
	Ailemden Öğrendim	25	12,5
	Gerek Duymadım	63	31,5
	İmkanım Yoktu	41	20,5
	Bilmiyordum	2	1
	Eğitim Verilmedi	16	8
Antenatal Eğitim Aldıkları Kişiler/Yerler	Ebe/Hemşire Tarafından Hastanede	22	27,5
	Ebe/ Hemşire Tarafından Aile Sağlığı Merkezinde	3	3,8
	Hastanede Dr Tarafından	10	12,5
	Gebe Okulları/Sınıfları	22	27,5
	Yazılı-Görsel Basın-İnternet	21	20
	Anne-Aile-sosyal çevre	7	8,8

Gebelerin doğum yaptıktan sonra bebek bakımı konusunda yardım alacak olma ve antenatal eğitim alma durumu Tablo 6 de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin % 58,9'u doğum sonrası bebek bakımı konusunda yardım alacaklarını (n:165), % 41,1'i herhangi bir yardım almayacaklarını (n:115) belirtmişlerdir. Gebelerin bebek bakımı konusunda yardım alacakları kişileri % 88,5'i anne ve diğer aile bireylerinden (n:146), % 9,1'i bakıcıdan (n:15), % 2,4'ü eşlerinden (n:4) alacaklarını belirtmişlerdir.

Gebelerin % 71,4'ü antenatal eğitim almadıklarını (n:200), % 28,6'ı antenatal eğitim aldıklarını (n:80) ifade etmişlerdir. Antenatal eğitim alan gebelerin bu eğitimi % 27,5'i ebe ve hemşire tarafından hastanede (n:22), % 27,5'i gebe okulları/sınıflarında (n:22), % 20'si yazılı görsel basın ve internet aracılığıyla (n:16), % 12,5'i hastanede doktor tarafından (n:10), % 8,8'i sosyal çevreden (n:7), % 3,8'i ebe ve hemşire tarafından aile sağlığı merkezinde (n:3) aldıkları saptanmıştır. Gebelerin antenatal eğitim almama nedenlerinde ise % 31,5'i gerek duymadığını (n:63), % 26,5'i tecrübeli olduğu için (n:53), % 20,5'i imkanı olmadığı için (n:41), % 8'i sağlık personeli tarafından eğitim verilmediğini (n:16), % 1 i ise böyle bir eğitimin verildiğini bilmediğini (n:2) ifade etmişlerdir.

Tablo 7: Gebelerin Gebelik Döneminde Karşılaşılan Stresörlerin Değerlendirilmesi

Gebelik Döneminde Karşılaşılan Stresörler Sıkıntı Yaşama Durumu (n:280)			
		n	%
Gebeliğe Alışma/ Kabullenme	Sıkıntılı	107	38,2
	Kolay	173	61,8
Enerji düşük olması/yorgun hissetme	Hissediyor	201	71,8
	Hissetmiyor	79	28,2
Gebelikte görülen fiziksel değişiklikler	Sorun oluyor	150	53,6
	Sorun olmuyor	130	46,4
Gebelikte fiziksel güç	Yetersiz	208	74,3
	Yeterli	72	25,7
Gebelikte kendi sağlığı	Endişeli	201	71,8
	Rahat	79	28,2
Günlük aktiviteleri yerine getirme	Yetersiz	204	72,9
	Yeterli	76	27,1
Gebelikte rol/sorumlulukların yerine getirilmesi	Yetersiz	202	72,1
	Yeterli	78	27,9
Ekonomik Durum	Sıkıntılı	146	52,1
	Rahat	134	47,9
Duygusal destek düzeyi	Yetersiz	126	45
	Yeterli	154	55
Eş ve diğer aile bireylerinin sağlık sorunu	Var	95	33,9
	Yok	185	66,1
Doğum eylemi konusunda endişe	Endişeli	225	80,4
	Rahat	55	19,6
Anneli rolü yeterlilik	Yetersiz	149	53,2
	Yeterli	131	46,8
Bebegin sağlığı ve gelişimi	Endişeli	219	78,2
	Rahat	61	21,8
Doğumdan sonra bebek bakımı yeterlilik	Yetersiz	158	56,4
	Yeterli	122	43,6
Doğumdan sonra bebek bakımı destek düzeyi	Yok	106	37,9
	Var	174	62,1

Gebelerin Gebelik Döneminde Karşılaşılan Stresörlerin Değerlendirilmesi durumu Tablo 7 de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin bu gebeliklerinde karşılaştıkları stresörlerin değerlendirmesinde, gebelerin gebeliğe alışma/kabullenme konusunda % 61,8'nin sıkıntı yaşamadığı (n:173), % 37,1'nin sıkıntı yaşadığı (n:107) saptanmıştır. Gebelerin % 27,1'nin gebeliklerinin bu döneminde enerjilerinin düşük olduğunu ve kendilerini yorgun hissetmediklerini (n:79), ifade ederken % 71,8'nin yorgun olduklarını (n:201) belirtmişlerdir.



Gebelerin gebeliklerinde belirginleşen fiziksel değişikliklerden % 46,4'ü sorun yaşamadığını (n:130) ifade ederken, % 53,6'ı sorun yaşadığını (n:150) ifade etmiştir. Gebelerin % 25,7'si gebeliklerinde fiziksel güçlerinin yeterli olduğunu (n:72) ifade ederken, % 74,3'ü yetersiz olduğunu (n:208) ifade etmişlerdir. Gebelerin % 28,2'si gebeliklerinde kendi sağlığı ile ilgili endişe etmediklerini (n:79) belirtirken, % 71,8'i endişe ettiklerini (n:201) belirtmiştir. Gebelerin % 27,1'i gebeliklerinde günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi konusunda kendilerinin yeterli olduğunu (n:76) ifade ederken, % 72,9' u yetersiz olduğunu (n:204) ifade etmiştir.

Gebelerin % 27,9'u gebelik süresince temizlik, alışveriş yapmak, yemek yapmak gibi rol ve sorumlulukları yerine getirmekte yeterli olduğunu (n:78) belirtirken, % 72,1'i yetersiz olduğunu (n:202) belirtmiştir. Gebelerin % 47,9'u gebeliklerinde ekonomik sıkıntı yaşamadıklarını (n:134) belirtirken, % 52,1'i ekonomik sıkıntı yaşadıklarını (n:146) belirtmişlerdir. Gebelerin % 55'i gebelik süresince eş, aile ve diğer kişilerden duygusal destek aldıklarını (n:154) ifade ederken, % 45'i duygusal destek almadıklarını (n:126) ifade etmişlerdir. Gebelerin % 66,1'i eş ve diğer aile bireylerinin sağlık sorunlarının kendilerinde huzursuzluk yaratmadığını (n:185) belirtirken, % 33,9'u huzursuzluk yaşattığını (n:95) belirtmiştir.

Gebelerin % 19,6'si doğum eylemi konusunda endişeli ve gerginlik yaşamadıklarını (n:55) ifade ederken, % 80,4'ü doğum eylemi konusunda endişeli olduklarını ve gerginlik yaşadıklarını (n:225) ifade etmiştir. Gebelerin % 46,8'i annelik rolü konusunda kendilerini yeterli hissederken (n:131), % 53,2'i kendilerini yetersiz hissettiklerini (n:149) belirtmişlerdir. Gebelerin % 21,8'i bebeğinin sağlığı ve gelişimi konusunda huzursuzluk yaşamadıklarını (n:61) ifade ederken, % 78,2'si huzursuzluk yaşadıklarını (n:219) ifade etmişlerdir. Gebelerin % 43,6'ı doğum sonrası dönemde bebek bakımı konusunda kendilerini yeterli hissederken (n:122), % 56,4'ü yetersiz (n:158) hissetmektedir. Gebelerin % 62,1'i doğum sonrası dönemde bebek bakımı konusunda destek verecek bireylerin varlığı konusunda endişe yaşamazken (n:174), % 37,9' u endişe (n:106) yaşamaktadır.

Bölüm 2: Gebelerin birinci bölümdeki bulgularının PKDÖ ve alt boyutları ile karşılaştırılması ve ilişkilerinin incelenmesi sonucunda çıkan bulgular

Tablo 8: Gebelerin Çalışma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve alt boyutları puan ortalaması	Çalışıyor (n:127)			Çalışmıyor (n:153)			t	p
	ort	±	ss	ort	±	ss		
Kendi ve Bebeğin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri	25,40	6,85		27,90	6,49		-3,126	,002
Gebeliğin Kabulü	21,11	6,65		25,72	8,34		-5,137	,000
Annelik Rolünün Kabulü	21,92	5,10		25,38	6,02		-5,195	,000
Doğuma Hazır Oluş	19,62	5,43		21,33	4,63		-2,801	,006
Doğum Korkusu	21,0	5,42		24,08	5,44		-4,728	,000
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	14,61	5,84		16,07	5,81		-2,084	,038
Eş İle İlişkisinin Durumu	14,59	4,93		17,45	5,71		-4,434	,000
PKDÖ (Toplam puan ort)	138,29	26,92		157,96	30,44		-5,671	,000

\* t testi sd:278

Gebelerin çalışma durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde alt boyutlardan **Kendi ve Bebeğin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri, Gebeliğin Kabulü, Annelik Rolünün Kabulü, Doğuma Hazır Oluş, Doğum Korkusu, Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu, Eş İle İlişkisinin Durumu ve PKDÖ** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Çalışan gebelerin puan ortalaması çalışmayan gebelerden daha düşüktür.

Tablo 9 : Gebelerin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve alt boyutları puan ortalamaları	Kronik hastalığı olan (n:84)			Kronik hastalığı olmayan (n:196)			t	p
	ort	±	ss	ort	±	ss		
Kendi ve Bebeğin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri	27,05	6,61		26,65	6,83		,460	,646
Gebeliğin Kabulü	25,76	9,06		22,72	7,26		2,719	,007
Annelik Rolünün Kabulü	24,28	6,91		23,61	5,38		,790	,431
Doğuma Hazır Oluş	20,7	5,55		20,49	4,87		,313	,755
Doğum Korkusu	23,6	6,45		22,29	5,22		1,652	,101
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	15,97	6,58		15,16	5,52		,986	,326
Eş İle İlişkisinin Durumu	16,6	6,55		15,96	5,06		,796	,428
PKDÖ (Toplam puan ort)	154,	36,34		146,91	27,41		1,601	,112

\* t testi sd:278

Gebelerin kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde alt boyutlardan **Gebeliğin Kabulü alt boyutu** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kronik hastalığa sahip gebelerin puan ortalaması kronik hastalığa sahip olmayan gebelerden daha yüksektir (t=2,719, p=,007). Gruplar arasında PKDÖ ve diğer alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05)

Tablo 10 : Gebelerin Önemli Hastalık Geçirme Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve alt boyutları puan ortalaması	Önemli hastalık geçiren (n:26)			Önemli hastalık geçirmeyen (n:254)			t	p
	ort	±	ss	ort	±	ss		
Kendi ve Bebeğin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri	26,76	7,01		26,77	6,75		-,005	,996
Gebeliğin Kabulü	25,3	9,3		23,46	7,8		1,126	,261
Annelik Rolünün Kabulü	24,88	6,81		23,7	5,77		,972	,332
Doğuma Hazır Oluş	21,23	5,71		20,48	5,01		,709	,479
Doğum Korkusu	23,26	6,93		22,62	5,5		,553	,581
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	13,92	5,38		15,56	5,89		-1,361	,175
Eş İle İlişkisinin Durumu	16,61	6,35		16,11	5,47		,438	,662
PKDÖ (Toplam puan ort)	152,	38,2		148,74	29,64		,422	,676

\* t testi sd:278

Gebelerin önemli hastalık geçirme durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05)

Tablo 11 : Gebelerin Ameliyat Geçirme Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve alt boyutları puan ortalaması	Ameliyat geçiren (n:129)			Ameliyat geçirmeyen (n:151)			t	p
	ort	±	ss	ort	±	ss		
Kendi ve Bebeğin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri	27,93	6,58		25,78	6,78		2,671	,008
Gebeliğin Kabulü	24,22	8,520		23,132	7,425		1,146	,253
Annelik Rolünün Kabulü	24,15	5,84		23,52	5,9		,887	,376
Doğuma Hazır Oluş	20,92	5,169		20,24	4,99		1,113	,267
Doğum Korkusu	23,7	5,51		21,81	5,61		2,831	,005
Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu	15,82	6,197		15,05	5,55		1,105	,270
Eş İle İlişkisinin Durumu	16,53	5,879		15,84	5,24		1,043	,298
PKDÖ (Toplam puan ort)	153,3	32,13		145,4	28,58		2,176	,03

\* t testi sd:278

Gebelerin ameliyat geçirme durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde alt boyutlardan **Kendi ve Bebeğin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri** ( $t=2,671$   $p=,008$ ) alt boyutunda ve **PKDÖ** ( $t=2,176$ ,  $p=,03$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Ameliyat geçiren gebelerin puan ortalaması ameliyat geçirmeyen gebelerden daha yüksektir. Gruplar arasında diğer alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ )

Tablo 12 : Gebelerin Önceki Gebeliklerinde Sağlık Sorunu Yaşama Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve alt boyutları puan ortalaması	Önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşayan (n:63)			Önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşamayan (n:217)			t	p
	ort	±	ss	ort	±	ss		
Kendi ve Bebeğin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri	28,95	6,50		26,14	6,72		2,942	,004
Gebeliğin Kabulü	27,22	9,44		22,59	7,15		3,599	,001
Annelik Rolünün Kabulü	25,36	6,38		23,36	5,65		2,394	,017
Doğuma Hazır Oluş	21,49	5,05		20,28	5,06		1,665	,009
Doğum Korkusu	24,60	5,68		22,12	5,51		3,113	,002
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	17,61	7,09		14,76	5,29		2,956	,004
Eş İle İlişkisinin Durumu	18,04	7,14		15,61	4,87		3,114	,002
PKDÖ (Toplam puan ort)	163,3	34,46		144,9	27,96		4,352	,000

\* t testi sd:278

Gebelerin önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşama durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde alt boyutlardan **Kendi Ve Bebeğin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri, Gebeliğin Kabulü, Annelik Rolünün Kabulü, Doğuma Hazır Oluş, Doğum Korkusu, Kendi Annesi İle İletişimi, Eş ile İlişkisinin Durumu Alt Boyutlarında ve PKDÖ puan ortalamaları** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşayan gebelerin puan ortalaması önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşamayan gebelerden daha yüksektir (Tablo 12).

Tablo 13 : Gebelerin Jinekolojik Enfeksiyon/Hastalık Geçirme Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve alt boyutları puan ortalaması	Jinekolojik enfeksiyon/hastalık geçiren (n:69)			Jinekolojik enfeksiyon/hastalık geçirmeyen (n:211)			t	p
	ort	±	ss	ort	±	ss		
Kendi ve Bebeğin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri	27,73	7,11		26,45	6,63		1,366	,173
Gebeliğin Kabulü	25,73	8,94		22,94	7,49		2,337	,021
Annelik Rolünün Kabulü	25,31	7,37		23,32	5,22		2,079	,04
Doğuma Hazır Oluş	21,43	5,63		20,27	4,86		1,659	,098
Doğum Korkusu	24,11	6,15		22,21	5,39		2,448	,015
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	15,92	6,60		15,24	5,60		,776	,439
Eş İle İlişkisinin Durumu	17,02	6,31		15,87	5,26		1,369	,174
PKDÖ (Toplam puan ort)	157,3	36,95		146,34	27,6		2,266	,026

\*t test sd:278

Gebelerin jinekolojik enfeksiyon/hastalık geçirme durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde alt boyutlardan **Gebeliğin Kabulü** ( $t=2,337$ ,  $p=,021$ ), **Annelik Rolünün Kabulü** ( $t=2,079$ ,  $p=,04$ ), **Doğum Korkusu** ( $t=2,448$ ,  $p=,015$ ), ve **PKDÖ** ( $t=2,266$ ,  $p=0,26$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Jinekolojik enfeksiyon/hastalık geçiren gebelerin puan ortalaması jinekolojik enfeksiyon/hastalık geçirmeyen gebelerden daha yüksektir. Gruplar arasında diğer alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ )

Tablo 14 : Gebelerin Şuan ki Gebeliklerinde Fiziksel/Ruhsal Sıkıntı Yaşama Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve alt boyutları ve puan ortalaması	Şuan ki gebeliğinde fiziksel/ruhsal sıkıntı yaşayan (n:219)			Şuan ki gebeliğinde fiziksel/ruhsal sıkıntı yaşamayan (n:61)			t	p
	ort	±	ss	ort	±	ss		
Kendi ve Bebeğin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri	27,37	6,59		24,60	6,96		2,868	,004
Gebeliğin Kabulü	24,37	8,13		20,98	6,68		2,986	,003
Annelik Rolünün Kabulü	24,16	5,83		22,57	5,91		1,878	,041
Doğuma Hazır Oluş	21,21	4,97		18,19	4,78		4,226	,000
Doğum Korkusu	23,47	5,5		19,86	5,24		4,565	,000
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	15,6	5,91		14,7	5,64		1,064	,288
Eş İle İlişkisinin Durumu	16,45	5,61		15,11	5,2		1,670	,096
PKDÖ (Toplam puan ort)	152,66	29,71		136,04	29,85		3,858	,000

\*t test sd:278

Gebelerin şuan ki gebeliklerinde fiziksel/ ruhsal sıkıntı yaşama durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde alt boyutlardan **Kendi ve Bebeğin Sağlığı ile ilgili Düşünceleri** ( $t=2,868$ ,  $p=,004$ ), **Gebeliğin Kabulü** ( $t=2,986$ ,  $p=,003$ ), **Annelik Rolünün Kabulü** ( $t=1,878$ ,  $p=,041$ ) ve **Doğuma Hazır Oluş** ( $t=4,226$ ,  $p=,000$ ), **Doğum Korkusu** ( $t=4,565$ ,  $p=,000$ ) alt boyutlarında ve **PKDÖ** ( $t=3,858$ ,  $p=,000$ ) **puan ortalamaları** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Şuan ki gebeliklerinde fiziksel/ruhsal sıkıntı yaşayan gebelerin puan ortalaması şuan ki gebeliklerinde fiziksel/ruhsal sıkıntı yaşamayan gebelerden daha yüksektir. Gruplar arasında diğer alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ )



Tablo 15 : Gebelerin Eşlerinin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve alt boyutları puan ortalaması	Eşinin kronik hastalığı olan (n:24)			Eşinin kronik hastalığı olmayan (n:25)			t	p
	ort	±	ss	ort	±	ss		
Kendi ve Bebeğin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri	30,37	6,66		26,43	6,68		2,759	,006
Gebeliğin Kabulü	28,87	11,01		23,14	7,44		2,496	,02
Annelik Rolünün Kabulü	25,91	6,78		23,62	5,76		1,838	,067
Doğuma Hazır Oluş	21,87	6,41		20,43	4,93		1,071	,294
Doğum Korkusu	26,5	6,93		22,32	5,38		3,536	,000
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	17,04	7,53		15,25	5,67		1,428	,154
Eş İle İlişkisinin Durumu	19,25	7,39		15,87	5,26		2,890	,004
PKDÖ (Toplam puan ort)	169,83	40,41		147,09	28,7		2,693	,012

\*t test sd:278

Gebelerin eşlerinin kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde alt boyutlardan **Kendi ve Bebeğin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri** ( $t=2,759$ ,  $p=,006$ ), **Gebeliğin Kabulü** ( $t=2,496$ ,  $p=,02$ ), **Doğum Korkusu** ( $t=3,536$ ,  $p=,000$ ) ve **Eş ile İlişkisinin Durumu** ( $t=2,890$ ,  $p=,004$ ) alt boyutlarında ve **PKDÖ** ( $t=2,693$ ,  $p=,012$ ) **puan Ortalamaları** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Eşinin kronik hastalığı olan gebelerin puan ortalaması eşinin kronik hastalığı olmayan gebelerden daha yüksektir. Gruplar arasında diğer alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 16 : Gebelerin Abortus Geçirme Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve alt boyutları puan ortalaması	Abortus geçiren (n:76)			Abortus geçirmeyen (n:204)			t	p
	ort	±	ss	ort	±	ss		
Kendi ve Bebeğin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri	26,47	6,9		26,88	6,72		-,454	,650
Gebeliğin Kabulü	23,31	7,73		23,75	8,04		-,410	,682
Annelik Rolünün Kabulü	23,22	5,85		24,03	5,88		-1,033	,303
Doğuma Hazır Oluş	19,23	5,11		21,04	4,98		-2,684	,008
Doğum Korkusu	21,88	5,55		22,98	5,65		-1,459	,146
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	15,96	6,91		15,20	5,42		,858	,393
Eş İle İlişkisinin Durumu	16,77	6,54		15,93	5,12		1,015	,312
PKDÖ (Toplam puan ort)	146,86	33,12		149,85	29,46		-,728	,467

\*t test sd:278

Gebelerin Abortus geçirme durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde alt boyutlardan **Doğuma Hazır Oluş** ( $t=-2,684$ ,  $p=,008$ ). **alt boyut puan ortalaması** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Abortus geçiren gebelerin puan ortalaması abortus geçirmeyen gebelerden daha yüksektir. Gruplar arasında toplam PKDÖ ve diğer alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 17 : Gebelerin Şuan ki Gebeliğinde Sağlık Sorunu Yaşama Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

PKDÖ ve alt boyutları puan ortalaması	Şuan ki gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan (n:168)			Şuan ki gebeliğinde sağlık sorunu yaşamayan (n:112)			t	p
	ort	±	ss	ort	±	ss		
Kendi ve Bebeğin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri	27,62	6,56		25,50	6,87		2,602	,01
Gebeliğin Kabulü	25,10	8,24		21,42	6,97		3,886	,000
Annelik Rolünün Kabulü	24,42	5,83		22,90	5,84		2,143	,033
Doğuma Hazır Oluş	21,64	4,74		18,91	5,14		4,558	,000
Doğum Korkusu	23,42	5,28		21,57	5,98		2,730	,007
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	16,30	6,38		14,06	4,68		3,393	,001
Eş İle İlişkisinin Durumu	16,46	5,56		15,70	5,51		1,122	,263
PKDÖ (Toplam puan ort)	155,01	29,22		140,08	30,24		4,128	,000

\*t test sd:278

Gebelerin şuan ki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşama durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde alt boyutlardan **Kendi ve Bebeğin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri** (t=2,602, p=,01), **Gebeliğin Kabulü** (t=3,886, p=,000), **Annelik Rolünün Kabulü** (t=2,143, p=,033), **Doğuma Hazır Oluş** (t=4,558, p=0,000), **Doğum Korkusu** (t=2,730, p=,007) ve **Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu** (t=3,393, p=,001) alt boyut ve **PKDÖ** (t=4,128, p=,000) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Şuan ki Gebeliklerinde sağlık sorunu yaşayan gebelerin puan ortalaması şuan ki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşamayan gebelerden daha yüksektir. Gruplar arasında diğer alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 18 : Gebelerin Bu Gebeliği Planlı Olma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve alt boyutları puan ortalaması	Bu gebeliği planlı olan (n:194)			Bu gebeliği planlı olmayan (n:86)			t	p
	ort	±	ss	ort	±	ss		
Kendi ve Bebeğin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri	25,95	6,54		28,61	6,91		-3,079	,002
Gebeliğin Kabulü	21,22	5,78		29,06	9,40		-7,158	,000
Annelik Rolünün Kabulü	22,51	5,28		26,75	6,11		-5,897	,000
Doğuma Hazır Oluş	19,97	5,17		21,86	4,63		-2,897	,004
Doğum Korkusu	21,62	5,52		25,08	5,16		-4,926	,000
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	14,41	4,96		17,66	7,03		-3,879	,000
Eş İle İlişkisinin Durumu	14,90	4,32		18,98	6,84		-5,096	,000
PKDÖ (Toplam puan ort)	140,62	25,48		168,03	32,35		-6,958	,000

\*t test sd:278

Gebelerin bu gebeliği planlı olma durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde alt boyutlardan Kendi ve Bebeğin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri, Gebeliğin Kabulü, Annelik Rolünün Kabulü, Doğuma Hazır Oluş, Doğum Korkusu, Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu ve Eş ile İlişkisinin Durumu alt boyut ve PKDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu Gebeliği plansız olan gebelerin puan ortalaması bu gebeliği planlı olanlardan daha yüksektir (Tablo 18).

Tablo 19 : Gebelerin Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve alt boyutları puan ortalaması	Kontraseptif yöntem kullanan ( n:82)			Kontraseptif yöntem kullanmayan (n:198)			t	P
	ort	±	ss	ort	±	ss		
Kendi ve Bebeğin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri	28,58	6,94		26,02	6,55		2,921	,004
Gebeliğin Kabulü	29,23	9,57		21,31	5,78		6,978	,000
Annelik Rolünün Kabulü	26,76	6,23		22,59	5,27		5,704	,000
Doğuma Hazır Oluş	21,56	4,87		20,14	5,11		2,142	,033
Doğum Korkusu	24,74	5,39		21,83	5,52		4,036	,000
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	17,78	7,15		14,42	4,93		3,877	,000
Eş İle İlişkisinin Durumu	18,86	7,01		15,04	4,36		4,586	,000
PKDÖ (Toplam puan ort)	167,53	33,78		141,38	25,38		6,311	,000

\*t test sd:278

Gebelerin kontraseptif yöntem kullanma durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde alt boyutlardan Kendi ve Bebeğin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri, Gebeliğin Kabulü, Annelik Rolünün Kabulü, Doğuma hazır Oluş, Doğum Korkusu, Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu ve Eş ile İlişkisinin Durumu alt boyut ve PKDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kontraseptif yöntem kullanan gebelerin puan ortalaması kontraseptif yöntem kullanmayanlardan daha yüksektir (Tablo 19).

Tablo 20 : Gebelerin Doğumdan Sonra Bebek Bakımı Konusunda Yardım Alma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve alt boyutları puan ortalaması	Doğumdan sonra bebek bakımı konusunda yardım alacak (n:165)			Doğumdan sonra bebek bakımı konusunda yardım almayacak (n:115)			t	p
	ort	±	ss	ort	±	ss		
Kendi ve Bebeğin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri	26,27	7,04		27,49	6,30		-1,522	,129
Gebeliğin Kabulü	22,12	7,38		25,80	8,27		-3,897	,000
Annelik Rolünün Kabulü	22,81	5,35		25,25	6,30		-3,477	,001
Doğuma Hazır Oluş	20,13	5,43		21,15	4,48		-1,711	,088
Doğum Korkusu	22,07	5,88		23,56	5,16		-2,246	,026
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	14,27	5,05		17,03	6,54		-3,794	,000
Eş İle İlişkisinin Durumu	15,26	4,96		17,45	6,08		-3,309	,001
PKDÖ ( Toplam puan ort)	142,96	28,87		157,75	30,71		-4,107	,000

\*t test sd:278

Gebelerin doğumdan sonra bebek bakımı konusunda yardım alma durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde alt boyutlardan **Gebeliğin Kabulü**( $t=-3,897$ ,  $p=,000$ ), **Annelik Rolünün Kabulü** ( $t=-3,477$ ,  $p=,001$ ), **Doğum Korkusu** ( $t=-2,246$ ,  $p=,026$ ), **Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu** ( $t=3,794$ ,  $p=,000$ ), **Eş ile İlişkisinin Durumu** ( $t=-3,309$ ,  $p=,001$ ) alt boyut ve **PKDÖ** ( $t=-4,107$ ,  $p=,000$ ) **puan ortalaması** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Doğumdan Sonra Bebek Bakımı Konusunda yardım almayacak gebelerin doğumdan sonra bebek bakımı konusunda yardım alacak olanlardan puan ortalaması daha yüksektir. Gruplar arasında diğer alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ )

**Tablo 21 : Gebelerin Antenatal Eğitim Alma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

PKDÖ ve alt boyutları puan ortalamaları	Antenatal eğitim alan (n:80)			Antenatal eğitim almayan (n:200)			t	p
	ort	±	ss	ort	±	ss		
Kendi ve Bebeğin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri	24,91	6,58		27,52	6,70		-2,954	,003
Gebeliğin Kabulü	19,68	5,81		25,21	8,15		-6,363	,000
Annelik Rolünün Kabulü	20,58	4,47		25,11	5,88		-6,954	,000
Doğuma Hazır Oluş	17,38	4,98		21,82	4,54		-7,178	,000
Doğum Korkusu	19,95	5,74		23,78	5,22		-5,385	,000
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	13,16	4,15		16,31	6,20		-4,927	,000
Eş İle İlişkisinin Durumu	13,42	3,82		17,25	5,75		-6,490	,000
PKDÖ (Toplam puan ort)	129,11	24,75		157,01	28,89		-7,592	,000

\*t test sd:278

Gebelerin antenatal eğitim alma durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde alt boyutlardan **Kendi ve Bebeğin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri, Gebeliğin Kabulü, Annelik Rolünün Kabulü, Doğuma Hazır Oluş, Doğum Korkusu, Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu ve Eş ile İlişkisinin Durumu** alt boyut ve **PKDÖ puan ortalaması** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Antenatal Eğitim Almayan gebelerin antenatal eğitim alanlardan puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 21).

Tablo 22 : Gebelerin Önceki Gebeliklerinde Erken Doğum Yapma Durumuna Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve alt boyutları puan ortalamaları	Önceki gebeliklerinde erken doğum yapan (n:35)			Önceki gebeliklerinde erken doğum yapmayan ( n:245)			t	p
	ort	±	ss	ort	±	ss		
Kendi ve Bebeğin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri	28,91	6,1		26,46	6,8		2,011	,045
Gebeliğin Kabulü	25,4	7,82		23,38	7,95		1,405	,161
Annelik Rolünün Kabulü	24,77	5,26		23,68	5,95		1,026	,306
Doğuma Hazır Oluş	22,25	4,61		20,31	5,1		2,130	,034
Doğum Korkusu	24,2	5,61		22,46	5,62		1,704	,09
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	16,05	5,89		15,31	5,86		,697	,487
Eş İle İlişkisinin Durumu	16,8	5,28		16,06	5,58		,728	,467
PKDÖ ( Toplam puan ort)	158,4	24,98		147,7	30,99		1,952	,052

\*t test sd:278

Gebelerin önceki gebeliklerinde erken doğum yapma durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde alt boyutlardan **Kendi ve Bebeğin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri** (  $t=2,011$ ,  $p=,045$ ) ve **Doğuma Hazır Oluş** ( $t=2,130$ ,  $p=,034$ ) **alt boyut puan ortalamaları** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Önceki Gebeliklerinde Erken Doğum Yapan gebelerin Önceki gebeliklerinde erken doğum yapmayanlara göre puan ortalaması daha yüksektir. Gruplar arasında PKDÖ ve diğer alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).



Tablo 23 : Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PKDÖ ve alt boyutları	EĞİTİM DURUMU										
	Okur -yazar değil (a)		İlköğretim (b)		Lise (c)		Üniversite (d)		F	p	Anlamlı fark
	ort	± ss	ort	± ss	ort	± ss	ort	± ss			
Kendi ve Bebeğin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri	28,18	5,61	27,82	7,21	27,22	6,67	24,76	7,07	4,44	,005	d<a
Gebeliğin Kabulü	27	7,48	24,36	8,55	23,33	8,1	20,73	6,8	9,49	,000	d<a,b
Annelik Rolünün Kabulü	26,96	5,58	24,36	6,3	23,42	5,79	21,26	4,63	15,19	,000	d<a,b
Doğuma Hazır Oluş	20,86	3,95	22	5,03	21,39	5,19	18,96	5,48	5,18	,002	d<b,c
Doğum Korkusu	24,56	4,66	24,44	5,77	23,51	5,5	19,66	5,2	15,72	,000	d<a,b,c
Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu	16,73	5,65	17,1	7,27	14,92	5,97	13,81	4,62	5,23	,002	d<a,b
Eş İle İlişkisinin Durumu	17,8	4,94	17,59	5,94	15,78	6,07	14,35	4,86	6,98	,000	d<a,b
PKDÖ TOPLAM	162,1	26,49	157,7	30,28	149,6	28,72	133,5	28,31	16	,000	d<a,b,c

Gruplar arası = Sd: 3, Grup içi = Sd: 278 Tek Yönlü Varyans Test=ANNOVA

Gebelerin eğitim durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde PKDÖ puan ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (tukey analizi), Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri alt boyutuna bakıldığına

üniversite düzeyi eğitim alanlarda okur-yazar olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (p=0,06). Gebeliğin kabulü, Annelik Rolünün Kabulü, Kendi Annesi ile ilişkisinin Durumu ve Eş ile ilişkisinin Durumu alt boyutlarına bakıldığında üniversite düzeyi eğitim alanlarda okur-yazar olmayanlara ve ilköğretim düzeyinde eğitim alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (p=0.00). Doğum Korkusu alt boyutu ve PKDÖ puanına bakıldığında üniversite düzeyi eğitim alanlarda okur-yazar olmayanlara, ilköğretim ve lise düzeyi eğitim alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (p=0.00). Doğuma Hazır Oluş alt boyutuna bakıldığında ise üniversite düzeyi eğitim alanlarda ilköğretim ve lise düzeyi eğitim alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (p=0.02).

Tablo 24 : Gebelerin Yaş Gruplarına Göre PKDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırmaları

PKDÖ ve alt boyutları	YAŞ GRUPLARI												X <sup>2</sup> <sub>kw</sub>	p
	20 yas ve alti (n:9)		21-25 yas (n:35)		26 - 30 yas (n:103)		31-35 yas (n:81)		36-40 yas (n:43)		41 ve üzeri Yaş (n:9)			
	ort	± ss	ort	± ss	ort	± ss	ort	± ss	ort	± ss	ort	± ss		
Kendi ve bebeğin sağlığı ile ilgili düşünceleri	31,66	5,02	26,85	6,94	26,2	6,82	26,86	6,87	26,27	5,69	29,66	9,32	7,33	,197
Gebeliğin kabulü	26	7,33	22,22	6,18	22,19	6,98	23,14	7,38	25,95	9,26	36,55	10,52	21,47	,001
Annelik rolünün kabulü	25,22	5,65	22,65	5,04	22,95	5,39	23,9	5,7	24,65	6,83	32,11	4,91	17,0	,004
Doğuma hazır oluş	22	3,74	20,6	4,13	20,84	5,34	20,19	5,14	20	5,36	21,55	4,97	2,20	,821
Doğum korkusu	27	5,45	22,77	5,07	22,16	5,66	22,61	5,78	22,04	5,31	27,66	4,92	11,69	,039
Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	11,66	1,93	13,8	3,93	14,35	4,67	16,34	6,81	16,93	6,32	21,77	8,15	22,87	,000
Eş ile ilişkisinin durumu	16,66	4,97	15,02	4,36	15,72	5,04	15,77	5,29	17,58	7,15	21,66	6,3	10,88	,054
PKDÖ TOPLAM	160,22	25,9	143,9	23,8	144,5	28,23	148,8	30,1	153,4	34,9	191	32,1	19,06	,002

Sd=df: 3 Kruskal Wallis Test

Gebelerin yaş grupları arasında PKDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde PKDÖ puanları ile Gebeliğin Kabulü, Annelik Rolünün Kabulü, Doğum Korkusu, Kendi Annesi İle İlişkinin Durumu alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Gebeliğin Kabulü** alt boyutunda 21-25 ve 26-30 yaş grubunda olanların ortalama puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu ve gebelerin gebeliğe olan uyumunun yüksek olduğu saptanmıştır ( $22,22\pm 6,18$   $p=,001$ ,  $22,19\pm 6,98$   $p=,001$ ) Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (tukey analizi) 41 yaş ve üstü yaş grubunun diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ( $p=0,002$ ).

**Annelik Rolünün Kabulü** alt boyutunda 21-25 ve 26-30 yaş grubunda olanların ortalama puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu ve gebelerin gebeliğe olan uyumunun yüksek olduğu saptanmıştır ( $22,65\pm 5,04$   $p=,004$ ,  $22,95\pm 5,39$   $p=,004$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (tukey analizi) 41 yaş ve üstü yaş grubunun diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ( $p=0,005$ ).

**Doğum Korkusu** alt boyutunda ortalama puanın 20 yaş ve altı ve 41 yaş ve üstü yaş grubundaki gebelerde diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur ve bu yaş grubundaki gebelerde doğum korkusunun yüksek olduğu saptanmıştır ( $27\pm 5,45$   $p=0,03$ ,  $27,66\pm 4,92$   $p=0,03$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (tukey analizi) 41 yaş ve üstü yaş grubunun diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ( $p=0,06$ ).

**Kendi Annesi ile ilişkisinin** alt boyutunda 20 yaş ve altı grubundaki gebelerde uyumun yüksek olduğu 41 yaş ve üstü yaş grubundaki gebelerde uyumun düşük olduğu saptanmıştır ( $11,66\pm 1,93$   $p=0,00$   $21,77\pm 8,15$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (tukey analizi) 41 yaş ve üstü yaş grubunun diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ( $p=,002$ ). PKDÖ puan ortalaması da 20 yaş ve altı yaş grubunda ve 41 yaş ve üstü gebelerde yüksek saptanmıştır ( $160,22\pm 25,9$   $p=0,02$ ,  $191\pm 32,1$   $p=0,02$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek

için yapılan ileri analizde (tukey analizi) 41 yaş ve üstü yaş grubunun diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0,00).

**Tablo 25: Gebelerin Yaş, Gebelik Haftası, Gebelik Sayısı ve Yaşayan Çocuk Sayısının PKDÖ ve Alt Boyutlarının Korelasyonları**

PKDÖ ve alt boyutları	Yaş		Gebelik haftası		Gebelik Sayısı		Yaşayan çocuk	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	-,034	,576	-,124	,038	,100	,094	,079	,378
Gebeliğin kabulü	,255	,000	-,159	,008	,275	,000	,274	,002
Annelik rolünün kabulü	,204	,001	-,078	,193	,213	,000	,197	,027
Doğuma hazır oluş	-,018	,760	-,063	,296	,020	,740	,044	,622
Doğum korkusu	,020	,735	,001	,986	,112	,06	,12	,179
Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	,302	,000	-,032	,592	,341	,000	,225	,012
Eş ile ilişkisinin durumu	,186	,002	,076	,207	,192	,001	,036	,690
PKDÖ TOPLAM	,191	,001	-,087	,148	,260	,000	,219	,014

\*Pearson Correlation

Gebenin **Gebeliğin Kabulü** alt boyutu ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.00). **Annelik Rolünün Kabulü** (p=0,01), **Eş İle İlişkisinin Durumu** (p=0.02) alt boyutları ve **PKDÖ** (p=0,01) ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde pozitif düzeyde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır.

**Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu** ile yaş arasındaki incelendiğinde pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,00). **Kendi ve Bebeğinin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri** (p=0,38) ve **Gebeliğin Kabulü** (p=0,08) alt boyutları ile **gebelik haftası** arasındaki ilişki incelendiğinde ters yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

**Gebeliğin Kabulü** (p=0,00) ve **Annelik Rolünün Kabulü** (p=0,00), **Eş ile ilişkisinin Durumu** (p=0,01) alt boyutları ile **gebelik sayısı** arasındaki ilişki

incelendiğinde pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Kendi Annesi ile İlişkisi ( $p=0,00$ ) alt boyutu ve PKDÖ ( $p=0,00$ ) ile gebelik sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Gebeliğin Kabulü ( $p=0.02$ ) ve Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu ( $p=0.012$ ) alt boyutları ile yaşayan çocuk sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. PKDÖ ile yaşayan çocuk sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0,014$ ).

## 7. TARTIŞMA

Gebelik, anne organizmasında çok sayıda önemli anatomik, fizyolojik, biyokimyasal ve psikolojik değişikliklere neden olur (17). Bu değişikliklerin nedeni; annenin gebelik ve doğum sırasında bazı risklerden korunması, doğuma hazırlanması ve fetüsün büyüme ve gelişmesinin sağlanmasıdır. Gebelik kadın yaşamında doğal bir olaydır. Ancak gebelik ve doğum dönemlerinin neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişiklikler, yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmayacak derecede fazladır. Bu nedenle gebelik kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir ( 1,3,4,38,42)

Gebelik ve doğum yaşam sürecinde normal bir evre olarak kabul edilir. Ancak; doğacak çocukların % 10-20'si, gebelerin ise % 20-30'u risk grubuna girmektedir. Perinatal morbidite ve mortaliteyi arttıran gebeliklere riskli gebelikler denir. Uteroservikal anomaliler, akut plasental ablasyon, ciddi oligohidroamnios, preeklampsi, diabetes mellitus, intrauterin infeksiyonlar en önemli nedenler olarak bildirilmiştir. Yüksek riskli gebelik, maternal ve fetal sağlığı tehdit eden, mortalite ve morbidite olasılığını artıran fizyolojik, sosyal ve emosyonel bir durumdur. Yüksek riskli gebelerin yakından takip edilebilmesi durumunda hemen müdahale edilebilmesi açısından hastanede yatak istirahati tercih edilir. Ancak bu durum, gebe üzerinde fiziksel, duygusal ve ailesel yönden olumsuz etkilere yol açmaktadır. Hastanede kesin yatak istirahatındaki riskli gebelerde fiziksel ve psikolojik stresörler belirlenmiştir. Fiziksel ve psikolojik şikâyetlerin birbirleri ile ilişkili olduğu ve hastanın demografik, obstetrik, sosyal destek kaynaklarına göre de artıp azaldığı saptanmıştır (7). Literatürde, hastaneye yatırılan yüksek riskli gebeler için kendilerine bakım veren sağlık profesyonelleri ile iletişimin çok önemli olduğu bildirilmiştir (4,7). Nitelikli bir ebelik ve hemşirelik bakımı gebenin doğum ve hastanede kalma deneyimini pozitif yönde etkilediği ve gebelikteki bu riskli durumların, annenin ve bebeğin sağlığını ve hayatını tehdit etmeden kontrol altına alınabileceği görülmüştür (7,9). Ayrıca hastanede kesin ve kısmi yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerin fiziksel ve psikolojik şikâyetlerinin ve deneyimledikleri hastane stresörlerinin çoğunun giderilmesinde verilen kapsamlı ebelik ve hemşirelik bakımı, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin önemli ölçüde etkili olduğu bulunmuştur (7).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreç olmasına karşın, kadın vücudu için önemli bir yük ve stres oluşturmaktadır (79). Anne karnında bebeğin varlığı, gebeliğe özgü fizyolojik değişiklikler, aile ve sosyal yaşamda meydana gelen farklılıklar bu süreçteki psikososyal tepkilerin kaynağını oluşturmaktadır. Gebelik, kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır. Bu dönem, değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak da yorumlanır. Bu dönemde kadın gebeliği ve gelecekteki annelik rolünü benimsemesi gerekir (5). Her kadın gebeliği farklı olarak yasar. Gebelik karşısındaki tepkiler, bireyin anılarına, korkularına, sosyal ve ekonomik çevre koşullarına, isteklerine bağlı olarak değişir (25). Gebeliği ve anneliği normal olarak algılayan kadınların adaptasyonu daha iyidir. Gebeliğe karşı olumsuz duygular taşıyan kadınlarda bas ağrısı, bulantı, emosyonel gerilim gibi semptomlar ortaya çıkabilir (31,32).

Kadının ruhsal durumu ve yaşantısı gebeliğin seyrini etkileyebildiği gibi, gebeliğin de ruhsal ve duygusal yaşantı üzerinde etkili olabildiği vurgulanmaktadır (1,2). Gebelikte kadının yaşadığı biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişiklikler yanında, anne rolüne ilişkin duygusal, yaşamsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular da ön plana çıkar.

Gebelikte ruhsal sağlığın bozulmasında rol oynayan, gebelikteki kaygı ve depresyon için risk etkenleri arasında sayılan özellikler açısından; daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü varlığı, ailesel durumlar, evlilik- eş ilişkisi, iş durumu, düşük ekonomik düzey ya da ekonomik kaygılar, olumsuz yaşam deneyimleri, istenmeyen gebelik, düşük hikayesi, gebelik durumunun yarattığı yeni güçlükler ve gereksinimler, fetusla ilgili kaygı ve yüksek ebeveynlik stresi üzerinde durulmaktadır. Bu özelliklere ek olarak düşük özsaygı, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi, gebelik döneminde sosyal, duygusal destek yetersizliği ve sosyal izolasyonun da etkili olduğunu belirten kaynaklar mevcuttur (1,3,36,37). Ayrıca aile içi şiddet, gebelikte alkol, sigara veya keyif verici madde tüketimi gibi değişkenlerin de rol oynadığı belirtilmektedir. Gebelikte ruh sağlığının iyi olması anne ve fetus sağlığı için önemlidir. Özellikle depresyon ve kaygının, gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonları arttırdığı, yenidoğan sağlığını olumsuz etkilediği (preterm eylem, preeklampsi, zor doğum, doğumda daha fazla cerrahi müdahaleye gereksinim duyma, gebelik haftasına göre küçük fetus, düşük doğum ağırlıklı ve düşük apgar skorlu yenidoğan vb.) bildirilmiştir (3,11,12,13).

Gebe olmaya ya da ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak oluşmamaktadır. Böyle olduğunda gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum daha güç olmaktadır. Eşler, toplumda bir statü elde etmek, bir kaybın yerini doldurmak, cinsel yeteneği kanıtlamak için ya da kültürel baskılardan dolayı bir çocuğa sahip olmak isteyebilirler (5,8,9). Bu durum da gebelik için ayrıca bir stres kaynağıdır.

Gebenin, fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından belirlenmektedir. Birey istemese bile başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir. Anneliğe birçok toplumda bir yetişkin olarak bireyin yerine getirmesi gereken görev olarak bakılmakta ve kadınlar sosyal olarak bu göreve yönelik hazırlanmaktadır (5,9). Sağlık ekibi, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini verirken gebeliğin ailenin diğer bireyleri ile de ilgili olduğunun bilincinde olmalıdır. Gebenin ve eşinin eğitim durumu, ailede yaşayan birey sayısı, gebelik süresince sağlık personeli kontrolünde olma ve aileden algılanan sosyal destek puanlarının gebelerin problem çözme becerilerini etkilediği bulunmuştur (10,11).

Gebelerin depresyon düzeyleri ile eşleriyle uyumu, gebelik süresince destek aldıkları kişiler arasında anlamlı ilişki tespit etmişlerdir (3). Gebelik depresyonunda psikososyal faktörler rol oynar. Bunlar; gebelik hakkında kararsızlık, planlanmamış gebelik, çocukluk çağı sınıstimal öyküsü, küçük yaş veya olumsuz düşüncelerin bulunması, çocuk sayısının fazla olması, ev içinde şiddet veya evlilik çatışmaları, düşük eğitim düzeyi ve işsizlik, madde bağımlılığı ve sigara içmedir (11). Gebelerin yakından bağlı olduğu insanlar stres verici durumlarda sağladıkları desteklerle sorunun çözümüne aktif biçimde katılırlar.

Gebelikte kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular ön plana çıkar. Kendi gelişimlerinin erken evrelerinde kadınlar, annelerinden ayrılma ve bağımsız bir kimlik geliştirme deneyimi yaşamaktadır. Bu deneyim, daha sonra annelikteki kendi başarılarını etkileyebilir. Eğer zayıf bir anne modeli söz konusu ise, kadınların anneye yarışma hissi yetersiz olabilir ve kadın bebeğin doğumundan önce ve sonra güven eksikliği içinde olabilir. Gebelik sürecinde anne ve kızı değişen rollere ve kimliklere uyum sağlamak zorundadır..Birçok kadın için gebeliğin sonlanması anlamı, çocukla birliktelik duygusunun bırakılması ve



eşlik eden kayıp hissidir. Bu durum bazı kadınlarda bebeğe bakma ve sevmeye kapasiteleriyle ilgili anksiyeteyi yüzeye çıkarır (9,10).

Holmes ve Rahe yaptıkları araştırmada; yüksek yaşam değişiklikleri puanına sahip olan ve yakın çevrelerinden gördükleri destek yetersiz kalan kadınlarda, gebelik ve doğum komplikasyonuna rastlanma olasılığının çok yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Buna karşılık benzer yükseklikte yaşam değişiklikleri puanına sahip olan kadınların, eğer eşlerinden, ana-babalarından veya kardeşlerinden duygusal ve ekonomik destek göreceklere inanıyorlarsa, gebelik ve doğum komplikasyon düzeyinin son derece düşük olduğunu saptamışlardır.

Orr (2004) Gebeler üzerinde yaptığı araştırmada, sosyal desteği olan gebelerin gebelik esnasındaki olumsuz değişikliklerden fazla etkilenmediğini, sosyal desteği olmayanlara göre daha doyumlu bir gebelik yaşadıklarını ortaya koymuştur (65). Şirin (2005) yapmış olduğu çalışmada, gebelerin depresyon düzeyleri ile eşleriyle uyumu, gebelik süresince destek aldıkları kişiler arasında anlamlı ilişki tespit etmişlerdir. Çalışmamızda gebelerin bebek bakımı konusunda yardım alacakları kişileri % 89'u anne ve diğer aile bireylerinden, % 9'u bakıcıdan, % 2'si eşlerinden alacaklarını belirtmişlerdir (9). Gebelerin doğumdan sonra bebek bakımı konusunda yardım alma durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde alt boyutlardan Gebeliğin Kabulü, Annelik Rolünün Kabulü, Doğum Korkusu, Kendi Annesi İle İlişkisinin Durumu ve Eş ile İlişkisinin Durumu alt boyut ve PKDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Gebelerin gebelikte ve doğum sonrası dönemde destek aldıkları kişilerin/ destek düzeylerinin yüksek olması gebeliğe uyum konusunda sorun yaşamadıklarını ve gebeliğe bağlı stresin ve stresörlerin azaldığını göstermektedir. Sonuçlarımız Orr ve Şirin'in çalışmalarını desteklemektedir.

Tayvan'da 5283 depresyon geçmişine sahip gebeden oluşan doğum öncesi bakım ve istenmeyen gebelik sonuçlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, regresyon analizleri kadının yaşı, aylık geliri, ikamet ettiği yerin kentleşme oranı, coğrafi konumu, medeni hali, madde kullanımı, hipertansiyonu, diyabeti, anemisi, koroner kalp hastalığı, malprezentasyonu, fetüsündeki anomaliler/ sorunlar, plasental sorunlar, depresif bozukluğa sahip ve 7'den daha az antenatal bakım almış annelerin; depresif bozukluğa sahip ve 10 ve daha fazla antenatal bakım almış annelerle karşılaştırıldıklarında gebelik stresinin daha yoğun

yaşandığı, fetal gelişme geriliğinin ve doğum tartısının düşük olduğu ve erken doğum riskini arttığı gösterilmiştir (80). Çalışmamızda gebelerin bu gebeliği planlı olma ve antenatal eğitim alma durumlarına göre PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Antenatal eğitim almayan gebelerin antenatal eğitim alanlara göre ve bu gebeliği plansız olanların bu gebeliği planlı olanlara göre gebeliğe uyum konusunda sorun yaşadıkları ve stresörlere sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca şuan ki gebeliğinde hastalık/sorun olan gebelerin gebeliklerinde yoğun anksiyete ve strese sahip olduğu saptanmıştır. Koyun'un (2010) 150 gebe üzerinde yaptığı prenatal kendini değerlendirme ölçeğini (PKDÖ) kullandığı bir çalışmada Araştırmaya katılan gebelerin % 24,7'si 30 yaş ve üzerindedir. Gebelerin % 35,3'ü ilkokul mezunu, % 34'ü primigravid, % 42,7'si nullipardır. Gebelerin % 25,3'ünün gebeliği plansızdır. % 34,6'sının fiziksel, % 64,6'sının hem fiziksel hem psikolojik rahatsızlık yaşadığı saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan gebelerin çoğunluğunun sağlık personelinden bilgi aldığı ve gebeliğe uyumlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (87). Bizim çalışmamızla da antenatal eğitim alan gebelerin gebeliklere uyumunun yüksek olduğu ve gebelik döneminde daha az stresöre sahip olduğu saptanmıştır. Antenatal eğitim alan gebelerin bu eğitimi % 27,5'i ebe ve hemşire tarafından hastanede (n:22), % 27,5'i gebe okulları/sınıflarında (n:22), % 20'si yazılı görsel basın ve internet aracılığıyla (n:16), % 12,5'i hastanede doktor tarafından (n:10), % 8,8'i sosyal çevreden (n:7), % 3,8'i ebe ve hemşire tarafından aile sağlığı merkezinde (n:3) aldıkları saptanmıştır. Koyun'un çalışmasıyla benzerlik gösteren çalışmamız gebelerin yaşı ve gebeliğin planlı olup olmaması ve sağlık personeli tarafından alınan antenatal eğitim ile PKDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Düzenli antenatal eğitim almak gebeliğe özgü stresi ve buna bağlı anksiyete ve gebelik sorunlarını azaltmada çok önemlidir. Bu konuda yapılmış ve bizim çalışmamızı da destekleyen bir çalışmada, İngiltere de (2012) Ebe ve doktor tarafından yürütülen anne sağlığı bakımlarını karşılaştırılan sistematik bir değerlendirmede, devlet hastanelerinden alınmış, yaşları 14 ile 25 arasında değişen (n=1047) ve standart bireysel bakıma, doğum öncesi grup bakımına veya bütünleştirilmiş doğum öncesi grup bakımı eğitimine (Centering Pregnancy Plus CP+) rastgele koyulmuş gebeleri içermiştir. Ziyaretlerin zamanlaması ve içeriği gebeliğine eğitimi fiziksel değerlendirme, eğitim/beceri geliştirme ve kolaylaştırmış tartışma oluşturmuştur. Tedavi amacına yönelik modeller kullanıldığında

psiko-sosyal işlevde anlamlı farklılıklar gözlenmemiş, ancak çalışmada bulunan psiko-sosyal stresin en yüksek seviyesinde olan kadınlar bütünleştirilmiş grup bakımından fayda sağlayabilmişlerdir. CP+'a rastgele alınan yüksek stresli kadınlar artan özgüven, azalan stres ve gebeliğin son üçüncü üç ayında toplumsal çatışma belirtmişler; toplumsal çatışma ve depresyon doğumdan bir yıl sonrasında anlamlı ölçüde düşük çıkmıştır (tüm p değerleri < 0.02). CP+ yüksek stresli kadınlarda psiko-sosyal sonuçları geliştirmiştir. Bu 'paket' girişim psiko-sosyal sonuçları, özellikle de geleneksel anlamda daha kırılgan ve yetersiz hizmet alan genç gebe kadınlarda olumlu şekilde artırabilmiştir. Gebelikte ebe tarafından yürütülen bakım ile hekim tarafından yürütülen bakımla yapılan doğumu karşılaştıran sistematik değerlendirmelerin dahil edildiği üç tane meta-analitik değerlendirme sonuçlarında, düşük riskli kadınlarda ebe tarafından yürütülen bakımın olumlu gebelik sonuçları için daha iyi olduğu, doğum ağrılarını azalttığı ve bakımdan alınan tatmini artırdığı bulunmuştur. Bazı gebelik, fetüs ve yeni doğanla ilgili sonuçlara dair değerlendirmeler ebelerin yürüttüğü bakımın hekimlerin yürüttüklerine göre farklı olduğuna dair bir sonuç bulunamamıştır. Ayrıca ebe tarafından yürütülen bakımda hiçbir olumsuz sonuç belirtilmemiştir. Düşük riske sahip kadınlarda sağlığa dair ve diğer faydalar, anne sağlığı bakımlarının hekimlerden ziyade ebeler tarafından yürütülmesinden kaynaklandığı gösterilmiştir (15).

Oskay (2004) hastanede yatak istirahatine alınan 60 yüksek riskli gebelerde Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada, gebelerin çoğunun 27-34 yaş grubunda olduğu çoğunda hazımsızlık, reflü, kabızlık, iştah azalması, kalçalarda ağrı, sırt ağrısı, bacaklarda ağrı, dış kulakta ağrı, ciltte kuruma, dudaklarda kuruma, ciltte hassasiyet, topuklarda sızlama, baldırda ağrı, bacaklarda kramp, baş ağrısı, uyku problemleri, yorgunluk, burun tıkanıklığı gibi fiziksel şikâyetlerin, dikkatini bir yere toplamada güçlük, mizaç değişiklikleri, gerginlik-sinirlilik, can sıkıntısı ve daha duygusal olma gibi psikolojik şikâyetlerin orta/şiddetli düzeyde rahatsızlık verdiği saptanmıştır. Ayrıca gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde gebelerin hastaneye erken membran rüptürü % 30 ve erken doğum tehdidi % 28,3 nedeniyle yattıkları görülmüştür (4).

Pamuk (2007) 61 yüksek riskli gebe üzerinde yapılan başka bir çalışmada da yaş ortalaması (32.54± 4.18), gebelik sayısı ortalaması (1.60±0.91), doğum sayısı ortalaması (0.19± 0.44), düşük ortalaması (0.44± 0.74), ölü doğum sayısı ortalaması(0.03± 0.25), yaşayan çocuk sayısı ortalaması (0.13± 0.38), gebelik haftası ortalaması (27.31±7.28)

olarak bulunmuştur. Gebelerde daha önce mevcut olmayan, hastanede yatak istirahatına bağlı olarak gelişen %34.4'ünde orta şiddette hazımsızlık , %39.3'ünde hafif şiddette reflü, %42.6'sında orta şiddette kasık ağrısı, %36.1'inde orta şiddette karında rahatsızlık hissi, %39.3'ünde orta şiddette kalçalarda ağrı, %31.1'inde hafif-orta şiddette sırt ağrısı, %40.4'ünde hafif şiddette bacaklarda ağrı , %54.1'inde hafif şiddette dudaklarda kuruma, %44.3'ünde hafif şiddette ciltte hassasiyet, %37.7'sinde orta şiddette pelvis / kasık bölgesinde ağrı- sızı , %37.7'sinde orta şiddette baş ağrısı, %36.1'inde hafif şiddette tuvalete gitmek için uyanma , %44.3'ünde hafif şiddette uyandıktan sonra uyuyamama, %37.7'sinde orta şiddette gün içinde istek dışı uyuklama, %4.9'unda orta şiddette kan şekeri yükselme, %54.1'inde hafif şiddette yorgunluk, %52.5'inde hafif şiddette burun tıkanıklığı, %42.0'sinde orta şiddette ödemin olduğu belirlenmiştir. Hastanede yatan riskli gebelerde görülen fiziksel yakınmaların yaş ile ilişkisine bakıldığında 25- 34 yaş ve 35- 40 yaş olarak iki gruba ayrılmış, hastanede kesin yatak istirahati alan riskli gebeler arasında yorgunluk hissi ileri yaş grubunda daha anlamlı bulunmuştur (p= 0.01). Vakaların hastanede yattıkları sürece aile ve arkadaş çevresinden destek alma durumları incelendiğinde, gebelerin %96,7'sinin eşleri tarafından, %45,9'unun anne babası tarafından destek gördüğü belirlenmiştir. Çalışma kapsamında alınan yüksek riskli gebelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunların demografik özellikler, obstetrik özellikler ve sosyal destek kaynakları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir ve anlamlı ilişkileri bulunmaktadır. Gebelerin yaşları ve obstetrik öyküleri de, yaşanan psikolojik bulguların özelliğini ve düzeyini etkilemektedir (60). 280 gebe üzerindeki çalışmamızda, gebelerin yaş ortalamasının Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının % 36,8'nin 26-30 yaş , % 28,9'nun 31-35 yaş, % 15,4'nün 36-40 yaş, % 12,5'nin 21-25 yaş, % 3,2'nin 41 yaş ve üzerinde ve % 3,2'nin de 20 yaş ve altında olduğu saptanmıştır. Gebelerin % 72,9'nun abortus yaşamadığı (n:204), % 27,1'nin abortus yaşadığı (n:76) görülmüştür. Gebelerin gebelik haftası ort 31,23±6,72, gebelik sayısı ort 2,16±1,43, yaşayan çocuk ort 1,65±0,861 olduğu saptanmıştır. Gebelerin % 93,6'nın ölü doğum yapmadığı (n:262), % 6,4'nün ölü doğum yaptığı (n:18) bulunmuştur. Gebeliklerinin bu dönemde fiziksel ya da psikolojik şikayet belirten gebelerin % 44,7 gebeliklerinde huzursuzluk ve gerginlik yaşadıklarını (n:98), % 6,4'ü vücutlarında oluşan ödemden çok rahatsız olduklarını (n:14), % 5,9'nun konstipasyon ve buna bağlı hemoroid şikayetleri olduğunu (n:13), % 5,9'nun hazımsızlık ve mide ağrısı şikayetlerinin olduğunu (n:13), % 5,5'nin uyku problemi yaşadıkları (n:12),

% 5'nin kendilerini halsiz hissettiklerini (n:11), % 4,6'nın bel ve sırt ağrılarının olduğunu (n:10), % 4,1'nin kasık ağrılarının olduğunu (n:9), % 3,7'nin kas krampları yaşadığı (n:8), % 3,7'nin nefes alıp vermekte sıkıntı yaşadığı (n:7), % 3,2'nin baş ağrısı olduğu (n:7), % 3,2'nin iştahsızlık ve mide bulantısı yaşadığı (n:7), % 3,2'nin sık idrara çıkmasının rahatsızlık verdiğini (n:7), % 0,9'nun ailesel sorunlarının olduğu bu durumun onu psikolojik olarak çok rahatsız ettiğini (n:2) belirtmişlerdir. Gebelerin % 25,7'si gebeliklerinde fiziksel güçlerinin yeterli olduğunu (n:72) ifade ederken, % 74,3'ü yetersiz olduğunu (n:208) ifade etmişlerdir. Gebelerin % 28,2'si gebeliklerinde kendi sağlığı ile ilgili endişe etmediklerini (n:79) belirtirken, % 71,8'i endişe ettiklerini (n:201) belirtmiştir. Gebelerin % 27,1'i gebeliklerinde günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi konusunda kendilerinin yeterli olduğunu (n:76) ifade ederken, % 72,9' u yetersiz olduğunu (n:204) ifade etmiştir. Gebelerin % 27,9'u gebelik süresince temizlik, alışveriş yapmak, yemek yapmak gibi rol ve sorumlulukları yerine getirmekte yeterli olduğunu (n:78) belirtirken, % 72,1'i yetersiz olduğunu (n:202) belirtmiştir. Sonuçlarımız Oskay ve Pamuk yaptığı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Başka bir çalışmada Babadağlı (2003) 150 adölesan (15-18 yaş) erişkin (19-34 yaş) ve ileri yaş (35 yaş ve üstü) gebe üzerinde yaptığı bir çalışmada mide yanması tüm gebelerin %70' inde yaşanmıştır. Bu oran Akdolun' un (2001) çalışmasında %83.3 olarak tespit edilmiştir. Babadağlı (2003) araştırmasının sonucunda, gebelerin fizyolojik ve psikolojik değişikliklerde, yaşın önemli bir faktör olmadığı ortaya çıkmıştır (88). Fakat çalışmamızda 41 yaş ve üstü gebeliklerde gebeliğe uyum konusunda sorun yaşadıkları ve buna bağlı stres ve anksiyete yaşadıkları görülmüştür. Aynı zamanda psikolojik şikayetlerde artış olduğu görülmüştür. Gebeliğin Kabulü alt boyutunda 21-25 ve 26-30 yaş grubunda olanların ortalama puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu gebelerin gebeliğe olan uyumunun yüksek olduğu saptanmıştır (22,22±6,18 p=,001, 22,19±6,98 p=,001 ). 41 yaş ve üstü grubunda ise ortalama puan yüksek bulunmuştur bu durum da gebeliğe uyum konusunda sorun yaşadıklarını göstermektedir. Sonuçlarımız Pamuk'un verileri ile benzerlik gösterirken Babadağlı ile benzerlik göstermemektedir. Çalışmamıza katılan gebelerin % 60'nın bu gebeliklerinde hastalık ya da sorun yaşadıkları (n:168), % 40'nın ise sağlıklı gebelik geçirdiklerini (n:112) belirtmişlerdir.

Hastalık ya da sorun belirten gebelerin % 25,6'nın amniyotik mayinin azalması ya da artması ve intaruterin gelişme geriliği yaşadıkları (n:43), % 16,7'nin diyabete bağlı sorun yaşadıkları (n:28), % 14,9'nun gebeliğe bağlı hipertansif hastalık yaşadıkları (n:25), % 10,7'nin fetal anomali geliştiğini (n:18), % 8,3'nün plasental sorunlar yaşadıklarını (n:14), % 7,1'nin erken doğum tehdidi yaşadıkları (n:12), % 4,2'nin nefrolojik sorunlar yaşadıkları (n:7), % 3'nün erken membran rüptürü yaşadıkları (n:5), % 2,4'nün enfeksiyon geçirdikleri (n:4), % 2,4'nün psikiyatrik sorunlar yaşadıkları (n:4), % 1,8'nin gebeliğe bağlı intrahepatik kolestaz geliştiği (n:3), % 1,2'nin kardiyak sorunlar yaşadıkları (n:2), % 1,2'nin hiperemezis gravidarum yaşadıkları (n:2), % 0,6'nın hematolojik sorun yaşadıkları saptanmıştır. Literatürde de gebelerin hastaneye yatış nedenleri arasında erken doğum tehditi plasenta previa, servikal yetmezlik, erken membran rüptürü, gebelik hipertansiyonu, çoğul gebelik, uterin irritabilite, fetal büyüme geriliği, gebeliğin erken döneminde kanama ve düşük tehlikesinin var olduğu durumlar gibi gebelikte gelişen çeşitli komplikasyonların tedavisi için önerilmekte ve gebeler hastanede yatak istirahatine alınmaktadır. Veriler literatür ile uyumludur (5,38,42).

Araştırmamıza katılan gebelerin yatak istirahatına bağlı olarak yaşadığı fiziksel şikâyetler; hazımsızlık, bel ve sırt ağrısı, baş ağrısı, kasık ağrısı, kas krampları, konstipasyon-hemoroid, ailesel sorunlar, uyku bozuklukları, ödem veriler Oskay (2004), Arslan (2005) ve Pamuk (2007) araştırması ile benzerlik göstermiştir. Literatürde de hastanede yatan yüksek riskli gebelere en çok eşlerin destek olduğu bildirilmiştir.

Kaçmaz (2001) gebeliğinde hastalık/sorun yaşayan gebelerde anksiyete ve depresyon puanı yüksek bulunurken gebeliğinde hastalık/sorun yaşamayan gebelerin anksiyete ve depresyon puanı düşük bulunmuştur (89). Gupton (1999) başka yapılan çalışmalarda da hastaneye yatırılan gebelerde, yatırılmayan ya da yüksek risk taşımayan gebelerde oranla anksiyete ve depresyon skorlarında yükseklik, öz güvende eksiklik saptanmıştır. Heaman(1998) benzer bir çalışmada da yüksek riskli gebelerin durumluluk anksiyete düzeyinin, düşük riskli gebelerin anksiyete düzeyine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (90). Yaptığımız çalışma sonuçları da Kaçmaz'ın, Gupton'un ve Heaman'ın çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Kaçmaz (2001) Gebeliğinde çalışan ve üniversite düzeyi eğitim alan gebelerin eğitim düzeyi yüksek olan ve çalışan gebelerde anksiyete ve depresyon puanı yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise üniversite düzeyi eğitimi

olan ve çalışan gebelerin gebeliklerinde sorun yaşamadıkları ve uyumlu bir gebelik yaşadıkları saptanmıştır. Sonuçlarımız Kaçmaz'ın sonuçları ile uyuşmamaktadır.

DiPietro, ve ark.(2004) Amerika'da Pregnancy Experience Scale (PES) geçerlilik ve güvenilirliğinin iki Kohort çalışma ile yapıldığı bir araştırmada gebeleri (n:137) PES 20,30,32, 36,38 gebelik haftasında olan düşük riski taşıyan gebelerdir. Çalışma sonuçları gebeliklerinin ikinci yarısında gebeliği huzursuzluk verici olmaktan ziyade daha heyecan verici mutlu olarak algıladıkları saptanmıştır. Literatür ile farklılık göstermektedir. Yapılan iki kohort çalışmasında diğer çocuklar dahil olmak üzere birçok rol ve sorumlulukla karşılaşan büyük ölçüde profesyonel, çalışan kadınlardan oluşuyordu. Daha önce hiç doğum yapmamış kadınlar gebelikle ilgili daha önce yapmış olanlara göre özellikle doğum yaklaştıkça daha mutlu hissediyor, ya daha az çelişen isteklerde bulunuyor ya da yaklaşan anneliğe dair daha büyük bir beklenti içine giriyorlar. Bu çalışmada gebeler iyi eğitilmiş, çoğunlukla planlı ve isteyerek gebe kalmış görece avantajlı gebelerdir. Gebelik çalışmalarının çoğu sosyoekonomik olarak dezavantajlı örneklerde stresi incelemişlerdir. Bu çalışmadaki düşük sosyoekonomik gruptaki gebeler gebeliğin 24'üncü haftasından 36'ıncı haftasına kadar anlamlı derecede daha az gebeliğe özgü sıkıntı ve anlamlı derecede daha fazla anksiyete belirttiler. Düşük gelirli, sosyal destek, ekonomik yeterlilik ve gebe kalma isteği gibi potansiyel belirleyicilere ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda gebelerin eğitim seviyesi yüksek olması ve çalışma durumu gebeliğe daha iyi uyum sağladıklarını ve gebeliği mutluluk verici bir dönem olarak algıladıklarını göstermiştir. Ayrıca gebelerde gebelik sayısı artması, yaşayan çocuk sayısının fazla olması, çalışmama durumu, istenmeyen gebelik olması, düşük gelire sahip olması ve rol ve sorumluluklarının fazla olması, destek verecek kişilerin olmayışı gebelerin gebeliğe uyum konusunda sorun yaşadıklarını göstermektedir. Sonuçlarımız DiPietro, ve ark. ve literatür ile paralellik göstermektedir (91).

Kavlak'ın çalışmasında da (2004), gebenin çalışma durumunun ve aile tiplerinin annelerin maternal bağlanma düzeylerini etkilediği bulunurken; yaşın, eğitim durumunun, sosyal güvence varlığının, başka çocuğun olma durumunun, gebeliğin planlanma durumunun, maternal bağlanma düzeyinde etkili olmadığı saptanmıştır (92). Çalışmamızda ise gebenin çalışma durumu, eğitim seviyesinin yüksek oluşu, sosyo-ekonomik durumunun iyi olması gebeliğe uyumun daha yüksek olduğunu yani maternal bağlanmanın daha iyi olduğunu gösterirken, gebelik ve yaşayan çocuk sayısının fazla olması, gebenin 41 yaş ve

üstü grupta olması gebeliğe uyum konusunda gebelerin stres yaşadığını anksiyete oluşturduğunu göstermektedir.



## 8. SONUÇ

Gebelerin çalışma durumlarıyla PKDÖ ve alt boyutların puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde çalışan gebelerin gebeliklerine daha iyi uyum sağladığı ve daha az stresöre sahip olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Gebelerin daha önceden önemli hastalık geçirmeleri PKDÖ ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p>0.05$ ).

Daha önce herhangi bir ameliyat geçirmiş olan gebeler PKDÖ ve kendi ve bebeğinin sağlığı ile konusunda daha fazla endişeli olduğu saptandı. Kronik hastalığı olan gebelerin gebeliğin kabulünde sorun yaşadıkları bulundu. Gebelerin eşlerinin kronik hastalığı olması gebelerin, kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşüncelerinde, gebeliğin kabulünde, doğumdan korkmalarına ve eş ile ilişkilerinde sorun yaşadıkları bulundu. Abortus öyküsü bulunan gebeler kendilerini doğuma hazır hissetmedikleri görüldü.

Gebelerin önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşamış olmaları PKDÖ ve tüm alt boyutlarında anlamlı olarak korku ve endişe yaşadıkları saptandı. Jinekolojik enfeksiyon/hastalık geçiren gebelerin gebeliğin ve annelik rolünün kabulünde sorun ve yüksek derecede doğum korkusu yaşadıkları bulundu. Önceki gebeliklerinde erken doğum yapan gebelerin kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili endişeli oldukları ve kendilerini doğuma hazır hissetmedikleri görüldü. Bu gebeliği plansız olan gebelerin PKDÖ ve tüm alt boyutlarında anlamlı bulundu. Planlı gebeliklerin plansız gebeliklere göre gebeliklerinde daha az anksiyete yaşadıkları ve daha az stresöre sahip olduğu görüldü.

Şuan ki gebeliklerinde fiziksel/ ruhsal sıkıntı yaşayan gebeler kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü ve doğuma hazır oluş, doğum korkusu ve PKDÖ konusunda anlamlı derecede uyumsuzluk yaşadıkları bulundu.

Şuan ki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşayan gebelerin PKDÖ ve alt boyutlarından eş ile ilişkisi alt boyutu dışında gebeliklerine uyum konusunda, doğumla ilgili korku ve endişe yaşamalarına ve annesi ile ilişkilerinde uyumsuzluk yaşadıkları bulundu.

Doğumdan sonra bebek bakımı konusunda yardım almayacak gebelerin PKDÖ ve alt boyutlardan gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, doğum korkusu, kendi annesi ile ilişkisinin durumu, eş ile ilişkisinde sıkıntı yaşadıkları saptandı.

Antenatal eğitim almayan gebelerin PKDÖ ve tüm alt boyutları anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). Antenatal eğitim alan gebelerin, gebeliklerine daha iyi uyum sağladıkları, daha az stresöre sahip oldukları, kendi ve bebeğinin sağlığı konusunda endişelerinin azaldığı, doğum korkusu yaşamadıkları ve kendilerini doğuma hazır hissetmeleri konusunda çok yararlı olduğu ve gebelik döneminde eşi ve kendi annesi ile ilişkilerinde sorun yaşamadıkları görüldü.

Üniversite düzeyi eğitim alan gebelerin lise ve ilköğretim düzeyi eğitim alanlara ve okur-yazar olmayanlara göre gebeliğe uyumları yüksek ve gebelikte yaşanan stresörleri daha az hissettikleri bulundu. 41 yaş üstü gebeler gebeliğin ve annelik rolünün kabul etmekte zorlandıkları, doğum korkusu yaşadıkları ve kendi annesi ile ilişkisinde sorun yaşadıkları görüldü.

Gebelerin yaşı yükseldikçe annelik rolünün kabulünde ( $p=0,01$ ), eş ile ilişkisinde ( $p=0,02$ ), gebeliğin kabulünde ( $p=0,00$ ) ve PKDÖ ( $p=0,01$ ) uyumsuzluk yaşadığı saptandı. Gebelerin yaşı yükseldikçe kendi annesi ile ilişkisi kötüleşiyor ( $p=0,00$ ). Gebelik haftası arttıkça gebenin kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili endişeleri azalıyor ( $p=0,038$ ) ve gebeliği kabul ( $p=0,008$ ) ediyor olduğu görüldü. Gebelik sayısı arttıkça gebelerin gebeliğin ( $p=0,00$ ) ve annelik rolünün kabulünde ( $p=0,00$ ) ve eş ile ilişkisinde ( $p=0,01$ ) sorun yaşadığı bulundu. Gebelik sayısı arttıkça gebelerin kendi annesi ile ilişkisi ( $p=0,00$ ) orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı sorun yaşadığı saptandı. Yaşayan çocuk sayısı arttıkça gebelerin, gebeliğin kabulü ( $p=0,02$ ) ve kendi annesi ile ilişkisinde ( $p=0,012$ ) ve PKDÖ sorun yaşadığı görüldü ( $p=0,014$ ).

Yapmış olduğumuz araştırma sonucunda, gebelerin çalışma durumu, eğitim düzeyinin yüksek oluşu, önceki ve şuan ki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşamayan, sağlık personeli tarafından antenatal eğitim alan, bebek bakımı konusunda eş ve annelerinden destek alacak olan gebelerin gebeliğe uyumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Fakat Önceki gebeliklerinde ve şuan ki gebeliğinde sorun yaşan, planlanmamış gebelik olması, düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olmak, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, 41 yaş

üstü gebeliğe sahip olmak, eş, anne ve çevreden aldığı sosyal desteğin yetersiz oluşu, kötü obstetrik ve jinekolojik öyküye sahip olmak, sağlık personeli tarafından antenatal eğitim almamış olmak ve bebek bakımı konusunda destek düzeyinin yetersiz oluşu gebelerin gebeliklerine uyum sorunun yaşamalarına, yoğun anksiyete ve korku duymalarına, daha fazla stresör hissetmelerine, gebelik yakınmalarını daha fazla yaşamalarına, eş ve anne ile iletişimde sorun yaşamalarına, doğum korkusunu ve bebeğiyle ve kendisiyle ilgili daha fazla sorun yaşayacağı düşüncesine sahip olmasına, gebeliğin kabulünde uyumsuzluk yaşamalarına, kendilerini doğuma hazır hissetmemelerine neden olduğu saptanmıştır.

#### **Araştırmamız sonuçları doğrultusunda önerilerimiz;**

Gebelik bir kadının yaşamındaki en önemli olaylardan birisi olarak biyolojik, fizyolojik ve ruhsal ciddi değişimlerin yaşandığı bir evredir. Gebe izleminde, ebe ve hemşireler gebelere gebeliğin biyolojik ve fizyolojik değişimlerinin yanında gebeliğin ruhsal yönü hakkında eğitim ve bilgi vermelidir. Sağlık personeli özellikle gebe ile en yakın iletişimde olan ebe ve hemşireler gebelik psikolojisi ve gebelikle ilişkili ruhsal sorunlar ve bozuklukları hakkında bilgilendirilmelidir. Böylece gebelerin, gebelikle ilgili korku ve anksiyeteleri azaltılabilir gebeliğe uyum kolaylaşabilir ve gebelikte oluşan stresörleri daha az yaşayabilirler. Ayrıca gebelerde ve sağlık personelinde süreçle ilgili ruhsal farkındalığın artması, gebelikte ortaya çıkabilecek birçok ruhsal sorunun erken tanınması, önlenmesi, erken müdahale edilmesi ve tedavisine olanak sağlayacaktır. Bu durum sağlık personelinin konuyla ilgili farkındalığını artıracak ve kadın doğum ve psikiyatri alanları arasındaki işbirliğinin gelişmesini sağlayacaktır.

Gebelere verilen düzenli antenatal eğitimlerin arttırılması gerektiği önerilmektedir. Antenatal eğitimlere gebenin eş ve annesi ya da yanında bulunduğu bireylerin de dahil edilmesi gerekmektedir. Çünkü gebenin sosyal desteği arttıkça kendini daha fazla güvende ve gebeliğe daha iyi uyum sağladığı görülmektedir. Antenatal bakım sırasında sağlık profesyonellerinin; 35 yaş ve üzerinde gebe kalan, öğrenim düzeyi düşük olan, herhangi bir işte çalışmayan, gebeliği planlı olmayan, multipar gebelerin bağlanma düzeylerini dikkatli bir biçimde değerlendirmesi, düşük sosyo-ekonomik düzeye, öğrenim düzeyi düşük ve gebeliğini sonlandırmayı düşünmüş olan kadınların depresif belirtilerinin gözlenmesi, stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemlerin belirlenmesi ve bunlara yönelik girişimler planlanması önerilmektedir.

Yüksek risk grubunda olan gebelerin gebeliklere uyum konusunda sorun yaşadıkları için bu gebelerle iletişimde olan sağlık personelinin gebenin fiziksel ve tedavi ihtiyacının yanında gebeyi ruhsal yönden desteklemesi gerekmektedir. Çünkü bu gruptaki gebeler kendilerini daha fazla yalnız, mutsuz ve değersiz hissetmektedirler. Gebelere tedavisi ve bakımı hakkında bilgi verilmeli, stresle başa çıkma yöntemleri öğretilmeli, eş ve aile bireyleri ile zaman geçirebilmesi sağlanmalı, farklı uğraşlar edinmesine fırsat verilmelidir. Bu konuda ebe ve hemşirelere büyük görevler düşmektedir.

- Ebe ve hemşire, danışmanlık boyunca son derece sabırlı olmalı, empati yapabilmeli ve bireye güven vermelidir.
- Ebelerin ve hemşirelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarını yerine getirirken hizmetin verimliliğini artırabilmek için gebenin algıladığı sorunları iyi tespit etmelidir.
- Ebe ve hemşire gebelerin fiziksel ve psikolojik sorunları azaltmak için gebenin kendisini ve ailesini de dahil ederek bakım ve tedaviyi yürütmelidir.
- Ebe ve hemşire bakım sorumluluğu yanında, gebeyi tüm sosyo-ekonomik durumuyla değerlendirip onun sorunlarını belirlemelidir. Bu sorunlarla başa çıkabilmesini sağlamalıdır.
- Ebe ve hemşire gebelerin, gebelik depresyonun korunması, önlenmesi ve tekrarlamamasına yönelik gebenin sosyal destek ağının güçlenmesini desteklemelidir.
- Daha geniş bir popülasyonda böyle çalışmaların yapılması önerilebilir.
- Antenatal eğitim verilen ve verilmeyen kontrol grupları oluşturulan çalışmalar yapılabilir.
- Yüksek riskli gebe bakımında ekip çalışmasının öneminin arttırıldığı çalışmalar yapılabilir.
- Hastanede yatak istirahatında olan gebelerdeki stresörleri azalmak için uygun ebelik ve hemşirelik bakım protokolleri oluşturulabilir.

## 9. TEŞEKKÜR

Tezimin yürütülmesinde büyük emeği ve sabrından dolayı değerli hocam Sayın Prof. Dr. Hediye ARSLAN'a,

Beni her zaman destekleyen ve yanımda olan sevgili aileme ve arkadaşlarıma,

**SONSUZ TEŐEKKÜRLERİMİ SUNARIM.**

## 10. KAYNAKLAR

1. Vırit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2008, 45: 9-13.
2. Aydın H, Tamam L. Postpartum depresyonda kültürel faktörler. *Arşiv*. 2006, 15:291-302.
3. Yeşilçiçek Çalık K, Aktaş S. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011,3:142-162.
4. Yeşiltepe Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi*. 2004,12:11-16.
5. Taşkın L. Riskli Gebelikler. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2003.
6. Çiçek N. Riskli Gebelikler. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ed: Çiçek N. Akyürek C. Çelik Ç. Haberal A. Ankara, Güneş Kitapevi, 2006.
7. Pamuk S, Arslan H. Hastanede yatan riskli gebelerde hastane stresörlerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009,2:2.
8. (Taşcı) Beydağ K, Mete S. Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve Güvenirlilik çalışması *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008, 11: 1
9. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008, 3:39-66
10. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003, 4:98-105
11. Marakoğlu K, Sahsıvar M S. Gebelikte Depresyon, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2008,28
12. DiPietro, J.A. The role of maternal stress in child development. *Current Directions in Psychological Science*. 2004, 13: 71-74.

13. Huizink AC, Mulder E.J.H., Buitelaar J.K. Prenatal stress and risk for psychopathology: Specific effects or induction of general susceptibility? *Psychological Bulletin*. 2004,130: 115-142
14. Sullivan, R, Wilson D.A, Feldon J, Yee, B.K., Meyer,U. The International Society for Developmental Psychobiology Annual Meeting Symposium: Impact of early life experiences on brain and behavioral development. *Developmental Psychobiology*. 2006, 10.1002:583-602
15. Sutcliffe K. Caird J., Kavanagh J., Rees R., Oliver K., Dickson K., Woodman J., Barnett-Paige E. and Thomas J. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *Journal of Advanced Nursing*.2012, 68: 2376-2386.
16. C Monk, WP Fifer, MM Myers, RP Sloa. Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: effects on fetal heart rate. *Wiley Online Library Developmental*. 2000.
17. Gökşin E, Sakıncı M. Normal gebelik ve prenatal bakım. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ed: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K. Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara, 2008.
18. Lowdermilk DL. Anatomy and physiology of pregnancy. In: lowdermilk dl, perry se: maternity & women's health care. Mosby Elsevier, 9<sup>th</sup> Edition . USA, 2007, 333–352
19. Coşkun A, Karanisoglu H: İnsanda üreme fizyolojisi. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anadolu Üniversitesi Yayınları. Ed: Seçim H. No:566, Eskişehir, 1998, 59-86.
20. Jack BW, Atrash H, Bickmore T, Johnson K. The future of preconception care. A clinical perspective. *Women's Health Issues*. 2008, 18:19–25.
21. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K E (Eds): Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, Güneş Tıp Kitapevi 2008.
22. Lowdermilk, DL. Anatomy and physiology of pregnancy. Eds: Lowdermilk DL, Perry SE, Maternity & Womens Health Care. Mosby, USA, 2004.
23. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı.T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri Ltd. Ştd, 2005.

24. Baysal, B. Gebelikte ortaya çıkan maternal değişiklikler, doğum bilgileri, İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları. Ed: Berkman, S. Nobel Tıp Kitabevleri, 2004.
25. Blackburn ST. Physiologic changes of pregnancy. Eds: Simpson, KR, Creehan, PA. Perinatal Nursing, Lippincott Williams&Wilkins, 2008.
26. Dudek, SG. Nutrition Essentials For Nursing Practice, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2006.
27. Guyton AC, Hall JE. Tıbbi Fizyoloji, Çev. Ed: Çavuşoğlu H, Çağlayan Yeğen B. Nobel Tıp Kitabevi, 2007.
28. Mete, S. Doğum öncesi bakım, Ed: Şirin, A, Kavlak, O. Kadın Sağlığı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti. 2008.
29. Gürkan C Ö. Gebelik bulantı kusmalarında akupresör uygulamasının etkinliği. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, (Danışmanı; Prof. Dr. H Arslan) İstanbul, 2005.
30. Saunders RB. Nursing care during pregnancy. Ed: Lowdermilk DL, Perry SE. Maternity & womens health care. Mosby, USA, 2004.
31. Nazik E. Gebelikte görülen olağan rahatsızlıklar ve gebelerin uyguladıkları baş etme yöntemleri. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Tez danışmanı; Doç. Dr. G Eryılmaz), Erzurum, 2005.
32. Kamysheva E, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Milgrom J. Frequency, Severity, And Effect On Life Of Physical Symptoms Experienced During Pregnancy. *J Midwifery Womens Health*. 2009, 54:43–9.
33. Aşan E, Müftüoğlu S. Kadın ve erkek üreme organları, embriyoloji ve histolojisi. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Ed: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K. Ankara, Güneş Tıp Kitap evleri, 2008.
34. Potur DC. İlk gebelikte beden imajının algılanma durumunun değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. N Sabuncu) İstanbul, 2003.



35. Tetikkurt C. Respiratory Physiology İn Pregnancy. *Cerrahpaşa J Med* 2000; 31:118–122.
36. Barron LB. Antenatal Care, Simpson, K., R., Creehan, P., A. Perinatal Nursing, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
37. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2001, 23: 61- 64.
38. Çoban A. Riskli Gebelikler. Kadın Sağlığı. Ed: Şirin A. Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti. 2008.
39. Clinical Care For Women Undergoing Obortion. Safe Abortion Tecnicl And Policy Guidance For Health Systems. *World Health Organization*, Geneva, 2003.
40. Müngen E. Diyabetik Gebe Takibi. *Perinatoloji Dergisi* 2011, 19:18-21.
41. Başaran A. Diyabet ve Gebelik. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tadavi. Ed: Güralp S. ve Tuncer S. Ankara, Pelikan Yayıncılık, 2004.
42. Çiçek N. Riskli Gebelikler. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ed: Çiçek N. Akyürek C. Çelik Ç. Haberal A. Ankara, Güneş Kitapevi, 2006.
43. Yücel A. Gebelik ve Kalp Hastalığı. Ed: Günalp S. ve Tuncer S. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tadavi. Ankara, Pelikan Yayıncılık, 2004.
44. Hayslett J. Renal disease in pregnancy. Ed: John T. Queenan, Catherine Y. Spong, Charles J. Lockwood. Management of High-Risk Pregnancy. Blackwell Publishing Ltd, 2008.
45. Goplani KR, Shah PR, Gera DN, Gumber M, Dabhi M, Feroz A, Kanodia K, Suresh S, Vanikar AV, Trivedi HL. Pregnancy-Related Acute Renal Failure: A Single-Center Experience. *Indian Journal of nephrology*. 2008, 18:17-21.
46. Gammill H S, Jeyabalan A. Acute renal failure in pregnancy. *Crit Care Med*. 2005, 10 :372– 84.
47. Karakadovan A. Kronik böbrek yetmezliği olan hastada hemşirelik yönetimi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2004. 1: 61–66.

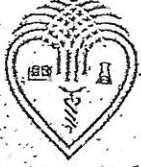
48. James D K, Ster P J, Weiner C P, Gonik B. Renal Bozukluklar. Yüksek Riskli Gebeliklerde Yönetim Seçenekleri. Ed: Güner H. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi 2008.
49. Gebelerde Demir Destek Programı (<http://www.saglik.gov.tr/default.asp?sayfa=detay&id=2104>) Erişim tarihi: 05.04.2013.
50. Greer J, Foerster J, Lukens J, Rodgers N, George M, Paraskevas G. Wintrobe's Clinical Hematology. Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
51. Ekşi Z. Gebelikte Anemilerde Semptom Değerlendirmesi ve Hemoglobin Renk Skalasının (WHO Haemoglobin Colour Scale) Kullanımının Etkinliği, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doktora Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Hediye Arslan), İstanbul. 2006.
52. Yıldırım G, Aslan H, Asar E, Gedikbaşı A, Güngördük K, Şafak I, Ceylan Y. İntrahepatik kolestazda gebelik sonuçları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2007, 4: 250-3.
53. Tazegül A, Şimşek B, Gebelikte tiroid hastalıkları, *Selçuk Tıp Dergisi* 2010, 26: 63-67.
54. Krakow D, Gibbs. Medical and Surgical Complications of Pregnancy. Ed: Ronald S. Karlan, Beth Y. Haney, Arthur F. Nygaard, Ingrid E. Danforth's Obstetrics and Gynecology, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
55. Simpson K, Creehan PA. Perinatal Nursing. Lippincott Company. 2008.
56. İnci M, İnci M, Davarcı M. Gebelikte görülen üriner sistem enfeksiyonları ve tedavisi *Türk Üroloji Seminerleri*. 2011, 2: 124-6,
57. Has R. Perinatal Enfeksiyonlar. Ed: Berkman S, Has R. Doğum Bilgileri. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004.
58. Cengiz S.A. Gebe kadınların serumlarında rubella IgG ve IgM'nin ELISA ile araştırılması. *İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection)*. 2005, 19: 19-24.
59. Keskin N. Preterm plasenta previa ve ablasyo plasenta vakalarında sezaryen endikasyonlarının tartışılması. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009, 11: 54-8.
60. Zeyneloğlu HB. Obstetrik Kanamalar. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ed: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K. İstanbul. Güneş Tıp Kitabevleri, 2008.

61. Haram K, Mortonsen JH, Wollen AL. Preterm delivery: an overview. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003, 82:687–704.
62. Nguyen N, Savitz DA, Thorp JM. Risk factors for preterm birth in Vietnam. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2004, 86:70–78.
63. Jesse DE, Seaver W, Wallace DC. Maternal psychosocial risks predict preterm birth in a group of women from Appalachia. *Midwifery.* 2003,19:191–202.
64. Lowdermilk D L, Piotrowski K A, Perry SE. *Maternity & Women's Health Care*, 9 th Edition, Mosby Elsevier Company, 2007.
65. Orshan SA: *Maternity, newborn, and women's health nursing: comprehensive care across the lifespan.* Lippincott Williams & Wilkins Company, 2006.
66. Papatsonis DN, Van Geijn HP, Bleker OP, Ader HJ, Dekker GA. Maternal admission characteristics as risk factors for preterm birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004, 112:43–8.
67. Simpson, K R, Creehan PA. *Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses. Perinatal nursing.* Edition: 3, Lippincott Williams & Wilkins Company, 2007.
68. Gabbe S G, Simpson J L, Niebyl J R, Galan, H. Goetzl L, Jauniaux ERM, Landon M. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies.* Elsevier Company, 5 th Edition, 2007.
69. Eroğlu K. Postterm gebelik. Yüksek Riskli Gebelikler ve Doğum El Kitabı. Çev. Ed: Taşkın L, Ankara, Palme Yayıncılık, 2002..
70. Grant JM. Uzamış gebelik. Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri. Ed: James DK, Steer PJ, Weiner CP, Güner H (Çev. Ed.) .Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri,2008.
71. Parlakgümüş A. Postterm gebelik Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. . Ed: Ayhan A, Durukan T, Günalp S. Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 2008, sf: 491–494.
72. Kulakaç Ö. Kan uyumsuzluğu. Yüksek Riskli Gebelikler ve Doğum El Kitabı. In: (Çev. Ed.) Taşkın L. Ankara, Palme Yayıncılık, 2002,471–487.
73. Önderoğlu LS. Gebelikte Rh immunizasyonu. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ed: Ayhan A, Durukan T, Günalp S. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2008.
74. James DK, Ster PJ, Weiner CP, Gonik B. *High Risk Pregnancy: Management Options.*(3.edition). Elseiver Saounders, 2004.

75. Gökçel Z, Özdağ MF: Epilepsi ve gebelik. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi*. 2004, 2:110-113.
76. Confaureux C, Hutchinson M, Hours M, Cortinouis Tourniaire P, Grimaud J, Moreau T: Multipl sklerozis and pregnancy: Clinical issues Rev-Neural. Paris. 1999,155:186-191.
77. Tarla N, Gül T. Myastenia graves ve gebelik olgu sunumu. *Dicle Tıp Dergisi*. 2000, 2:125-138.
78. Dişsiz M, Oskay ÜY. Alkol ve madde bağımlısı kadınların üreme sağlığı sorunları ve hemşirelik bakımı. *Bağımlılık Dergisi*, 2009, 2:32-35.
79. Serçekuş P, Okumuş H. Yüksek riskli gebelerde uzun süre hastanede yatmanın etkileri, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.2004, 3:7-11.
80. Chen CH, Lin HC. Prenatal care and adverse pregnancy outcomes among women with depression: a nationwide population-based study.*Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie* . Taiwan, 2011, 56:273-280.
81. Da Costa, Deborah; Larouche, Julie; Dritsa, Maria; Brender, William. Variations in stress levels over the course of pregnancy: Factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *Journal of Psychosomatic Research*.1999, 47: 609-621.
82. Oskay, Ü, Şahin, N. Hastanede yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan stresörler. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2003,3:33.
83. Kim J, La Porte LM, Adams MG, Gordon Te, Kuendig JM, Silver RK. Obstetric care provider engagement in a perinatal depression screening program. *Arch Womens Ment Health*. 2009,12:167-172.
84. Kalken G, Yilmazer M, Coşar E, Sahin FK, Çevrioglu S, Geçici O. Nausea and vomiting in early pregnancy. Relationship with anxiety and depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008, 29:91-95.
85. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stres. *BMC Psychiatry* 2008, 8:24.

86. Ayan A, Aksoy C, Edizkan H. Doğuma hazırlık kursunun gebeler üzerine etkisi. 9. *Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi Kongre Özet Kitabı*. 2009, 423-424
87. Koyun, A, Sarı, T. Gebeliğe Uyumun Değerlendirilmesi. 10. *Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi poster sunumu*. 2010.
88. Babadağlı, B. Gebelik Yaşının Gebelikte Yaşanan Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklere Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11: 3
89. Özkan M, Kaçmaz N, Anuk D, Bozkurt O, İbrahimoglu L . Doğum sonrası erken dönemde psikiyatrik değerlendirme ve ilişkili faktörler. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 2004; 12:117-124
90. Heaman M, Gupton A. Perceptions of Bed Rest By Women High-Risk Pregnancies: A Comparison Between Home and Hospital. *Birth*. 1998. 25: 252-262.
91. J. A. DiPietro, M. M. Ghera, K. Costigan and M. Hawkins. Measuring The Ups And Downs Of Pregnancy Stress. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2004, 25:189-201.
92. Kavlak O. Maternal bağlanma ölçeğinin türk toplumuna uyarlanması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi. 2004.

EVL



T.C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.IBÜ.042.00.00/297  
KONU: Anket hk.

TARİH: 23/11/2011

T.C. İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
AVRUPA FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ ARAŞTIRMA VE  
UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe GÜLER'in, Yard. Doç. Dr. Semiha AKIN'ın tez danışmanlığını yürüttüğü "Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

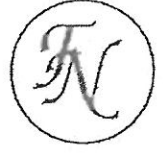
Prof. Dr. Tuncay ALTUĞ  
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.



Ek 2

T.C. İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
AVRUPA FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ  
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ  
MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : B.30.2.İBU.0.İE.00.00/831  
Konu : Anket hk.

Tarih:23.12.2011

T.C İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ' NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe GÜLER' in "Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını hastanemizde uygulamasında bir sakınca yoktur.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Doç. Dr. Ş. Kerem ÖZEL  
Başhekim





## Obstetrik ve Jinekolojik Öykü

- Düşük yaptınız mı?  Hayır  Evet
  - Yaşayan çocuk sayısı: \_\_\_\_\_
  - Ölü doğum yaptınız mı?  Hayır  Evet ise nedeni nedir? \_\_\_\_\_
  - Erken doğum yaptınız mı?  Hayır  Evet
  - Önceki gebeliklerinizde herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı? (*Gebelik zehirlenmesi, gebelikte ve doğum sonrasında kanama, doğumun erken başlaması, şeker hastalığı*)  
 Hayır  Evet ise nedir? \_\_\_\_\_
  - Çoğul gebelik yaşadınız mı? (ikiz, üçüz, gebelik)  
 Hayır  Evet ise sayısı nedir? \_\_\_\_\_
  - Doğan çocuklarınızın kilosunu biliyor musunuz?  
 Hayır  Evet ise doğum kilolarını yazar mısınız? \_\_\_\_\_
  - Doğum yollarınıza ait bir enfeksiyon/hastalık geçirdiniz mi?  
 Hayır  Evet ise nedir? \_\_\_\_\_
- Gebeliğinizin bu döneminde sizi rahatsız eden fiziksel veya duygusal sıkıntı veya şikayetleriniz var mı? Nelerdir?
- \_\_\_\_\_

## Şimdiki Gebeliğe İlişkin Özellikler

- Son adet günü (SAT): \_\_\_\_\_
- Gebelik Haftası: \_\_\_\_\_
- Gebelik sayısı: \_\_\_\_\_
- Şimdiki gebelik veya bebek ile ilgili sorunlar  Hayır  Evet \_\_\_\_\_
- Planlayarak mı gebe kaldınız?  Hayır  Evet
- Kontraseptif (gebelikten koruyucu) yöntem kullandınız mı? (Hap, kılıf, spiral, iğne)  
 Hayır  Evet ise hangisi? \_\_\_\_\_
- Bebeğiniz doğduktan sonra bebeğiniz bakımı için yardım alacak mısınız?  
 Hayır  Evet ise kimden? \_\_\_\_\_
- Doğum öncesi gebelik, doğum anı, doğum sonrası ve bebek bakımı konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?  
 Hayır ise nedenini yazabilir misiniz? \_\_\_\_\_  
 Evet ise kim tarafından, ne zaman ve nasıl bir eğitim aldınız?

## GEBELİK DÖNEMİNDE KARŞILAŞILAN STRESÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

Gebeliğiniz süresince sizin için sıkıntı, huzursuzluk veya gerginlik yaşamanıza yol açan durumları öğrenmek istiyoruz. Gebelerin sıkıntı yaşadıkları durumların doğru şekilde tanımlanmasına ve uygun çözüm önerilerinin belirlenmesine katkıda bulunacağından her bir ifadeyi dikkatli bir şekilde okumanız çok önemlidir.

**Gebeliğinizin bu döneminde** aşağıda sıralanan durumlar sizin sıkıntı, güçlük, huzursuzluk veya gerginlik yaşamanıza yol açmıyor ise "Hayır", yol açıyor ise "Evet" ifadesini yuvarlak içine alınız. Cevabınız "Evet" ise sıkıntı, huzursuzluk veya gerginlik düzeyinizi (şiddeti) *Biraz, Orta ve Çok* şeklindeki ifadelerden birini işaretleyiniz.

..... ile ilgili sıkıntı, güçlük, huzursuzluk veya gerginlik yaşıyor musunuz?	Cevabınız 'Evet' ise → Hangi düzeyde Sıkıntı, Huzursuzluk veya Gerginlik yaşamanıza yol açıyor?				
			Şiddeti		
1. Gebeliğe alışma veya gebeliği kabullenme	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
2. Enerjinizin düşük olması veya kendinizi yorgun hissetmeniz	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
3. Aldığınız kilolar	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
4. Gebeliğinizin bu döneminde belirginleşen fiziksel değişiklikler	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
5. Gebeliğinizin bu döneminde fiziksel gücünüz	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
6. Gebeliğinizin bu döneminde kendi sağlığınız	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
7. Günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi konusundaki yeterlilik düzeyiniz	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
8. Gebelik süresince temizlik, alışveriş, yemek yapma vb. rol ve sorumlulukların yerine getirilmesi	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
9. Eş ile ilişkileriniz	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
10. Ekonomik durumunuz	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
11. Gebeliğinizin bu döneminde sağlık bakım hizmetleri ile ilgili yaptığınız harcamalar	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
12. Gebelik süresince eş, aile veya diğer kişilerden alınan duygusal destek düzeyi	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
13. Eş veya diğer aile üyelerinde sağlık sorunları varlığı	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
14. Doğum eylemi konusunda endişeler	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
15. Doğum sırasında hissedeceğiniz ağrılar/sancılar	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
16. İlk defa ebeveyn olma veya annelik rolü konusunda yeterlilik durumu	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
17. Bebeğinizin sağlığı ve gelişimi	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
18. Bebeğin beklenenden erken doğma olasılığı	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
19. Doğum sonrası dönemde bebek bakımı konusunda kendinizi yeterli hissetme durumunuz	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
20. Doğum sonrası dönemde bebek bakımı konusunda destek verecek bireylerin varlığı	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
21. Doğum sonrası dönemde belli bir süre iş yaşamına ara vermek durumunda kalacak olmanız	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok
22. Doğum sonrası işinize ara vermek durumunda kaldığınızda yaşayabileceğiniz ekonomik zorluklar	Hayır	Evet	Biraz	Orta	Çok

## Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Türkçe Formu

Aşağıdaki ifadeler hamile kadınlar tarafından oluşturulmuştur. Her ifadeyi okuyarak hangi yanıtın sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığına karar verin. Daha sonra her ifadeye uygun gelen seçeneği işaretleyin.

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
1. Gebe olmak için iyi bir zaman.				
2. Anne-babaları, çocukları ile birlikteyken izlemek hoşuma gidiyor.				
3. Gebeliğim süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıklarım üstesinden gelebilirim.				
4. Eşimle doğacak bebeğimiz hakkında konuşuyoruz.				
5. Eşim gebeliğim süresince beni eleştirdi.				
6. İçimde bir çocuk büyütmenin bir ödül olduğunu düşünüyorum.				
7. Doğum konusunda çok şey bilmem gerektiğini düşünüyorum.				
8. Ağrı ile baş edebilirim				
9. Gebeliğim nedeniyle meydana gelen değişikliklere alışmakta zorlanıyorum.				
10. Üzgün olduğumda eşim bana anlayış gösterir.				
11. Stresli olduğum zaman bu durumun üstesinden gelebilirim.				
12. Doğumumun sağlıklı bir şekilde ilerleyeceğini düşünüyorum.				
13. Doğuma hazırlanmak için yapabileceğim çok az şey var.				
14. Annem doğacak olan bebeğimle ilgileniyor.				
15. Birçok durumda sakinliğimi koruyabileceğime inanıyorum.				
16. Bebeğimin sağlıklı olmayacağı konusunda endişelerim var.				
17. Ne zaman ağrı yaşasam bunun en kötü şey olduğunu düşünürüm.				
18. Doğumun, sonu olduğunu bilmek benim kendimi kontrol etmeme yardım edecektir.				
19. Bebeğime bakmayı dört gözle bekliyorum.				
20. Annem gebe olmamdan mutlu.				
21. Annem yararlı önerilerde bulunur.				
22. Gebeliğimden zevk alıyorum.				
23. Eşim benimle gebeliğim hakkında konuşmayı seviyor.				
24. Doğum sırasında yaşayacaklarım konusunda iyi şeyler düşünüyorum.				

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
25. Doğum sırasında ağrılarım olduğunda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
26. Bir an önce doğum yapmayı istiyorum.				
27. Doktor ve hemşirelerin doğum sırasındaki sorunlarımla ilgilenmemesinden korkuyorum.				
28. Annemle problemlerim hakkında rahatlıkla konuşabiliyorum.				
29. İyi bir anne olup olamayacağım konusunda kuşkularım var.				
30. Sık sık bebekte olabilecek sorunları düşünüyorum.				
31. Annem torununu sabırsızlıkla bekliyor.				
32. Hamile olmaktan memnunum.				
33. Etrafımda çocukların olması hoşuma gidiyor.				
34. Çocuk bakımı ile diğer sorumluluklarımı ve işlerimi dengelemem zor olacak.				
35. Eşim, ihtiyaç duyduğumda ev işlerinde yardım eder.				
36. Gebelik süresince cinsel hayatımızdaki değişiklik konusunda, eşimle konuşmakta zorlanırım.				
37. Annem yanımda olduğunda kendimi iyi hissediyorum.				
38. Doğumda iyi olmak için kendi kendimi hazırlıyorum.				
39. Doğum sırasında kontrolümü kaybedeceğimden eminim.				
40. Doğumum sırasında eşimin bana destek olacağına inanıyorum.				
41. Doğumda bana kötü şeyler olabileceğinden korkuyorum.				
42. Bebek bakımının o kadar da eğlenceli olmadığını düşünüyorum.				
43. Eşim duygularım ve sorunlarımla onu sıkıştırdığımı düşünüyorum.				
44. Annem ve ben ne zaman bir araya gelsek tartışırız.				
45. Bebeğe yeterli dikkati / özeni göstermek benim için zor olacak.				
46. Bebeğin, bana bir yük olacağını düşünüyorum.				
47. Doğumda olacıklara kendimi hazır hissediyorum.				
48. Doğumda kendi kendime yardımcı olabilmek için yapabileceğim bazı şeyler biliyorum.				
49. Doğum zamanı geldiğinde, ağrılı olsa bile tüm gücümle ıknabilirim.				
50. Nasıl bir anne olmak istediğim konusunu düşünüyorum.				
51. Doğumda oluşabilecek sorunlar hakkında endişelerim var.				
52. Doğum stresinin benim baş edebileceğimden çok daha fazla olacağını düşünüyorum.				
53. Doğum sırasındaki rahatsızlıklara dayanabilirim.				

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
54. Bebek bakımı için ayırdığım zaman nedeniyle kendime çok az zaman kalacağından endişeliyim.				
55. Kendimle ilgili şüphelerim olduğunda annem beni rahatlatır.				
56. Doğum hakkında yeterli bilgim olduğumu düşünüyorum.				
57. Doğum sırasında bazı şeylerin kötü gitmesinden korkuyorum.				
58. Bu hamileliği kabul etmek benim için zor.				
59. Annem bildiğim şekilde davranmam konusunda beni destekliyor.				
60. Eşimin gebeliğim süresince cinsel hayatımızla ilgili benimle konuşabileceğini düşünüyorum.				
61. Şimdiye kadar bu gebelikle ilgili her şey iyiydi.				
62. Bebeğe şuan sahip olmayı istemezdim.				
63. Doğumda bebeğimi kaybetmekten korkuyorum.				
64. Doğumda kontrolümü kaybedersem, yeniden kontrolümü sağlamakta zorlanırım.				
65. Annem kararlarımı eleştirir.				
66. Bu gebeliğe uyum sağlamak konusunda sorun yaşıyorum.				
67. Bebeğimin bana benzememesinden korkuyorum.				
68. Doğumda olabilecek bütün kötü olayları aklımdan geçiyor.				
69. Bu hamilelik benim için bir hayal kırıklığı oldu.				
70. Bebeğin bakımını paylaşmak konusunda eşime güvenebilirim.				
71. Normal doğum yapacağım konusunda kendime güveniyorum.				
72. Doğumun doğal ve heyecan verici bir olay olduğumu düşünüyorum.				
73. Bebeğimi şimdiden sevmeye başladığım.				
74. Bu hamilelik benim için doyum verici.				
75. İyi bir anne olacağıma inanıyorum.				
76. Şuan hamile olmaktan üzüntü duyuyorum.				
77. Hamileliğin hoş olmayan bir çok yönü var.				
78. Bebeğimle olmaktan hoşlanacağımı hissediyorum.				
79. Hamile olduğum için mutluyum.				