

T.C

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

**GEBELİK YAŞININ KADINLARIN KAYGI DÜZEYLERİNE  
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İlknur GÜNEŞTAŞ**

**Samsun**

**Nisan-2011**



T.C  
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİK YAŞININ KADINLARIN KAYGI DÜZEYLERİNE  
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

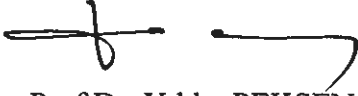
**İlknur GÜNEŞTAŞ**

**Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY**

**Samsun  
Nisan-2011**

T.C  
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.



Başkan: Prof.Dr. Yıldız PEKŞEN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye: Doç.Dr. İlknur AYDIN AVCI

Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç.Dr. Birsen ALTAY

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Tezin Adı: Gebelik Yaşının Kadınların Kaygı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi

Tezi Teslim Eden: İlknur GÜNEŞTAŞ

Tez Savunma Sınav Tarihi:11.04.2011

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurul'unca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

**Prof.Dr. Süleyman KAPLAN**  
**Enstitü Müdürü**

## TEŞEKKÜR

Araştırmanın başından sonuna kadar bütün aşamalarında bana rehberlik eden yardımını hiç esirgemeyen sayın hocam ve danışmanım Yrd. Doç. Dr. Birsen Altay'a,

İstatistik konularında yardımcı olan Prof. Dr. Yüksel Bek'e

Çalıştığım kurumda bana her zaman destek olan değerli mesai arkadaşlarıma,

Çalışmaya katılarak bu tezin verilerini sağlayan araştırma grubundaki tüm gebe kadınlara çok teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan ve bana özveriyle destek veren canım annem ve babama ve kardeşlerim Zeynep Güneştaş ve Şükriye Güneştaş'a çok teşekkür ediyorum.

Tezimde bana manevi destek veren ve sabırla destek olan, güç veren İbrahim Akgül'e teşekkür ediyorum.

## ÖZET

### GEBELİK YAŞININ KADINLARIN KAYGI DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

**İlknur GÜNEŞTAŞ, Yüksek Lisans Tezi**

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Nisan-2011**

Bu araştırma, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebelerde gebelik yaşının kadınların kaygı düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel özellikte olan bu araştırmanın evrenini 01.08.2010-01.11.2010 tarihleri arasında Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebe kadınlar, örnekleme ise araştırmaya katılmayı kabul eden 402 gebe kadın oluşturmuştur.

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen 30 sorudan oluşan anket formu ile gebelerin kaygı düzeylerini belirlemek için 40 sorudan oluşan, Spielberg (1966) tarafından geliştirilen, ülkemizde geçerlilik güvenilirliği Le Compte ve Öner tarafından (1976) yapılan "Durum-Süreklilik KaygıEnvanteri (State Trait Anxiety İnventory- STAI) kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 16.0 paket programı ile bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; yüzdellik hesaplama, aritmetik ortalama, ki-kare testi, student t testi, çok yönlü varyans analizi (ANOVA), Mann-Whitney U testi ve Tukey testi kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen verilere göre; araştırmaya katılan gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması  $42,63 \pm 10,56$  ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması ise  $46,14 \pm 7,56$  olduğu saptanmıştır. Gebelerin durumluluk Kaygı ölçeği (DKÖ) puan ortalamalarının sürekli kaygı ölçeği (SKÖ) puan ortalamalarından daha düşük olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin tümünde belirli düzeyde kaygının mevcut olduğu saptanmıştır. Durumluk kaygı düzeylerinin; gebelerin %38,3'ünde hafif,

%55'inde orta ve %6,7'sinde ise ağır olduğu belirlenmiştir. Gebelerin Sürekli kaygı düzeyleri; %18,7'sinde hafif, %76,6'sında orta ve %4,7'sinde ise ağır olarak saptanmıştır. Gebelerin yaşının, SKÖ puan ortalamalarını etkilediği, 36 yaş ve üzeri gebelerin SKÖ puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0,032$ ). Gebelerin isteyerek hamile kalma ve daha önceki gebeliklerinde sorun yaşama durumları ile DKÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Gebelerin yaş, eğitim, eş eğitim, gelir durumu, anneliğe hazır hissetme durumu ve doğumdan sonra bebeğin bakımına yardım edecek kimsesi olma durumları ile SKÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Gebelerin çalışma durumları, sigara içme, doğumla ilgili korku ve kaygı varlığı, cinsel uyum, doğumla ilgili bilgi alma, daha önce ruhsal hastalık geçirme ve ailede ruhsal hastalık öyküsü olma durumlarının DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ve etkenlerimiz istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Araştırmaya katılan gebelerin evlilik yılı, eş çalışma durumu, aile tipi, gebelik haftaları, gebelik sayıları, yaşayan çocuk sayıları, düşük ve kürtaj olma durumları ve istenen bebek cinsiyeti ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Bu araştırma, gebelik yaşının kadınların durumluk kaygı düzeylerini etkilemediğini fakat sürekli kaygı düzeyini ise etkilediğini göstermektedir. Elde edilen sonuçlar, halk sağlığı hemşireleri tarafından gebelere fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikiyatrik özelliklerinde göz önünde bulundurularak bütüncül yaklaşım sağlanması önemlidir.

## **ABSTRACT**

### **THE INVESTIGATION OF THE EFFECT OF GESTATIONAL AGE ON ANXIETY LEVELS OF WOMEN**

**İLKNUR GÜNEŞTAŞ, Postgraduate Thesis**

**Ondokuz Mayıs University, Samsun, 2011**

The study aimed to investigate the effect of gestational age on anxiety levels of pregnant women among the pregnant women who referred to obstetrics and gynecology clinic of Samsun Ondokuz Mayıs University, Medikal Faculty.

The population of this cross-sectional study is the pregnant women who referred to obstetrics and gynecology clinic of Medikal Faculty Hospital between 01 August 2010 and 01 November 2010. Sample included 402 pregnant women who accepted to participate in the study.

To obtain data, a questionnaire developed by the researcher in accordance with the literature and consisting of 30 questions was used. "State-Trait Anxiety Inventory-STAI) which was developed by Spielberg (1966) and whose validity and reliability were confirmed by Le Compte and Öner (1976) and consisting of 40 questions was used to determine the anxiety levels of pregnant women. Data were analyzed in computer environment using SPSS 16.0 package program. For statistical analysis Chi-Square Tests, student t test, multiple oriented variance analysis (ANOVA), Mann-Whitney U Test and Tukey test were used.

According to the data obtain from the study, the mean State Anxiety Scale score of pregnant women participating in the study was  $42,63 \pm 10,56$ , whereas the mean Trait Anxiety Scale score was  $46,14 \pm 7,56$ . Study results revealed that mean State Anxiety Scale score of pregnant women was lower than that of the mean Trait Anxiety Scale score of pregnant women. All pregnant women participating in the study had a certain level of anxiety. State Anxiety Levels of pregnant women were mild(38,3%), moderate (55%) and severe (6,7%) in all cases, whereas Trait Anxiety Levels of pregnant women were mild (18,7%), moderate (76,6%) and severe (4,7%) in all cases. It was observed



that gestational age had an effect on mean Trait Anxiety Scale score. Mean State Anxiety Scale score of pregnant women aged 36 and older was higher than that of the other groups ( $p=0,032$ ). The relationship between the state of being intentionally pregnant and having problems in previous pregnancies and mean State Anxiety Scale score was statistically significant ( $p<0,05$ ). The relationship between gestational age, educational status, income state, the state of being ready for motherhood and the state of having someone who can look after the baby after the birth and mean Trait Anxiety Scale score was significant ( $p<0,05$ ). Study results revealed that job status, smoking status, having fear and concern related to birth, sexual compatibility, getting information about birth, having previous mental illness and having mental disorder history in family have effects on mean State Anxiety Scale and mean Trait Anxiety Scale scores ( $p<0,05$ ). No statistically significant differences among the pregnant women participating in the study were observed between year of marriage, spouse job status, family type, gestational week, number of pregnancies, miscarriages and abortion, desired gender and mean State Anxiety Scale and mean Trait Anxiety Scale scores ( $p>0,05$ ).

Study results showed that gestational age did not influence the state anxiety levels of pregnant women but influence the level of trait anxiety. In the light of these findings, public health nurses may provide an integrated approach to pregnant women by taking the physical and psychological evaluation into consideration.

## TABLÖLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı .....	61
<b>Tablo 2.</b> Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	62
<b>Tablo 4.</b> Gebelerin Ruhsal Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları .....	64
<b>Tablo 6.</b> Gebelerin DKÖ VE SKÖ Puanlarının % Dağılımları .....	65
<b>Tablo 7.</b> Kadınların Gebelik Yaşının Kaygı Düzeylerine ve Anneliğe Hazır Hissetme Durumlarına Göre Dağılımı .....	66
<b>Tablo 8.</b> Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre DKÖ VE SKÖ Puan Ortalamaları .....	67
<b>Tablo 9.</b> Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) Puan Ortalamaları .....	69
<b>Tablo 10.</b> Gebelerin Doğumla İlgili Özelliklere Göre Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) Puan Ortalamaları .....	71
<b>Tablo 11.</b> Gebelerin Ruhsal Hastalık Özelliklerine Göre Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) Puan Ortalamaları ve Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) Puan Ortalamaları ve İstatistikleri .....	73

# İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	viii
İÇİNDEKİLER .....	ix
<b>1 GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1 PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ .....	1
1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI.....	4
1.3 ARAŞTIRMANIN SORULARI.....	4
<b>2 GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1 GEBELİKTE MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER.....	5
2.1.1 Genital Organlarda Meydana Gelen Değişiklikler.....	6
2.1.2 Diğer Organlarda Meydana Gelen Değişiklikler .....	8
2.1.3 Endokrin Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler.....	10
2.1.4 Ruh ve Sinir Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler.....	12
2.2 GEBELİK TEŞHİSİ .....	12
2.2.1 Bireysel Gebelik Belirtileri .....	12
2.2.2 Olası Gebelik Belirtileri.....	15
2.2.3 Kesin Gebelik Belirtileri .....	16
2.3 GEBELİKTE GÖRÜLEN RAHATSIZLIKLAR .....	17
2.3.1 1'inci Trimester Rahatsızlıkları .....	17
2.3.2 2'nci ve 3'üncü Trimester Rahatsızlıkları.....	20
2.4 GEBELİK KOMPLİKASYONLARI .....	25
2.4.1 Eklamsi-Preeklamsi: .....	25
2.4.2 Hipertansiyon.....	25
2.4.3 Gestasyonel Diabetes Mellitus:.....	26
2.4.4 Gebeliğin Fizyolojik Anemisi:.....	26
2.4.5 Distosi .....	26
2.4.6 Preterm Eylem: .....	26
2.4.7 Postterm Eylem: .....	27
2.4.8 Spontan Abortus: .....	27
2.4.9 Yapısal Defektler.....	27
2.4.10 Doğum Ağırlığı:.....	27
2.5 GEBELİKTE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER .....	28
2.5.1 1'inci Trimesterde Meydana Gelen Değişiklikler (0-3 Ay).....	30
2.5.2 2'nci Trimesterde Meydana Gelen Değişiklikler (4-6Ay).....	31
2.5.3 3'üncü Trimesterde Meydana Gelen Değişiklikler(7-9 Ay) .....	32
2.6 ADÖLESAN DÖNEMİ VE ADÖLESAN GEBELİKLERİN ÖZELLİKLERİ .....	34
2.7 İLERİ YAŞ DÖNEMİ GEBELİKLERİN ÖZELLİKLERİ .....	37
2.8 KAYGI (ANKSİYETE).....	40
2.8.1 Kaygı(Anksiyete) Düzeyleri.....	43
2.8.2 Kaygı (Anksiyetenin) Etkileri .....	45
2.8.3 Kaygıya (Anksiyeteye) Karşı İçsel Ve Dışsal Tepkiler.....	46

2.8.4	<i>Kaygıya (Anksiyeteye) Yol Açan Faktörler</i> .....	47
2.9	HEMŞİRELİK VE KAYGI .....	49
<b>3</b>	<b>MATERYAL VE METOT</b> .....	<b>53</b>
3.1	ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ .....	53
3.2	ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN .....	53
3.3	ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ .....	53
3.4	ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ .....	54
3.5	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	54
3.5.1	<i>Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerini Değerlendirme Formu (Ek-1)</i> .....	54
3.5.2	<i>Durum-Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek-2)</i> .....	55
3.6	VERİLERİN TOPLANMASI .....	57
3.7	VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	57
3.8	ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ .....	59
<b>4</b>	<b>BULGULAR</b> .....	<b>60</b>
<b>5</b>	<b>TARTIŞMA</b> .....	<b>75</b>
<b>6</b>	<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>85</b>
6.1	SONUÇLAR .....	85
6.2	ÖNERİLER .....	88
<b>7</b>	<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>90</b>
<b>8</b>	<b>EKLER</b> .....	<b>100</b>
8.1	EK-1. ANKET FORMU .....	100
8.2	EK-2. DURUM-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ .....	103
8.3	EK-3. ETİK KURUL ONAYI .....	104
8.4	EK-4. OMÜ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ ONAY BELGESİ .....	105
<b>9</b>	<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>106</b>

# 1 GİRİŞ

## 1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

İnsan yaşamında her yeni doğan bebek yeni bir umuttur, gelecektir. Bu umudun sağlıklı olarak doğması için annenin; sağlıklı olması, gebeliğini bilinçli olarak planlamış olması, kendisinin ve bebeğin sağlığı konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekir (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2002). Sağlıklı annelerden sağlıklı çocuklar doğar, sağlıklı annelerin yetiştireceği çocuklar sağlıklı olur. Sağlıklı çocuklar ise gelecekte sağlıklı bir toplum demektir. Bu nedenle annelerin sağlığı özelde çocuk sağlığını, genelde toplum sağlığını ilgilendirir. Annenin ve çocuğunun sağlığının korunması sağlıklı bir toplum için en değerli yatırımdır (Taşkın, 2003).

Gebelik ve doğum, kişinin yaşam düzeninde değişiklik yapan, küçük ya da büyük ölçüde uyum sağlamayı gerektiren stresli bir yaşam olayı olarak görülmektedir (Akköz ve Acar, 2007).

Gebelik vücut örüntüsünde, sosyal ilişkilerde ve aile üyelerinin rollerinde değişiklik yapan bir durumdur. Bu durum gebelerin biyolojik durumunu etkilediği gibi psikolojik ve sosyal uyumunu da etkilemektedir.

Anne karnında gelişen bebeğin varlığı ve gebeliğe özgü fizyolojik değişiklikler, psikolojik değişikliklerin kaynağını oluşturur. Üçer aylık üç trimester (dönem) den oluşan gebelik, anne için uzun bir süredir ve annenin, bebeğini kabul etmesi, doğuma hazırlanması için aileye yeterli zaman vermektedir (Coşkun, 1992).

Kemik kas sisteminden boşaltım sistemine dek birçok vücut bölgesinde uyumu sağlamaya yarayacak olan değişiklikler olurken, bedenın şekli de üzerinde kadının üzerinde denetimi olmaksızın başkalaşmaktadır. Bu dönemde, gebe kadın hormonlardaki ani değişimle birlikte, bedeninde 9 ay boyunca sürecek olan gözle görülür farklılaşmayı izler. Ayrıca bu dönem gelecekte kurulması beklenen sağlıklı anne-çocuk ilişkisinin de temelini oluşturmaktadır (Yücel, 2010).

Kırk haftalık gebelik süresince kadın, psikolojik ve bedensel yönden bir değişim içerisindedir. Bu durum aslında çok doğal olsa da duruma uyum gösterme, kişiden

kişiyeye değişkenlik gösterebileceği gibi, aile yapıları, toplumlar arası kavramları farklılıkları vb gebeliğin kadında fizyolojik ve psikolojik etkilerle sonuçlanmasına neden olmaktadır (Alpay, 1996). Anne yaşıadığı fiziksel, psikolojik, sosyal ve kişisel stresörlerle etkili bir şekilde baş edemediğinde gebelik, doğum ve ebeveyn olma gibi olaylar anne için gelişimsel ve durumsal bir kriz niteliği taşıyabilmektedir (Deveci, 2003). Aile fertlerinin birbirleriyle olan uyumu, iyi ilişkileri, güçlü bağları bu krizin atlatılmasında büyük bir etkendir. Birlikteliklerin sağlam olması bireylerin aile düzenindeki değişikliklere uyum sağlamasını, aileye yeni katılan üyenin herkes tarafından daha çabuk kabullenmesini kolaylaştırmaktadır (Genez, 2002).

Kadının doğurganlığı kadın vücudu için normal fizyolojik bir olay olmasına karşın, gebeliğin getireceği risklerden ayrı düşünülemez. Her bir gebelik, sağlıklı kadınlar için bile risk yaratmaktadır (Taşkın, 2003). Gebelerin doğum öncesi dönemde yaşadığı bazı problemler ve riskler vardır. Bunlardan bazıları; hastanın düşük ile sonuçlanmış daha önceki gebelikleri, Rh uygunsuzluğu, ölü doğumlar, önceki doğumda oluşmuş kötü problem ve deneyimler, hastanın ileri yaşta olması veya gebelikte bilinmeden alınan ilaçlar v.b.dir (Alpay, 1996). Yaş gebelikte önemli bir risk faktörü belirleyicisidir. Doğum için en ideal yaş sınırı 20-30 yaşlar arasındadır. Bu yaştan ne kadar uzaklaşırsa, anne ve bebek hastalık ve ölüm hızlarında da o kadar artma gözlenir. 20 yaşından önce ve 35 yaşından sonra gerçekleşen gebeliklerde, anne ve bebek için hastalık ve ölüm riski artmaktadır (Taşkın, 2003). Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda, 15-19 yaş arası annelerin doğum sırasında ölme olasılıklarının 20-24 yaş arasındaki annelerle karşılaştırıldığında 2-3 kat 15 yaşın altındaki annelerle karşılaştırıldığında 5 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Bebek ölüm nedenlerinden en önemlisi olan düşük doğum ağırlığı da adölesan annelerin bebeklerinde daha sık görülür (Sezgin ve Akın 1998). Genç anne yaşı ile ilişkili preeklamsi, anemi, zor doğum eylemi, kanama, prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna sık rastlanmaktadır (Taşkın, 2003).

Günümüzde birçok sosyal değişimin sonucu artan sayıda kadın, reproduktif yaşamın geç dönemlerinde gebe kalmaktadır. Bu gebeliklerin çoğunun nedeni eğitim olanaklarında artma, meslek seçimleri, etkili doğum kontrol yöntemleri, geç evlenme, geç gebe kalma ve kariyerde yükselmektedir. İleri yaş gebeliklerinde risk faktörlerinden

bazıları; spontan abortus, genetik anomaliler, medikal komplikasyonlar, fetal büyüme anomalileri, disfonksiyonel doğum eylemi, sezeryan sıklığında artma, maternal ve fetal mortalite artışı olarak gösterilmiştir (İtil, 2000). İleri yaştaki annelerden doğan bebeklerin özürülü olma şansları daha yüksektir. Özellikle kalp defektleri, yarı damak ve dudak, down sendromu (mongolizm) olasılığı artmaktadır (Taşkın, 2003). Bu gibi olasılıklar gebe kadında duygusal değişime neden olur.

Gebeliğe karşı bilinen duygusal reaksiyonlardan en önemlisi kaygıdır. Gebelik sırasındaki komplikasyonlar ailenin ve kadının anksiyetesini artırır. Bu kaygı ve stres kriz oluşumuna sebep olabilir, ailenin dengesini sarsabilir (Özkan, 1993).

Gebelikte farklı dönemlerde çelişki, belirsizlik, içe dönüklük, korku/kaygı, ani ruhsal reaksiyonlar gibi psikolojik değişiklikler görülebilir. Bu değişikliklerden özellikle kaygı gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınları olumsuz yönde etkilemektedir (Monk ve ark., 2000; Sankar, 2000).

Gebelik planlanmış olsa bile “doğru zaman” olup olmadığı konusunda kararsızlık, ‘kendi kendine nasıl bir anne olacağı’, ‘bir çocuğun tüm sorumluluklarını nasıl taşıyabileceği’ konusunda şüpheleri, beklenen çocuk ile son çocuk arasındaki sürenin uygun olup olmadığı konusunda yoğun, zıt duygular yaşanması çelişkiye sebep olur. Gebelik döneminde yaşanan bu çelişkiler kaygıyı ortaya çıkaran en önemli nedenlerdir (Sertbaş, 1998). Yapılan çalışmalarda üçüncü trimesterde gebelerin kaygı düzeylerinin birinci ve ikinci trimestere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Larouche ve ark., 1999). Başka bir çalışmada da yine kaygı düzeylerinin üçüncü ve dokuzuncu aylarda daha fazla olduğu bildirilmiştir (Lee ve ark., 2007).

Gebelik ayları ilerledikçe kadınlarda bazı korkular ortaya çıkmaktadır. Bunlar; bebeğin sağlığından korkmak, fetüsün bütünlüğünden ve doğum sancısından korkmaktır. Ayrıca gebelik ayları ilerledikçe kadınlarda bazı farklı korkularda ortaya çıkar. Kendisinin ve bebeğinin zarar göreceği, zor doğum yapma, doğumda komplikasyonların ortaya çıkması, doğum sırasında kontrolünü kaybedeceği ve bilinmeyenlerin oluşturduğu korkular ve buna benzer korkular kadında doğum korkusunun ortaya çıkmasına neden olur. Bu korkular kaygının da ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Özkan, 1993; Mulder, 2002).

Sağlıklı bir bebek sahibi olabilmenin yollarından birisi sağlıklı bir gebelik süreci geçirebilmektir. Gebe kadın prenatal dönem boyunca bazı fizyolojik, psikolojik değişikliklere ve komplikasyonlara maruz kalmaktadır (Babadağlı, 2003; Babadağlı, 2008). Gebelikte yaşanan kaygının doğum sonrası dönemde ruhsal sorunlara yol açmasının yanında, ailenin işlerliği üzerinde de olumsuz etkiler yarattığı görülmektedir. Hastaneye yatırılan kadınlarda ailesinden ve evinden ayrılmanın vermiş olduğu stresten dolayı daha fazla kaygı yaşanmaktadır. Bunun yanı sıra gebelik süresinde eşin desteği ve yeterli sosyal destekle, doğum ve doğum sonrası dönemde daha az kaygı yaşandığı görülmüştür (Özkan, 1993; Sertbaş, 1998). Gebelik yaşının bu doğal süreçte etkisini belirlemek ve anne adayını bu doğrultuda eğitmek gerekmektedir. Anne adayı ne kadar bilinçli olursa prenatal süreç o derece sağlıklı olacaktır (Babadağlı, 2003; 2008).

## 1.2 Araştırmanın Amacı

Gebelik kadın yaşamında birçok fizyolojik ve psikososyal değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Bazı kadınlar için gebelik dönemi mutluluk ve neşe iken bazıları içinde endişe ve kaygı verici bir durum olabilir. Halk sağlığı hemşireleri bu dönemde gebeleri fiziksel ve ruhsal yönden değerlendirerek bütüncül yaklaşım sağlayabilir.

Bu araştırma, gebelik yaşının kadınların kaygı düzeylerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

## 1.3 Araştırmanın Soruları

1. Gebelik yaşının kadınların kaygı düzeyine etkisi var mı?
2. Gebelerin sosyodemografik özellikleri ile Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) puanları arasında ilişki var mı?
3. Gebelerin obstetrik özellikleri ile DKÖ ve SKÖ puanları arasında ilişki var mı?
4. Gebelerin Doğumlara ilişkin öyküsü ile DKÖ ve SKÖ puanları arasında ilişki var mı?
5. Gebelerin Ruhsal Hastalık Özellikleri ile DKÖ ve SKÖ puanları arasında ilişki var mı?



## 2 GENEL BİLGİLER

### 2.1 Gebelikte Meydana Gelen Değişiklikler

Gebelik, fizyolojik bir olaydır. Bir gebeliğin oluşmasıyla genital organlarda ve bütün organizmada, gebeliğin devamını sağlayan, doğumun normal seyrini ve çocuğun beslenmesini sağlayan çok önemli değişiklikler meydana gelir (Önder, 1989). Gebelik anne organizmasında anatomik, sistemik, fizyolojik, biyokimyasal ve psikolojik değişikliklere neden olur (Ersoy, 2000; Cengiz ve Kimya, 1996). Bu arada kadının sinir sistemi ve ruh dünyasında da bazı sapmalar görülebilir (Önder, 1989).

Bütün bu değişikliklerin nedeni, büyük ölçüde gebeliğin ilk üç ayında ovaryumlardan, daha sonra da olgunluğunu tamamlayan plesantadan ve fetustan salgılanan hormonlarla(koryonik gonadotropin, prolaktin, östrgen, progesteron, kortikoid, v.b.) ilgilidir. Kadın organizması, genellikle bu değişikliklere ayak uydurabilecek bir yapıya sahiptir (Önder, 1989).

Çoğunlukla fertilizasyon ile başlayan ve gebelik süresince devam eden değişikliklerin bilinmesi fizyolojik olan pek çok bulgunun yanlışlıkla patolojik olarak yorumlanmaması ve gebelikle birlikte görülen hastalıkların anlaşılması yönünden zorunludur. Fizyolojik değişikliklerin nedeni, annenin gebelik ve doğum sırasında bazı risklerden korunmasını sağlamaktır (Cengiz ve Kimya, 1996). Ayrıca bu değişiklikler kadın vücudunu, gebelik boyunca büyüyen ve gelişen fetusu, gereksinimlerini karşılayarak ve uygun ortam sağlayarak doğuma hazırlar (Taşkın, 2003). Diğer bir amacı ise; genital yollarda doğum için gerekli değişimleri hazırlamak ve doğum sonuna kadar bebeğin bir süre daha beslenmesini sağlamaktır (Karanisoğlu ve Coşkun, 1992).

Gebelikte meydana gelen değişiklikler;

- 1.Genital organlarda,
- 2.Diğer vücut organlarında,
- 3.Endokrin sistemde,

4.Ruh ve sinir sisteminde oluşur (Önder, 1989).

Gebelik nedeniyle anne organizmasında oluşan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler:

- |                                       |                                   |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| -Genital organlarda                   | -İskelet sisteminde ve eklemlerde |
| -Kardio-vasküler sistemde             | -Deri ve karın duvarında          |
| -Solunum sisteminde                   | -Memelerde                        |
| -Üriner sistemde                      | -Endokrin sisteminde              |
| -Sindirim sisteminde                  | -Metabolizmada                    |
| -Su, elektrolit ve mineral dengesinde | -Elektrolit metabolizmasında      |
| -Asit baz dengesinde                  | -Kilo artışında                   |

-Psikolojide değişiklikler meydana gelmektedir (Karanisoğlu ve Coşkun 1992; Cengiz ve Kimya, 1996; Ersoy, 2000; Taşkın, 2003).

### **2.1.1 Genital Organlarda Meydana Gelen Değişiklikler**

En önemli değişiklikler genital organlarda görülür.

#### **2.1.1.1 Uterus**

Gebelik boyunca büyüklüğünde, ağırlığında, kalınlığında, yumuşaklığında, pozisyonunda ve ligamentlerde değişiklikler olmaktadır. Ağırlığı 40-60 gr olan uterus, doğuma yakın 1000-1500 gr'a ulaşmaktadır. Gebelikten önce 1,5 cm olan uterus duvarının kalınlığı artarak 2,5 cm'ye ulaşır. Boyu da 35-40 cm'ye erişir. Bu büyüme ile uterus boşluğu da 500 defa artar. Dokusunda gevşeme ve yumuşama meydana gelir, damarları genişler. Bütün gebelik boyunca uterus adalelerinde zaman zaman kasılmalar da oluşur. Gebe kadın bu kasılmaları, hafif ağrılar şeklinde hisseder (Önder,1989; Karanisoğlu ve Coşkun, 1992; Coşkun, 2000).

### **2.1.1.2 Vagina**

Aşırı kanlanma, beslenme ve ödem nedeniyle vagina dokusu, genişler, gevşer ve uzar. Koyu kırmızı-mavi bir renk (lividite) alır (Önder, 1989). Vajinal akıntı, koyu beyaz, sarı renktedir. Asit ortam değişir ve ortam bazdır. Vajina bebeğin doğum esnasında dış dünya ile buluşma yoludur. Bu nedenle doğumun gerçekleşmesinde gerekli olan fizyolojik ve yapısal değişiklikler meydana gelir (Genez, 2002).

### **2.1.1.3 Vulva**

Labiumlar dolgunlaşır, büyür ve ödemli bir hal alır. Damarlardaki aşırı genişlemeyle vajina ve özellikle vulvada varis görülebilir. Salgılanma arttığı için dış genital organlarda nemlilik kazanır.

### **2.1.1.4 Perine**

Adaleleri gevşer, genişler, yumuşak ve esnek bir hale gelir. Serviks, vajina, vulva ve perinedeki bütün bu değişiklikler, doğumda baş ve vücut kitlesinin kolayca dışarıya çıkmasını sağlamak için oluşan ön hazırlıklardır. Pigmentasyonun artmasıyla perine daha koyu bir renk alır (Önder, 1989; Taşkın, 2003).

### **2.1.1.5 Ovaryumlar**

Büyür, dolgunlaşır. Gebelik sırasında ovulasyon geçici olarak durur. Gebeliğin erken dönemlerinde koryonik villilerden salgılanan HCG etkisi ile, korpus luteum gelişmeye devam eder ve gebeliğin devamı için gerekli olan progesteron ve estrogen hormonlarını salgılar. 3'üncü ayda plasenta gelişerek bu hormonların yapımını üstlenir. Böylece korpus luteum geriler ve korpus albicans adını alır. Fonksiyonları durduğu için de ovaryumlar tekrar küçülür (Önder, 1989; Taşkın, 2003).

### **2.1.1.6 Tubalar**

Uzama, kanlanma ve ödem vardır. Uterusun büyümesine ayak uydurarak pelvis içindeki yerini terk eder, karın boşluğuna doğru yükselir (Önder, 1989).

### **2.1.1.7 Serviks**

Serviks fibröz bir dokudur. Gebelikte estrojen ve progesteron hormonlarının etkisi ile kanlanması artar, yumuşar.

Servikal kanal, progesteronun etkisi ile gebelik süresince servikal glandların salgılandığı muköz bir tıkaçla dolar. Böylece uterusun içi ve dışı arasında bir bariyer oluşarak, fetus dış ortamdan korunmuş olur. Bu tıkaçın doğumdan hemen önce hafif kanlı muköz bir sıvı şeklinde atılmasına nişane denir (Taşkın, 2003).

### **2.1.2 Diğer Organlarda Meydana Gelen Değişiklikler**

#### **2.1.2.1 Karın Duvarı ve Deri**

Gebelikte karın duvarı gerilir, incelik, parlak bir görünüm alır. Yer yer çatlamlar görülür. Meme ve kalça çevresinde de görülen bu çatlamlar, derinin gerilemesi ile derialtı bağ dokusunun elastikiyetini kaybederek yırtılması sonucu gelişir. Stria ya da linea Gravidarum denen bu çatlaklar daha çok 6'ncı gebelik ayından sonra görülür. İlk geliştiğinde kırmızı renkte olan striae, gebelikten sonra beyaz bir skar dokusu şeklinde kalır. Saçları koyu renklilerde pigmentasyon daha çok belirgindir. Pigmentasyon özellikle meme başı ve çevresinde, anüs, vulva, göbek etrafında ve karın duvarında oluşur (Önder, 1989; Taşkın, 2003).

#### **2.1.2.2 Memeler**

Gebelikte ilk fiziksel değişim, 4'üncü haftada ortaya çıkan göğüslerdeki değişimdir. Gebelik boyunca göğüsler, over ve plasenta hormonlarının etkisi ile laktasyona hazırlar. Alveol dokusunun hipertrofisi sonucu büyür ve dolgunlaşır. Meme uçları ve areola koyulaşır, montgomeri glandları gelişir, yüzeysel venler belirginleşir. 3'üncü aydan sonra alveollerin salgısı olan 'kolostrum' denen sarı renkli bir salgı oluşur (Taşkın, 2003).

#### **2.1.2.3 Sindirim sistemi**

Sindirim organları, uterusun büyümesiyle karın içindeki yerlerini değiştirerek daha yukarılara doğru yükselirler. Hormonların etkisiyle barsakların hareketleri azalır.

Kabızlık ve hemoroid oluşmasına meyil artar. Ağız içinde artan asidite ve diş etlerinde meydana gelen doku değişiklikleri ve gevşeme, diş eti yakınmalarına ve diş çürümelerine yol açar. Diş çürümelerinin, genellikle dişlerden kalsiyum kaybıyla ilgisi yoktur. Bu olay gebelikte meydana gelen dişeti iltihaplarıyla ilgilidir. Bu bakımdan diş ve ağız bakımı gerekir. Tükürük salgısı artar. Bulantı ve kusmalar vardır. Kokulara karşı tahammülsüzlük veya bazı gıdalara istek çoğalmış olabilir. Mide içeriğinin yemek borusundan geriye doğru çıkmasıyla ve mide salgılanmasında artma ve salgının özefagusa geçişiyle mide yanmaları oluşur. Ayrıca anne karaciğeri, fetusun yıkım mahsullerini de işlemek durumunda olduğu için daha fazla yük altındadır (Önder, 1989).

#### **2.1.2.4 Üriner sistem**

Glomerular filtrasyon hızı %50 artmıştır. Gebeliğin ilerlemesiyle sık idrar etme hissi artar. Hormonal etkilerle mesane genişler. Gebelikte normalde görülebilen glikozüri, glomerular filtrasyon hızının, reabsorbsion hızını aşması sonucu ortaya çıkar. Gebeliğin erken dönemlerinden, puerperiuma kadar üriner sistemde genişleme ve peristaltik hareketlerde azalma olur. Progesteronun düz kas lifleri üzerine yaptığı etki ve uterusun baskısı ile ortaya çıkan bu gevşeme sonucu idrar staza uğrar. Buna bağlı gebelikte idrar tutmada zorluklar, mesanede iltihaplar ve üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlık artar. Böbreklerde glikoz süzmesi arttığı için idrarda çok hafif bir şeker saptanabilir (Önder, 1989; Taşkın, 2003).

#### **2.1.2.5 Solunum sistemi**

Gebelikte oksijen ihtiyacı artmıştır. Buna bağlı pulmoner ventilasyon artmıştır %40 artmıştır. Uterus büyümesiyle diyafragma ve akciğerler, aşağıdan yukarıya doğru itilirler. Böylece solunum alanının daralmasıyla solunum sayısında hafif bir artma vardır. Yetersiz oksijen alanlarda bir solunum zorluğu meydana gelebilir (Önder, 1989).

#### **2.1.2.6 Dolaşım Sistemi**

Çocuk kitlesinin etkisiyle kalp hafifçe sola itilir ve büyür. Gebeliğin ilerlemesiyle dakikada pompaladığı kan miktarında artma olur. Kan damarlarında ve damar adalelerindeki tonus azalmasıyla bacaklarda ödemler, anüs çevresinde

hemoroidler meydana gelir. Anne organizmasının aşırı kana gereksinimi nedeniyle kan miktarında %30, yani 1 litre kadar artma olur. Damarlar genişler ve böylece içine fazla kan alabilme yeteneği kazanır. Tansiyonda hafif bir düşme olabilir. Eritrosit miktarında artma olduğu halde su toplanmasıyla ilgili olarak kan sulandığı için anemi görülebilir. Hemoglobin değeri %12 gr. altına düşmemelidir. Aksi halde anemi söz konusudur ve tedavisi gerekir. Tansiyonda yükselme olursa nedeni araştırılmalıdır (Önder, 1989).

#### **2.1.2.7 İskelet Sistemi**

Gebelikte hormon yapımında artma, başta pelvis olmak üzere tüm vücuttaki kas-iskelet sisteminde gevşemeye neden olur. Özellikle simfiz ve sakro-iliak bölgedeki eklemler ve blandlarda gevşemeler, ağrılara ve salınarak yürüyüşlere yol açabilir. Gebeliğin ilerlemesiyle büyüyen uterusun öne doğru çıkması ile lumbo-sakral bölgede lordosis artar, bu da sakro-iliak eklem yükünü artırarak bel ağrılarına neden olur. Pelvis diyafragmasındaki kanlanma ve ödem bu tabakanın gevşemesine yol açar. Pelvik eklemlerde ve bağ dokusundaki gevşemeler doğum eyleminin başarılmasında önemlidir (Önder, 1989; Taşkın, 2003).

#### **2.1.2.8 Ağırlık ve metabolizma**

Gebelikte oksijen harcanmasının artmasına bağlı metabolizma hızında artış olur. Bulantı ve kusmalarla ilgili olarak gebeliğin ilk bir iki ayı dışında, ağırlık devamlı olarak artar. Normal koşullarda gebe her ay 1 kilo alır. Bütün gebelik boyunca gebenin ağırlığında 10-12 kg kadar artma olur. Bazı kadınlar gebelikte çok az kilo alırlar, bazıları ise alınması gereken normal kilonun iki katına çıkabilirler. Genelde genç kadınlar yaşlılara göre, zayıf kadınlar şişmanlara göre, primigravidalar multigravidalara göre daha az kilo alırlar. Gebelikte normal kilonun altında kilo alma, fetusta intrauterin gelişme geriliğine, normalden fazla kilo alma ise annede pre-eklemsiye, zor doğum eylemine ve doğum sonu kanamalara eğilimi artıracığından, istenmeyen durumlardır (Önder, 1989; Taşkın, 2003).

#### **2.1.3 Endokrin Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler**

Fertilizasyonu izleyen 10-12'nci günlerde 'implantasyon' gerçekleşir. İmplantasyonla beraber trofoblast hücrelerinden salgılanan HCG, overlerde korpus

luteumun devamını sağlar. Böylece overlerden estrojen ve progesteron salınımı bir süre devam eder. Korpus luteum gebeliğin 10-12. Haftalarından sonra, HCG düzeyindeki düşmeye bağlı olarak geriler, estrojen ve progesteron hormonları bu devreden sonra plasenta tarafından salgılanır. Böylece gebelik boyunca estrojen ve progesteron hormonlarının giderek artan miktarlarda salgılanması, hipofiz ön lobundan FSH'nın baskılanması neden olur. FSH'nın salgılanmaması bağlı ovarial foliküller gelişmez, dolayısıyla ovarial siklus ortaya çıkmaz. Estrojen ve progesteron düzeylerinin düşmemesi endometriyumun yıkılmasını önler, dolayısıyla menstruasyon da görülmez (Taşkın, 2003).

a ) Ovaryumda gebelik korpus luteumu meydana gelir. Gebeliğin 4'üncü ayına kadar salgıladığı estrojen ve progesteron hormonu ile, gebelik boyunca yeni bir gebeliğin oluşmasını önler, uterusu sükunete sevk ederek gebeliğin devamını sağlar, meme bezlerini geliştirir. 4'üncü aydan sonra bu görevi, plasenta üzerine alır (Önder, 1989).

b ) Dölleniş ovumun endometriuma implantasyonundan çok kısa bir süre sonra koryonik gonadotropin hormonu(HCG) salgılanır (Önder, 1989).

c ) Diğer tüm iç salgı bezlerinin, bu arada hipofiz, tiroid, böbrek üstü bezlerinin etkinliği artar (Önder, 1989).

### **2.1.3.1 Hipofiz**

Gebelikte plasentadan salgılanan koryonik gonodotro hormonunun etkisiyle hipofiz ön lob fonksiyonlarında değişme olur. Plasental estrojen ve progesteron etkisi ile FSH ve LH baskılanır, bunun yanında LTH(prolaktin) yapımı artar. Bu hormon göğüs dokusunu uyararak göğüsleri laktasyona hazırlar (Taşkın, 2003).

### **2.1.3.2 Tiroid**

Gebelikte, anne ve fetusun artan oksijen (O<sub>2</sub>) ihtiyacına bağlı bazal metabolizma hızı %20 artar. Bu durum tiroid fonksiyonlarında artmaya neden olur. Gebeliğin 3'üncü ayında tiroid bezinde hafif bir büyüme gözlenir, doğumdan sonra eski haline döner (Taşkın, 2003).

### **2.1.3.3 Paratiroid**

Kalsiyum ve D vitamini ihtiyacının artmasına bağlı gebelikte hafif bir hiperparatroidizm görülür (Taşkın, 2003).

### **2.1.4 Ruh ve Sinir Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler**

Gebe kadının ruh dünyasında değişik doğrultuda sapmalar görülebilir. Bu değişiklikler, birçok faktörlere, bu arada özellikle ailenin çocuğu isteyip istememesine, maddi olanaklarına, hatta eşler arasındaki sevginin derecesine bağlıdır. Olguların çoğunda gebenin çevresiyle ilişkilerinde azalma, tüm beden ve ruh dünyasıyla karnında taşıdığı çocuğuna yönelme görülebilir. Ani ve çabuk kızmalar, ağlama ve gülmeler ortaya çıkabilir. Bütün bu değişikliklerin meydana gelmesi, gebenin çevresince anlayışla karşılanmalıdır. Doğum olayıyla ilgili korkular, gebe kadının ruh yapısı üzerinde büyük etki yapar. Bütün bu gibi durumlarda ebe- hemşireye büyük görevler düşer ve gebeyi psişik yönden doğuma hazırlamakla yükümlüdür (nder, 1989).

## **2.2 Gebelik Teşhisi**

Gebelik belirtileri üç grupta incelenir:

-Bireysel Gebelik Belirtileri

-Olası Gebelik Belirtileri

-Kesin Gebelik Belirtileri

### **2.2.1 Bireysel Gebelik Belirtileri**

Bireysel gebelik belirtileri; Amonere, bulantı-kusma, sık idrara çıkma, göğüslerde dolgunluk ve hassasiyet(memelerde değişiklikler), fetusun canlılığının hissedilmesi, halsizlik-yorgunluk, deri pigmentasyonu, diş etlerinde hipertrofi, vajinal akıntı-lkore, lividite, abdomenin genişlemesi, kilo artışı ve konstipasyon, aşerme, sinirsel ve ruhi değişikliklerdir.



### **2.2.1.1 Amenore**

Menstruasyonun kesilmesidir. Normal, sağlıklı ve doğurgan çağıdaki bir kadın belirli aralıklarla menstruasyon görür. Siklusu düzenli kadınlarda menstruasyonun gecikmesi gebeliği düşündürür.

Gebelikte amenore, koryonik gonodotropin düzeyinin artmasına bağlı olarak ortaya çıkar.

### **2.2.1.2 Bulantı-Kusma**

Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber, hormonal düzeydeki ani artışlar sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Ayrıca psikolojik nedenlere bağlı olarak da gelişmektedir.

Eğer bulantı-kusma 1'inci Trimesterden sonra devam ederse ve kadının sağlığını bozacak şekilde devam ederse patolojik olarak tanımlanır ve Hiperemesis Gravidarum denir.

### **2.2.1.3 Sık İdrara Çıkma**

Gebeliğin erken dönemlerinde, estrogen ve progesteronun etkisiyle pelvik bölgelerde ve mesanede artan kanlanma nedeniyle hiperemi ve hassasiyet görülür. Bunun yanında büyüyen uterus, mesaneye baskı yaparak kapasitesini azaltır. Her iki durumda gebelikte sık idrara çıkma hissi yaratır.

### **2.2.1.4 Göğüslerde Dolgunluk ve Hassasiyet**

Gebelik oluşunca hormonların etkisiyle, göğüslerde büyüme, meme başı çevresindeki areola denin bölümde renk koyulaşması ve önsüt denin kolostrum salgılanması görülür.

### **2.2.1.5 Fetusun Canlılığının İlk Hissedilmesi**

Gebeliğin ilk anlarından itibaren annenin canlı bir organizmayı algılamaya başlaması 16'ncı haftaya rastlar.

### **2.2.1.6 Lividite**

Genital organlarda kanlanma ve beslenme artışıyla vajinanın girişinde, vajina boşluğunda ve porsiyonda kırmızı, mavimtrak bir renk tonu görülür. Buna lividite denir(Önder, 1989).

### **2.2.1.7 Halsizlik – Yorgunluk**

Gebeliğin başlangıcında kadınların çoğunda yorgunluk ve uyku gereksiniminin arttığı gözlenir.

### **2.2.1.8 Deri Pigmentasyonu**

Gebelikte estrojen seviyesinin artması ile ön hipofiz bezi uyarılır ve melanin stimule edici hormon salınımı artar. Bu hormon kadının doğal deri rengini etkiler ve deri renginde koyulaşma görülür. Ayrıca, vulvada ve skar dokularında koyulaşma görülür.

### **2.2.1.9 Aşırme, sinirsel ve ruhi değişiklikler**

Gebe kadında bazı gıdalara karşı isteksizlik veya aşırı istek vardır. Gebenin sinir ve ruh yapısında da değişiklikler(aşırı sevinç, çevreye karşı alakasızlık, üzüntü, vb.) görülür (Önder, 1989).

### **2.2.1.10 Diş Etlerinde Hipertrofi**

Diş etlerinde estrojenin etkisiyle hipertrofiye uğraması, diş eti iltihapları ve taşlar gibi periodontik problemlere neden olur.

### **2.2.1.11 Vajinal Akıntı-Lökore**

Gebelikte estrojen hormonunun artması ile serviksdeki Noboth glandlarının sekresyonu artar. Bu beyazımsı, mukoid, kokusuz, kaşıntısız bir akıntıdır. Gebeliğin sonuna doğru pet koyacak kadar fazlalaşır. Ancak bu akıntının vajina ve serviks iltihaplarına bağlı olarak ortaya çıkan vajinal akıntıdan ayırt edilmesi önemlidir.

## **2.2.2 Olası Gebelik Belirtileri**

Olası gebelik belirtileri; Uterusun büyümesi, uterusda yumuşama, uterusda kasılmalar ve gebelik testinin pozitif çıkması olmak üzere dört adettir.

### **2.2.2.1 Uterusun Büyümesi**

Önden arkaya doğru basık ve sert olan uterus, gebeliğin oluşmasıyla, yeni adale lifleri meydana geldiği için yuvarlak şekil alır, büyür ve ön-arka çapı artar. Bu arada ilk aylarda döllenmiş ovumun uterus içine yerleştiği bölgede, büyüme ve yumuşama biraz daha hızlı olduğundan, dışarıya doğru bir bombelik meydana gelir (Önder, 1989).

### **2.2.2.2 Uterusda Yumuşama:**

Sert olan uterus, gebelik oluşunca hormonal etkilerle yumuşar ve gevşer. Bu yumuşama özellikle serviks bölgesinde belirgin bir hal alır (Önder, 1989).

### **2.2.2.3 Uterusda Kasılmalar(Braxton Hicks Kontraksionları)**

Gebeliğin ilk trimesterından itibaren uterusda ağrısız, düzensiz kontraksiyonlar hissedilir. Bu kontraksiyonlara denir. Gebeliğin son haftasına kadar Braxton Hicks kontraksiyonları sık değildir, ancak son iki hafta frekansları artar. Bu sıralarda kontraksiyonlar her 10-20 dakikada bir görülen sıklıkta meydana gelebilir ve belli bir ritim kazanabilir. Gebeliğin son dönemlerinde bu kontraksiyonlar yalancı doğum sancıları ortaya çıkarırlar. Bu kontraksiyonlar gelişmekte olan fetusun büyüklüğüne uyum yapabilmek için uterus kaslarının kasılıp gevşemesine neden olmaktadır (Taşkın, 2003).

### **2.2.2.4 Gebelik Testinin Pozitif Çıkması**

Ovumun implantasyonundan sonra, koryonik villiler gebelik hormonu olarak bilinen 'koryonik gonodotrop hormonu' salgılamaya başlarlar. Bu hormon gebeliğin 2'nci haftasından itibaren anne kanında ve idrarda bulunur. Gebeliğin belirlenmesi için yapılan immünolojik testler bu hormonun varlığını saptama esasına dayanır.

### **2.2.3 Kesin Gebelik Belirtileri**

Kesin gebelik, Fetal Kalp Atımları (FKA), Fetusun Palpasyonla Hissedilmesi, Fetusun Aktif Hareketleri, Fetusun Ultrasonografi ile Belirlenmesi, Fetusun Radyolojik Tanımı ve Gebelik Testleri yöntemleri ile belirlenmektedir.

#### **2.2.3.1 Fetal Kalp Atımları(FKA)**

Gebelikte fetal kalp atımlarını anne karnından, 10'uncu haftadan sonra elektronik aletlerle, 18-20'nci haftalarda da fetöskopla duymak mümkündür. Ayrıca fetal kalp atımları, son âdetin ilk gününden itibaren 48 gün sonra, eko kardiografi ile belirlenir. FKA genellikle 120-160 arasındadır.

#### **2.2.3.2 Fetusun Palpasyonla Hissedilmesi**

Gebeliğin 24'üncü haftasından sonra anne karnından palpasyonla fetusun başı, sırtı ve ekstremitelerini hissetmek olasıdır.

#### **2.2.3.3 Fetusun Aktif Hareketleri**

Fetusun aktif ve pasif hareketleri 18'inci haftadan sonra anne ve muayene eden kişi tarafından hissedilir. Gebeliğin yaklaşık 20'inci haftasından sonra anne tarafından hissedilen aktif hareketler, gebeliğin erken dönemlerinde(14-16 hafta) seyirme şeklinde ortaya çıkar, 5'inci aydan sonra giderek artan aktif hareketler haline döner.

#### **2.2.3.4 Fetusun Ultrasonografi ile Belirlenmesi**

Normal bir gebelik son menstruasyondan 8 hafta sonra puls-eko sonografi ile ölçülebilir. Sonografide fetusun kalp hareketleri, fetal baş ve toraks teşhis edilebilir. Plasentanın yeri, prezente olma kısmı, fetal anomaliler, hidroamniyoz belirlenebilir. Bunun yanında fetal başta biparietal çap ve fetusun abdomen çevresinin ölçümüyle, fetusun gelişimi de değerlendirilir.

#### **2.2.3.5 Fetusun Radyolojik Tanımı**

Fetal iskelet radyolojik olarak ayırt edilebildiğinde gebelik teşhisi kesindir. 16.haftadan önce kesinlikle kullanılmamalıdır. Aksi halde fetal anomalilere yol açabilir.

### **2.2.3.6 Gebelik Testleri**

#### **İmmunolojik Testler**

Gebe idrarında bulunan HCG'nin immunolojik yöntemlerle tayini güvenilir bir gebelik testidir. Pratik ve çabuk sonuç verdiği için günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır.

#### **Hormon Testleri**

Beklenen menstruasyon tarihi geçtikten hemen sonra 2-3 gün oral olarak progesteron estrojen içeren kombine haplar verilir. Bundan sonra kadın eğer gebe değilse 2 hafta içerisinde menstruasyonun başlaması beklenir. Menstruasyon başlamazsa, gebelik düşünülür.

### **2.3 Gebelikte Görülen Rahatsızlıklar**

Gebelikte görülen rahatsızlıkların çoğu, fizyolojik ve anatomik değişimlerin bir sonucu olarak ortaya çıkar (Taşkın, 2003).

#### **2.3.1 1'inci Trimester Rahatsızlıkları**

##### **2.3.1.1 Bulantı- Kusma**

Gebelikte en yaygın ve erken dönemde görülen semptomlardır. Genellikle 6-12 haftadan sonra kendiliğinden sona ermektedir. Bazı kadınlar, sadece belirli yiyeceklere karşı tikslenme duygusu yaşarlarken bazıları ise, sürekli bulantı hissi duyarlar. Bulantı genellikle sabahları en yoğundur. Ancak günün diğer saatlerinde de görülebilir. Nedeni tam olarak bilinmemektedir. Yapılan araştırmalar, hormonal metabolik, toksik, nörolojik ve psikosomatik faktörlerin, bulantı ve kusmanın ortaya çıkmasında etken olduğu görülmektedir.

Bu etkenler, HCG düzeyinde yükselme, karbonhidrat metabolizmasındaki değişiklikler, annenin gebeliğe ve gebeliğin getireceği durumlara gösterdiği psikolojik tepki, yorgunluk, gastrointestinal sistemde peristaltik hareketlerin yavaşlamasıdır (Saunders, 2000; Taşkın, 2003).

Eğer bulantı-kusma, 1'inci trimesterden sonrada devam ederse(14'üncü Haftaya kadar), 'Hiperemesis Gravidarum' olarak adlandırılır (Taşkın, 2003). Bu durum tedavi edilmezse dehidratasyon, açlık, ketozis, karaciger hasarı, sarılık oluşturabilir ve hatta ölüm görülebilir (Miller ve Hanretty, 2003). Bu durum bir gebelik sorunudur ve hastane bakımı gerektirebilir. Gebelerin bu tür fiziksel belirti vermelerinin temelinde büyük ihtimalle psikolojik sebeplerin varlığıdır. Bu sebepler istenmeyen bir gebelik, mutsuz bir evlilik, geçmişteki ölü çocuk hikâyesi gibi bir nedene dayanabilmektedir (Babadağlı, 2003).

Öneriler:

- Yatağınızın kenarında kraker-bisküvi benzeri yiyecekler hazır bulundurun. Sabah bunları yedikten sonra yataktan çok yavaş kalkın. Yataktan yavaş kalkmanız mide içeriğinizin hareketini engelleyecek, bu da öğürme refleksinin ortaya çıkmasını engelleyecektir.
- Günlük yemeğinizi 3 değil de 5-6 öğüne bölerek alın. Amaç midenin aşırı dolmasını ve böylece kusma refleksinin devreye girmesini engellemektir.
- Sıvıları yemekler arasında alın. Yemekler esnasında fazla sıvı almayın.
- Midenize ve bağırsaklarınıza dokunan yiyeceklerden uzak durun. Tiksindiğiniz kokulara alışmaya çalışmak yerine bunlardan uzak durun.
- Bu önlemlerle şikâyetleriniz geçmezse doktora başvurun.

### **2.3.1.2 Burun Tıkanıklığı ve Burun Kanaması(Epistaksiz)**

Burun mukozası estrojene duyarlı olduğundan gebelikte hafif hiperemik ve ödemlidir. Bunun sonucunda, burun tıkanıklığı, burun akıntısı ve burun kanaması gelişebilir. Bu problem çoğunlukla tedaviye cevap vermez. Kadın uyuma güçlüğü çekebilir.

Öneriler: Soğuk hava buharı, maden tuzlu burun damlaları yardımcı olabilir.

### **2.3.1.3 Yorgunluk**

Yorgunluğa neden olan faktör tam olarak bilinmemektedir. Gebenin, geceleri sık idrara çıkmasıyla yorgunluk belirtisi artar.

Öneriler:

Günlük dinlenme ve uyku zamanlarını ayarlamalı, erken yatmalı, sorumlulukları aile üyeleriyle paylaşmalı.

### **2.3.1.4 Sık idrara Çıkma(Pollaküri)**

Gebeliğin erken döneminde, esrtojen ve progesteronun etkisiyle pelvik bölgelerde ve mesanede kanlanma artar. Mesanede artan kanlanma nedeni ile hiperemi ve hassasiyet görülür. Bunun yanında büyüyen uterus, mesaneye baskı yaparak kapasitesini azaltır. Her iki durumda gebelikte sık idrara çıkma hissi yaratır.

Sık idrara çıkma ilk ve son trimesterde görülür. Son trimesterde büyüyen uterusun pelvise yerleşerek tekrar baskı yapmasından dolayı görülür. Öksürme ve hapşırma idrar kaçırmaya neden olabilir. İdrar yaparken ağrı, yanma ya da idrarda kan gibi şikâyetler varsa idrar yolu enfeksiyonu yönünden incelenmelidir. Gebelikte sık idrar çıkmayı önlemek için asla sıvı alımı kısıtlaması yapılmamalı (Saunders, 2000; Taşkın, 2003).

### **2.3.1.5 Üriner Sistem Enfeksiyonları**

Gebelikte progesteronun düz kaslar üzerindeki gevşetici etkisi üreterlerde dilatasyona ve mesane tonüsünde azalmaya neden olur. Sonuçta üriner yolda hipotoni ve hipoperistalizmin etkisiyle mesane ve üreterlerde idrar stazı oluşur. Bu nedenle üriner enfeksiyon riski artmıştır.

### **2.3.1.6 Göğüslerde Hassasiyet**

Erken dönemde başlar ve gebelik süresince devam eder. Estrojen ve progesteron düzeyinde artma, göğüs uçlarını duyarlılığın artmasına ve göğüslerde sızlanma ve acı

duygusunun hissedilmesine neden olur (Karanisoğlu, 1992; Saunders, 2000; Taşkın, 2003).

### **2.3.1.7 Pityalizm**

Gebelikte nadiren görülen tükrük salgısının keskin ve acı üretimidir. Nedeni tam olarak bilinmemektedir. Etkin bir tedavisi yoktur.

### **2.3.1.8 Vajinal Akıntısında Artma**

Gebelikte yaygın olarak görülür. Akıntı renksiz, kaşıntısız, kokusuz ve vajinal epitel hücrelerini içerir. Nedeni; vajinal mukozanın hiperplazisi ve estrogen düzeyinin yükselmesinden dolayı endoservikal glandlar tarafından mukus üretiminin artmasıdır. Ayrıca sekresyonlarının asiditesinin artması, kandida albicans gelişimini uyarır ve böylece kadının gebelikte monilial vajinitise yatkınlığı artar.

Gebeye, vajinal akıntıda anormal değişimler(pis koku, renk değişikliği, yanma vb) olması halinde bir sağlık kuruluşuna başvurması konusunda eğitim verilmelidir.

## **2.3.2 2'nci ve 3'üncü Trimester Rahatsızlıkları**

### **2.3.2.1 Mide Yanması(Pirozis)**

Gebelikte gastrik motilitenin azalması sonucu, ters peristaltik dalgalanma, asidik mide içeriğinin özөгagus içerisine regürjitasyonuna, bu durumda mide yanmasına neden olur. Genellikle asit regürjitasyonu, geğirme, bulantı ve epigastrik baskı gibi diğer gastro intestinal semptomlarla birlikte bulunur. Bazen ağızda kötü bir tat bırakır.

Nedeni; büyüyen uterus nedeni ile midenin yer değiştirmesi, progesteron üretiminde artma, gastrointestinal sistemde peristaltik hareketlerin yavaşlaması ve midede kardiyak sfinkterlerin relaksasyonu ile psikolojik faktörler, endişe, yorgunluk ve uygunsuz diyet alımıdır.



### **2.3.2.2 İştahta Artma**

Gebelik süresince hemen her zaman görülebilir. Hormon seviyesinde yükselme yiyeceklere karşı beğeniyi uyarır. Bazı yiyeceklere karşı özel ilgi duyulabilir. Buna aşerme ya da pika denir.

### **2.3.2.3 Ayaklarda Ödem**

Gebe kadınların 2/3'sinde son aylarda alt ekstremitelerde görülen ödem her zaman toksemi sonucu gelişmez. Gebelikte ödeme neden olan faktörler; uzun süre oturma ya da ayakta durma, kapiller permabilitenin artması, variköz venler, alt ekstremitelerde venöz dönüşün engellenmesi, bacaklarda venöz basıncın artmasından dolayı sodyum(Na) ve su retansiyonu ve sıcak havadır.

Ayak bileğinde ödem, proteinüri ya da hipertansiyon belirtileri ile birlikte görüldüğünde ya da ödem postural orjinli olmadığında gebe kadın PIH (Pregnancy Induced Hypertension, gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon) yönünden değerlendirilmelidir.

### **2.3.2.4 Variköz Venler**

Neden olan faktörler; ikinci ve üçüncü trimesterlerinde alt ekstremitelerde venöz dönüşün engellenmesi, progesteronun gevşetici etkisi, ileri anne yaş, herediter faktörler(ven duvarlarının zayıflığı, mevcut varisler), aşırı kilo alımı, fazla ayakta durmayı gerektiren işler, çoğul gebelik, iri fetüs ve konstipasyon variköz venlerin oluşumuna yatkınlığı arttırmaktadır.

Başlangıçta, bacaklarda derin venlerdeki gerilmeye bağlı sızı şeklinde ağrı, yüzeysel venlerde kırmızı renkte çizgi şeklinde belirginleşme görülür. Bunlar sonradan gerçek varislere dönüşür. Genellikle diz arkasında ve alt bacakta daha az olmakla birlikte labia majör ve vajinada görülebilir.

Variköz venlerin cerrahi yada enjeksiyon yöntemiyle tedavisi, gebelik sırasında önerilmemektedir. Gebelikten sonra tedavi gerekebilir. Çünkü problem, gebeliğin sona ermesiyle daha da şiddetlenebilir.

Flebotrombozis ve tromboflebitis variköz venlerin komplikasyonları olarak gelişebilir. Bu komplikasyonların oluşma nedeni genellikle yaralanmalardır.

### **2.3.2.5 Abdominal Distansiyon**

Neden olan faktörler; gastrointestinal motilitenin azalması, büyüyen uterusun kalın barsaklar üzerine baskısının artması, barsakların boşaltılmasının gecikmesi ve hava yutmadır.

### **2.3.2.6 Hemoroidler**

Anüs ve rektumun alt ucundaki venlerin genişlemesidir. Neden olan faktörler; fetüsün büyümesi ve gebeliğin ilerlemesiyle alt ekstremitedeki venlerin üzerine basıncın artması ve venöz sirkülasyonun engellenmesi, barsakların yer değiştirmesi ve konstipasyondur.

Gebelikte ve doğumda oluşan hemoroidler postpartum periyottan sonra kaybolur. Önceki gebeliğinde hemoroidi olan kadının bir sonraki gebeliğinde semptomları daha da şiddetlenecektir. Hemoroidin semptomları; sızlama, şişme, kaşıntı, ağrı ve hemoroidal kanamayı içerir. İnternal hemoroidler, anal sfinkter etrafına yerleşmiştir ve defekasyonla birlikte genellikle hemoroidal kanamaya neden olurlar. Hemoroidler rektumdan dışarı çıkmadıkça ağrılı değildirler. Eksternal hemoroidler ise, anal sfinkterlerin dışında yerleşmişlerdir. Genellikle ağrı ve kanamaya neden olmazlar. Hemoroidler tromboze olabilir. Bu durumda ciddi oranda ağrı olur. Hemoroidal tromboz 24 saat içerisinde kendiliğinden çözülür ya da doktor tarafından boşaltılır.

### **2.3.2.7 Konstipasyon**

Nedenleri; progesteron düzeyindeki artışın barsak hareketlerinin ciddi bir beslenme kullanılması, yetersiz sıvı alımı, yetersiz egzersiz alışkanlığı ve beslenme alışkanlığıdır.

### **2.3.2.8 Sırt Ağrısı**

Nedenleri genellikle büyüyen uterusun lumbo sakral vertebranın eğiminde artmaya neden olması, progesteron düzeyinde artış nedeniyle eklemlerdeki kartilaj

dokunun yumuşaması, yorgunluk, sarkık karın ya da karın duvarındaki zayıflık, vücut mekaniğinin uygun kullanılamamasıdır.

### **2.3.2.9 Kas Kampları**

Gebe kadının günde 1,2 gr kalsiyum ve fosfora ihtiyacı vardır. Bu oran normal bir kadının gereksiniminden 0,4 gr daha fazladır. Ciddi bir beslenme yetersizliğinde bu maddelere olan ihtiyaç, gebe kadının kemik depolarından karşılanır. Bacak kramplarına neden olan faktörler tam olarak bilinmemektedir. Ancak çoğunlukla kadın yattıktan sonra geceleri görülmektedir. Bazen günün diğer saatlerinde de görülebilir.

Neden olan faktörler; ayağın uzun süre eksitasyonda bulunması, yetersiz kalsiyum alımı, kalsiyum/fosfor oranındaki dengesizlik, büyüyen uterusun pelvik sinirler ya da pelvik damarlar üzerine baskısının artması nedeniyle dolaşımın bozulması ve yorgunluktur. Ayrıca fazla miktarda süt ya da dikalsiyum fosfat içeren bazı ilaçların alınması, fazla miktarda kalsiyum içeren besinlerle birlikte fosfor alımındaki artış da kas kramplarına neden olmaktadır. Çünkü fosforun artması, kalsiyum emilimini engeller.

### **2.3.2.10 Yorgunluk**

Özellikle kalabalık ve sıcak yerlerde yorgunluk hissederler. Pozisyonun ani değişimi ve uzun süreli ayakta kalma yorgunluk hissetmesine neden olur.

### **2.3.2.11 Solunum Sıkıntısı**

Uterusun abdomen içerisine yükseldiği ve diyafram üzerine basınç uyguladığı durumlarda görülür. Diyafram uterusun baskısı ile 4 cm yükselmiştir. Akciğerlerde vital kapasite azalmıştır. Primigravidalarda gebeliğin son birkaç haftasında solunum sıkıntısı, fetüs, pelvise doğru indiği için azalır. Yine sırt üstü düz yatma gebede sıkıntı hissi yaratabilir. Eğer sıkıntı hissi gebeliğin ilk aylarında rahatsızlık yaratıyorsa, kalp hastalığı yönünden araştırılmalıdır (Taşkın, 2003).

Gebe her gün düzenli aralıklarla nefes egzersizleri yapmalı. Kalabalık ve havasız, sigara içilen yerlerden kaçınmalı. Kendini yoracak(yani oksijen ihtiyacını aşırı

derecede arttıracak) hareketlerden kaçınmalı (Kocatepe, 2007). Hamilelik döneminde yüksek bir yastıkta yatması, sık aralıklarla dinlenmesi rahatlamayı sağlar (Genez, 2002).

### **2.3.2.12 Uyuma Güçlüğü**

Gebeliğin en başından itibaren vücutta oluşan değişiklikler neticesinde beyin kişiye daha çok istirahat etmesi gerektiği sinyalini gönderir. Gebe gün boyunca kendini yorgun hisseder ve daha çok istirahat etme ve uyuma ihtiyacı hisseder. Ancak gebeliğin son aylarında ortaya çıkan bazı rahatsızlıklar da uyku düzenini bozabilir (Kocatepe, 2007).

Büyüyen uterus, aktif bir fetüs, sık idrara çıkma, solunun sıkıntısı ve bacak krampları gibi rahatsızlıklar uyumayı güçleştiren etkenlerdir (Taşkın, 2003).

Neden uyuyamadığınızı çözümler ve önlem alırsanız uyku kalitenizi artırabilirsiniz. Ayrıca uykuya dalarken olumlu düşünceler ve duygular hissederseniz daha rahat uyursunuz (Kocatepe, 2007).

### **2.3.2.13 Round Ligament Ağrısı**

Gebelik sırasında genişleyen uterus, round ligamentlerde gerilmeye ve hipertrofiye neden olur. İlk kez bu durumla karşılaşan gebe kadın endişelenebilir. Çünkü bu abdomenin altında, inguinal alanda ‘ani tutulma’ duygusuna neden olur. Hemşire bu olası rahatsızlığa karşı kadını uyarmalıdır. Alınacak birkaç önlem bu rahatsızlığı hafifletir. Bunlar; abdomene sıcak uygulama yapmak ya da abdomene doğru dizlerini çekerek oturmak, gebe kadına bu olayın nedenini açıklayarak anksiyetesi azaltılabilir (Taşkın, 2003).

### **2.3.2.14 Karpal Tunel Sendromu(CTS)**

El bileğinde orta sinirin baskılanmasıyla oluşur. Sendrom çoğunlukla bilateralidir. Ancak dominant kullanılan elde daha fazla görüldüğü söylenebilir. CTS’li kadın tipik olarak, avuç içinin başparmağa yakın olan bölümünde yanma, sızlanma ya da uyuşukluk hissi yaşar. Sendrom, daktilo yazar gibi elin tekrarlayıcı hareketleri ile şiddetlenir. Semptomlar doğumu takiben kaybolur.

## 2.4 Gebelik Komplikasyonları

Gebelikte çeşitli komplikasyonlar gelişebilir ve bu durum gebeliğin sonucunu etkilediği kadar anne ve fetüsün sağlık ve iyiliğini de etkileyebilir (Gilbert ve Harmon, 2002). Depresyon ve kaygının, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yeni doğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve intra uterin gelişme geriliğine neden olduğu bildirilmiştir (Rondo ve ark., 2003). Günümüzde erken tanı ve ileri teknoloji ile komplikasyonların neden olduğu maternal ve perinatal mortalite ve morbidite insidansları düşmüştür (Gilbert ve Harmon, 2002).

### 2.4.1 Eklamsi-Preeklamsi:

Tüm gebeliklerin yaklaşık %6-8'inde preeklamsi gelişmektedir. Ondokuz yaşından küçük ve kırk yaşından büyük kadınlar ve şiddetli preeklamsi öyküsü bulunan kadınlar preeklamsi için yüksek risk grubunu oluştururlar (Gilbert ve Harmon, 2002). Depresyon veya kaygı veya her ikisi birlikte, preeklamsi riski ile ilişkili bulunmuştur (Kurki ve ark., 2000)

### 2.4.2 Hipertansiyon

Gebelikte hipertansiyon iki şekilde ortaya çıkar;

#### **Gebeliğin neden olduğu hipertansiyon**

Hipertansiyon, gebeliğe bağlı olarak gelişir, gebelik sonlandıktan sonra normale döner. Ödem ve proteinüri yoktur.

Hipertansiyona proteinüri ve ödemin eklenmesi ile 'pre-eklemsi' tablosu ortaya çıkar. Hafif ve şiddetli pre-eklemsi olarak iki tipi vardır.

Pre-eklemsiye konvüzyonların eşlik etmesi ile 'eklemsi' tablosu ortaya çıkar.

#### **Kronik hipertansiyon**

Gebelikten önce mevcuttur, gebelikte şiddetlenerek preeklamsi ve eklamsi tablosunun gelişmesine yol açar. Gebelik sona erdikten sonra da devam eder (Taşkın, 2003).

### **2.4.3 Gestasyonel Diabetes Mellitus:**

Tüm gebeliklerin yaklaşık %5'inde, daha önceden hiçbir şeker hastalığı belirtisi ya da öyküsü olmayan anne adaylarında şeker hastalığı ortaya çıkar (Kocatepe, 2007). Gestasyonel diyabet görülme hızı anne yaşının ilerlemesiyle artar. Örneğin 20 yaşın altındaki gebelerin 7/1000'inde rastlanırken, 30-34 yaş arasındaki gebelerin 38/1000'inde rastlanır (Bükülmez ve Durukan, 1996). Diyabetik gebelerde ketoasidozis riski artar, vasküler hastalıklar ilerler ve buna bağlı olarak hipertansiyon, nefropati ve retinopati görülebilir (Taşkın, 2003). Diyabetik annelerin çocukları makrozomik olmaya yatkındır ve distosi (zor doğum eylemi) riski altındadırlar (Miller ve Hanretty, 2003).

### **2.4.4 Gebeliğin Fizyolojik Anemisi:**

Anemi, kanda hemoglobin düzeyinin normal sınırın altına düştüğüne işaret eder. Hemoglobin düzeyinin birinci ve üçüncü trimesterlerde 11 g/dL'den, ikinci trimesterde 10,5 g/dL'den daha az olması gebelikte anemi olarak tanımlanır (Taşkın, 2003).

### **2.4.5 Distosi**

Doğum eyleminin normalden saptığı durumdur. Diğer bir deyişle zor doğum eylemi anlamındadır. Distosi tüm gebeliklerin yaklaşık %8'inde ortaya çıktığı ve bunların %31'inde sezeryana başvurulduğu belirtilmektedir (Taşkın, 2003).

### **2.4.6 Preterm Eylem:**

Doğum eyleminin 36'ncı gebelik haftası tamamlanmadan önce başlamasına erken doğum tehdidi(EDT), eylemin bebeğin doğumuyla sonuçlanmasına preterm (zamanından önce) doğum ya da erken doğum adı verilir (Kocatepe, 2007). Perinatal kayıpların en büyük nedenidir. Doğumların %5-10'unda görülür (Miller ve Hanretty, 2003). Gebelik boyunca yaşanan stres ve erken doğum riski arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Erken uterin aktivitesi ve gebeliğin kısa sürmesinin nedeninin üçüncü trimesterdeki stresten kaynaklandığı düşünülmektedir (Mulder, 2002; Da Costa, 1999).

#### **2.4.7 Postterm Eylem:**

Normal bir gebelik 38 ile 42'nci Haftalar arasında bebeğin doğumuyla sonuçlanır. Gebelik haftasını tamamlamasına rağmen doğum eyleminin başlamamasına 'postterm eylem' denir (Kocatepe, 2007). Postterm gebelik insidansı yaklaşık %10'dur (Gilbert ve Harmon, 2002). Genç ve 35 yaş üzeri annelerde insidansı daha yüksektir (Taşkın, 2003).

#### **2.4.8 Spontan Abortus:**

Spontan abortus (kendiliğinden olan düşükler), fetüsün uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan gebeliğin sonlanmasına denir (Gilbert ve Harmon, 2002; Taşkın, 2003). Gebeliğin 20.haftası tamamlanmadan önce(bebek 500 gr ağırlığına ulaşmadan önce) herhangi bir nedenle gebeliğin bitmesine de denir (Kocatepe, 2007). Tüm gebeliklerin %15 ile %20'sinde ortaya çıkmaktadır (Gilbert ve Harmon, 2002). Mulder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada iş yerindeki stresin ve günlük yaşam olaylarının spontan abortus riskini arttırdığı bulunmuştur (Mulder, 2002).

#### **2.4.9 Yapısal Defektler**

Yenidoğan bebeklerin yaklaşık %2-4'ü çeşitli doğumsal kusurlarla dünyaya gelirler (Kocatepe, 2007). Down sendromlu çocukların anneleri 30 yaşın altındadır. Trisomi riski ise yaşla beraber artar (Taşkın, 2003). Yapılan çalışmalarda gebeliğin erken dönemlerinde bebek kayıpları ile kranofasiyal malformasyonlar ve kalp defektleri arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Eşler arasında veya aile üyeleri arasındaki kavga gibi psikososyal problemlerin yüksekliği yapısal defektleri ortaya çıkarmıştır (Mulder, 2002).

#### **2.4.10 Doğum Ağırlığı:**

Yeni doğanın ortalama doğum ağırlığı 3400 gr'dır. Miadında doğan bebeklerin ağırlıkları 2500-4000 gr. arasında değişir. 2500 gr'dan daha düşük ağırlıkta doğan bebeklere 'düşük doğum ağırlıklı bebek' denir (Taşkın, 2003).

Yüksek kaygı ve depresyon düzeyinin doğum ağırlığının azalmasına ve baş çevresinin küçülmesine neden olmaktadır. Gebeliğin ilk üç ayında strese maruz kalma,

gün içinde kavgalar yaşanması düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskini yükseltmektedir (Melani, 1996; Weigel, 1999; Paarlberg, 1999). Ayrıca gebelikte sigara kullanımı düşük ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskini getirir (Erefe, 1998).

## 2.5 Gebelikte Psikolojik Değişiklikler

Günümüzde süregelen hızlı kültürel değişim, hızlı kentleşme ve sanayileşme, yurtiçi ve dışı göçler, aile bölünmesi, ayrılması, bir yaşam biçiminin korunmaya çalışılmasına bağlı kültür çatışması, kadının toplumda güvenli ve etkin bir yer kazanmamış olması, genel eğitim yetersizliği, sağlık hizmeti veren kuruluşların yetersizliği gibi toplumsal ve ekonomik durumlar toplumun ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemekte ve davranış bozukluğu gösteren insanların sayısının giderek artmasına neden olmaktadır. Ruhsal bozukluğun en fazla kadınlarda görülmektedir ve yaş ilerledikçe ruhsal bozukluk prevalansı da artmaktadır (Karataş, 1998).

Hem gebelikte hem de gebelik dışında kadınlık cinsel organları, erkeğe oranla daha duyarlıdır. Kadın için uterus ve over son derece önemli organlardır. Bunun iki nedeni vardır. Birincisi kadının cinsel organlarının önde gelen simgeler oluşu diğeri ise çok değer verdiği yavrusunu taşıdığı ve taşıırken hissettiği barınak bilincidir. Bu nedenle de klinikte bu organlar üzerinde yapılacak normal olmayan ve yakışsız değerlendirmeler hastada gelişecek ruhsal problemlere zemin oluşturabilirler. Gebelik aynı zamanda doğacak bebeğe ve eşine karşı geliştirdiği aşırı sorumluluk duygusu stresi başlatan faktördür (Alpay, 1996).

Gebelik kadın yaşamında bir dönüm noktasıdır. Bu dönemi kadın yaşamında değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak görmek de mümkündür (Özkan, 1993; Taşkın, 2003). Kadın gebeliğini ve gelecekteki annelik rolünü benimsemesi gerekir. Gebeliğe uyum süreci her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre değişiklik gösterir. Örn: Çocukluk anıları, annesiyle olan ilişkisi, kadınlık rolünü algılayışı, kendi benlik kavramı, daha önce anneliğe hazırlayıcı olarak oynadığı roller (kardeşe bakma v.s.), çevresinde bulunan olumlu veya olumsuz rol modelleri, gebeliğini planlamış olma, gebeliği kadınlığın bir kanıtı olarak görme ve sosyo-ekonomik koşullar, annenin gebeliği kabullenmesinde rol oynar (Özkan, 1993; Taşkın, 2003; Deveci, 2003;



Özkan, 2010). Kadının kendi yaşam özgeçmişinde ailesi ile ilgili yaşadıkları duygular tutumlar ya da örselenmeler gebeliğe ilişkin tutumlarda etkilidir (Özkan, 1993;2010).

Gebeler fiziksel değişiklikler, hormonal değişiklikler ve gebeliğin spesifik anksiyetesi gibi stres faktörleriyle karşılaşır. Bundan başka genç anne yaşı, eğitimsizlik, düşük sosyo-ekonomik durum, seksüel korkular, istenmeyen gebelik, eşin olmaması, gebelik ve doğuma hazırlıksız olma ve depresif semptomlar ve psikiyatrik hikâye gebenin psişik durumunu olumsuz olarak etkilemektedir (Mulder, 2002).

Hamilelik bir neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olabileceği gibi; endişe ve kaygılı bekleyiş de yapabilir (Özkan, 1993; Kuğu ve Akyüz, 2001). Gebelik duygusu kendini gerçekleştirmenin yanında, yaşamda değer yargılarını geliştirme, aktarma duygusu da vardır (Özkan, 1993).

Hamilelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu belirtilmiştir (Özkan, 2010). Gebenin ilgi alanı; ilk trimesterde kendisindeki değişimler olup, ikinci trimesterde fetüsün hareketlerinin hissedilmesiyle fetüse kaymıştır, son trimesterde de acı çekme, doğum ve bebeğini kaybetme korkusuyla ilgisi kendisi ve bebeğine yoğunlaşmıştır (Kömürcü, 2000).

İlk trimester genellikle yeni duruma ve gebe kalındığı gerçeğine uyumdur. Eğer istenen gebelikse mutluluk, haz, doyum duygusu yaşanır. Kuşkusuz kadının aile durumu, iş durumu, eş ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı güçlük ve gereksinimler; bu gerçeğe geliştirilen tutumda etkilidir (Özkan, 1993). Bulantı, kusma gibi fizyolojik yakınmaların şiddeti ile çocuğun benimsenmesi ve gebelikteki durum arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Gebelikte duygu durum değişiklikleri, yemek yeme dürtüsü değişiklikleri görülebilir. Bu dönemde oral döneme gerileme özellikleri ortaya çıkar. Sıklıkla hafif düzeyde de depresif ruh hali ortaya çıkar, ancak bu durum genellikle ikinci ve üçüncü trimesterlere kadar devam etmez (Özkan, 1993; 2010). Kusmanın şiddetli olduğu, ya da ikinci trimesterde de devam ettiği olgularda (hiperemesis) tıbbi faktörlerin yanında, psişik faktörlerin de şiddeti etkilediği bildirilmiştir. Üçüncü trimesterde, yeni canlı, annenin bütün sistemlerini etkilemiştir. Doğum yaklaştıkça, doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar. Bunun yanında, doğumu takiben çocuğun bakımı, annelik rol ve işlevlerini

yeterince yürütüp yürütemeyeceği endişeleri dikkat çeker (Özkan, 1993). Gebelikte farklı dönemlerde çelişki/belirsizlik, içe dönüklük/narsisizm, pasiflik/bağımlılık ve korku/kaygı gebelik süresinde, doğum eylemi sırasında ve doğum sonrası dönemde kadınları olumsuz yönde etkilemektedir (Karanisoğlu, 1992; Özkan, 1993). Gebelik ilerledikçe doğum, bebeğin sağlığı ve anneliğe ilişkin kaygılar artar. Gebelikte eşin tutumu ve içinde yaşadığı psikososyal çevre, kadının yaşadığı içsel ruh durumu etkiler (Özkan, 1993; Mulder, 2002).

Prematür doğum, polihidroamniyos, intrauterin büyüme geriliği, pre-eklamsi, anne yaşının ileri olması, diyabet, çoğul gebelik gibi birçok obstetrik komplikasyonlar gebe kadını ciddi ruhsal baskı altında bırakır (Özkan, 1993).

### **2.5.1 1'inci Trimesterde Meydana Gelen Değişiklikler (0-3 Ay)**

Son menstruasyondan gebeliğin 12-13'ncü haftasına kadar olan süreyi kapsar (Beck, 1992). İlk üç aylık dönemdir. Birinci trimesteri bir kelime ile tanımlamak gerekseydi bu kelime ambivalan(zıt duygular) olurdu (Taşkın, 2003). Gebeliğin bu ilk dönemi özellikle ilk gebeliğini yaşayan anne adaylarında gebeliğe bağlı bulantı-kusma, yorgunluk, uykuya eğilim, meme hassasiyeti gibi belirtilerin sıkça yaşandığı bir dönemdir (Kocatepe, 2007). Menstruasyonun kesilmesi, bunun yanında mide bulantılarının onu rahatsız etmesi, kendisini yorgun hissetmesi, hasta olmadığı halde kendini iyi hissetmeme, kadında ambivalan duyguları ortaya çıkaran nedenlerdir. Bu rahatsızlıklar kadının gebeliği istememesine neden olur (Taşkın, 2003). İlk trimesterde istenmeyen gebelikler de kaygı ve depresyon riskini arttırabilir (Kuğu ve Akyüz, 2001).

Gebe kadınların çoğu hem biyolojik hem de psikososyal ihtiyaçlara sahiptir. Kendisinden başka çevresinde bulunan ve onun için önemli olan kişilerce de hamile olduğunun bilinmesinden ve hamileliğin istenmiş olmasından emin olmak ister. Bu durumu eşine açık yada kapalı bir şekilde ifade edebilir. Bu tür davranışlar kadının desteğe olan gereksinimini ortaya koymaktadır (Culpepper ve Jack, 1993). Bu nedenle destek sağlama hemşiresinin ya da ailenin yerine getirmesi gereken en önemli sorumluluktur (Taşkın, 2003). Ayrıca bebeğe yönelik sorumluluk alma konusunda endişelidir. Sürekli neşeden hüzne ve gözyaşlarına geçişler şeklinde ruhsal durumda

değişiklikler olur. Düşük hakkında fikirler kurabilir ve bu yüzden suçluluk da duyabilir (Culpepper ve Jack, 1993).

İlk gebeliğini yaşayan anne adayları bu dönemde kendilerini nelerin beklediği konusunda endişelere kapılabilirler. Özellikle plansız olan gebeliklerde doğum sonrası artacak olan sorumluluklar, anne rolünü üstlenmede yaşanacak zorluklar, doğumun ve aileye katılacak yeni bireyin getireceği maddi yük ve diğer sosyal özellikler anne adayında kaygının ortaya çıkmasına neden olur. Duygusal dalgalanmalar, bedenin gebeliğin ilerlemesiyle alacağı görüntü ile ilgili olumsuz düşünceler sık rastlanan ruhsal değişiklikler arasındadır (Kocatepe, 2007).

### **2.5.2 2'nci Trimesterde Meydana Gelen Değişiklikler (4-6Ay)**

14'üncü gebelik haftasından gebeliğin 27'nci haftasına kadar olan süreyi kapsar (Beck, 1992). Gebeliğin ikinci dönemi 4. Aydan itibaren 6.ayın sonuna kadar olan süredir. Bu dönemde anne adayı artık bebek sahibi olma fikrine yavaş yavaş alışmıştır (Genez, 2002). Bulantıları geçmiştir, ambivalan duyguları ortadan kalkar, kendini iyi hisseder ve olumlu duygular geliştirir (Taşkın, 2003).

Bu dönemde anne ve fetüs arasında biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir. Fetal hareketler anne tarafından hissedilmeye başlar. Bu da kadının ilgisini kendi içine yöneltir. İlk önceleri bebeğe kendisinin bir parçası olarak bakar. Daha sonraları ise bebeği yeni bir canlı olarak hisseder. Anne olma fikri yavaş yavaş kafasında belirginleşmeye başlar. Böylece annelik rolünü de kabul etmeye başlar (Özkan, 1993; Taşkın, 2003).

Gebelik benimsenmiş olsa bile aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani kızgınlık ve büyük mutluluk duygularında ani ve nedensiz değişimler görülebilir (Taşkın, 2003). Hamilenin yoğun olarak yaşadığı duygular; içe dönüklük, kendini beğenme, pasiflik, beden görünümünün değişmesine bağlı utanma veya gururdur (Karanisoğlu, 1992).

### 2.5.3 3'üncü Trimesterde Meydana Gelen Değişiklikler(7-9 Ay)

Gebeliğin 28. Haftasından terme yada 40'ncü gebelik haftasına kadar olan süreyi kapsar (Beck, 1992). İkinci trimesterde azalan fiziksel şikâyetler bu dönemde rahmin büyümesine paralel olarak farklı bir şekilde ortaya çıkar (Kocatepe, 2007). Fiziksel olarak görünümü büyümüş, hantallaşmıştır. Daha çabuk yorulur ve yeni beden sınırlarına uyum sağlamakta güçlük çeker, kendini rahatsız hisseder (Taşkın, 2003). Artık gebelikten bıkmaya başlamıştır ve aynı zamanda doğum hakkında endişeleri vardır (Taşkın, 2003). Doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar (Özkan, 1993; Kuğu ve Akyüz, 2001). Bunun yanında, doğumu takiben çocuğun bakımı, annelik rol ve işlevlerini yeterince yürütüp yürütemeyeceği endişeleri dikkati çeker. Doğum korkusunun, yetersizlik, kendini kontrol edememe, beden ve duygusal denetim endişesi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Karanisoğlu, 1992; Özkan, 1993; Taşkın, 2003). Rüyalarında bebeğini kaybettiğini ya da sakat olduğunu görüp endişelenebilir. Doğum sırasında ölmekten korkabilir. Bütün bu duygular gebenin anksiyetesinin artmasına sebep olabilir (Sertbaş, 1998). Gebeliğin üçüncü trimesterde doğum korkusu sonraki acil sezaryen riskini arttırabilir (Ryding, EL. ve ark., 1998).

Bebeğin, ailenin diğer fertleri tarafından beklenmesi de çok büyük önem taşır. Bebeğin reddedilmesi, kadın için kendisinin reddedilmesi anlamına gelir. Kocasının gebelik, doğum ve bebekle ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmasını ister (Taşkın, 2003). Huzursuzluk, uykusuzluk, sabırsızlık, kaygılı bekleyiş, doğumla dölütten ayrılmayı psikolojik olarak daha da güçleştirir. Hamile kadın genel olarak biraz çocuklaşır, duyarlı hale gelir ve derinliklerdeki ruhsal yaşantılar ve çatışmalar su yüzüne çıkar. Tüm bunlar daha sonraki anneliğe uyumu etkiler. Bu dönemde hamile kadının bilgilendirilmesi, açıklamalarla yönlendirilmesi yararlıdır. Eş desteği kuşkusuz önemlidir (Özkan, 1993; 2010). Problem çözme, stresli olaylarla başa çıkabilme, psikolojik sağlık ve uyumla ilişkilidir ve bütün bunlar mevcut veya algılanan sosyal destekle yakından ilgilidir. Bu bakımdan gebelerin karşılaştıkları sorunlarla etkili bir şekilde mücadele edebilmeleri için desteğe gereksinimleri vardır. Destekleyici sistemlerin varlığı kendini iyi hissetme duygularını, kişisel denetimi ve pozitif duygulanımı kuvvetlendirerek gebeliğe bağlı değişikliklerin daha az stresli olarak

algılanmasına yardımcı olur. Sosyal destek arttıkça problem çözme becerisi de artmaktadır. Sosyal çevredeki önemli kişilerden alınan destek kadının gebelik deneyiminde olumlu bir etkiye sahiptir. Annelik rolü eşi tarafından onaylanan ve sorunlarını eşiyle paylaşabilen kadınların daha az sorun yaşadıkları belirtilmiştir (Okanlı ve ark., 2003).

Tüm kadınların %66'sı gebelik esnasında ve özellikle ilk ve son trimesterlerde psişik semptomlar gösterirler. Kaygı , irritabilite ve minör affektif labilite daha sık görülür. İkinci trimestere nazaran 1. ve 3. trimesterde psikiyatrik bozukluklar daha sıktır. İlk trimesterde istenmeyen gebelikler, 3.trimesterde doğumla ilgili korkular ve fetusun normalliğiyle ilgili kuşku nedeniyle kaygı ve depresyon yaşanabilir. Gebelikte psikiyatrik semptomlar, geçmişte psikiyatrik bozukluğu olan kadınlarda daha sıktır (Özkan, 1993; Kuğu ve Akyüz, 2001).

Kadının hamileliği, evlilik ilişkisinde yeni değişiklikleri gündeme getirir ve babaya belirli görevler yükler. Erkek bir taraftan eşindeki fiziksel ve ruhsal değişikliklerden etkilenir, diğer taraftan kendisinin ilk çocukluk yıllarından bu yana annesi, babası ve kardeşleriyle yaşadığı ilişki biçimi ve eşlik eden duygu durumları ortaya çıkar. Kadının duygusal olarak kendi içine kapanması, erkekte ihmal edildiği düşüncesini yaratabilir. Diğer yandan kadının çalışıyor olmasıyla da işinden ayrılmak zorunda kalması hem doğrudan hamile kadın üzerinde, hem de eşinde sosyal ve ekonomik endişeler yaratır.

Erkeğin destek, güven ve yakın ilgisi, her ikisinin de yaşadığı ruhsal karmaşayı azaltır. Erkek çeşitli zorlamalarla ne kadar başarılı biçimde baş edebilirse, kadının uyum sağlamasını o kadar cesaretlendirir. Bu kapsamda, erkeğinde baba olarak, baştan itibaren kadının hamileliğinin takibinde ve doğumda birlikte olması, hamilelik ve doğumun ilişkilerini derinleştirmesi ve birlikte ebeveyn rolüne hazırlanmaları yönünden çok önemli katkı sağlar (Özkan, 1993).

Gebelerde prenatal bakım eksikliği, destekleyici sistemlerin yetersizliği, baş etme yeteneklerindeki zayıflık psikososyal rahatsızlıkların ve depresyonun görülmesine yol açar (Genez, 2002). Bu sorunların bireyi daha az etkileyerek atlatılabilmesi, destekleyici kişilerin niteliği ve bulunabilirliğiyle doğrudan ilgilidir. Gebe bir kadın için, en önemli

danışman kişilerden birisi de hemşiredir (Sertbaş, 1998). Hemşire, anneye gebelik süresince duygu ve endişelerini ifade etmesinde, pozitif başa çıkma stratejilerini kullanmasında, aile içi ilişkilerin düzenlenmesinde ve çevresindeki sosyal destek sistemlerinden etkili bir şekilde yararlanmasında aileye bu fırsatı sunacak ve ortamı hazırlayacak en uygun konumda olan bir ekip üyesidir (Karaçam ve ark., 2004).

## 2.6 Adölesan Dönemi ve Adölesan Gebeliklerin Özellikleri

Adölesan (delikanlılık, ergenlik) dönemi; çocuklukla yetişkinlik arasında yer alan, genel bir deyimle çocukluk çağından yetişkin (adult) çağa geçiş devresidir (Öztürk, 2010). Dünya Sağlık Örgütü bu dönemi 10-19 yaşlar arasında tanımlamıştır. (WHO) Bu çağ, ruhsal, fiziksel ve sosyal alanda önemli değişikliklerin ortaya çıktığı hızlı bir büyüme ve olgunlaşma çağıdır. Fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliklerin olduğu diğer bir dönem de gebelik dönemidir. Bu iki dönemin üst üste gelmesi organizmayı riske sokar. Bu nedenle gebe olan bütün adölesanlar tıbbi açıdan riskli grup olarak ele alınırlar (Taşkın, 2003).

Kadınlarda evlenme yaşının küçük olduğu toplumlarda, adölesan gebeliklere sık rastlanmaktadır. Bu nedenle adölesan gebeliklerin sağlık sorunlarının üzerinde durulması ülkemizde ana-çocuk sağlığının korunması açısından önem taşır (Taşkın, 2003).

Sayime Yiğitoğlunun yaptığı araştırmada adölesan gebe ve eşlerinin antenatal ve postnatal dönem durumluluk-sürekli kaygı düzeyleri ile evlilikte uyumları arasındaki ilişki karşılaştırıldığında; adölesan gebe ve eşlerinin antenatal ve postnatal dönem durumluluk-sürekli kaygı düzeylerinin evlilikte uyumlarını negatif yönde etkilediği bulunmuştur. Bu bilgiler ışığında, küçük yaşta evlenmelerin önlenmesi amacıyla, kontrollerin sıklaştırılması, antenatal bakım kapsamında sağlık profesyonelleri tarafından verilecek eğitim hizmetlerinde anne ve baba adayları birlikte ele alınarak ebeveynliğe hazırlanması ve desteklenmesi, gençlerin evlilik uyumunu attırmak amacı ile bilgilerinin arttırılması, yazılı kaynakların çoğaltılması, örgün ve yaygın eğitimde evlilik eğitiminin verilmesi önerilebilir (Yiğitoğlu, 2009).

Adölesan gebelerde gebelik komplikasyonları ve prenatal sorunlara daha sık rastlanır. Ayrıca adölesan gebelerde emosyonel stres ve sosyal sorunlar daha sıktır. 16-19 yaş grubundaki gebelerde obstetrik riskler anne yaşından daha çok, yetersiz beslenme, yoksulluk, kötü sağlık koşulları, sigara, alkol, ilaç gibi kötü alışkanlıklar ve genital enfeksiyon nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Preterm doğum, gelişme geriliği, preeklamsi en sık karşılaşılan obstetrik sorunlardır. 15 yaş ve altında ise oluşan sorunlar daha çok fizyolojik immaturite ile ilgilidir (Gökçe, 2010). Hale Göksever ve arkadaşlarının preterm doğumlarda epidemiyolojik faktörler konulu çalışmada en önemli risk faktörlerinin çoğul gebelikler, annenin gebelikte az kilo alması, gebeliğe bağlı hastalıklar ve annenin yaşı saptanmıştır (Göksever, 2008).

Adölesan gebeler 20-34 yaştaki gebelere kıyasla daha çok risk altındadırlar. Ancak bütün adölesanlarda risk aynı düzeyde değildir. Adölesanın yaşı (12-16 yaş daha risklidir), gelişimi sosyo-ekonomik durumu, doğum öncesi bakım alıp almaması adölesan gebeliğin risk düzeyini belirler. Ayrıca beslenme tüm gebelerde önemli iken bu grupta özellikle önemlidir (Taşkın, 2003).

Toksöz'ün adölesan gebelerin gebelik, doğum, beslenme sorunları ve bunların yenidoğana etkileri konulu araştırmasında doğum sırasında sık karşılaşılan problemlerin %7,4'ünde prematür doğum, % 5,8'inde sefalo pelvik uyumsuzluk, % 3,3'ünde fetal stres, % 3,3 oranında gebede prezentasyon anomalisi, % 1,6'sında Fetal anomali olduğu görülmüştür (Toksöz ve ark., 2004).

Adölesan gebeliklerde ortaya çıkabilecek en büyük risk faktörü pre-eklemsidir. Bu riski arttıran diğer faktörler ise adölesanların düşük sosyo-ekonomik gruptan olması, doğum öncesi bakım almaması ve yetersiz beslenmeleridir (Taşkın, 2003).

Diğer riskler; baş-pelvis uyumsuzluğu ve zor doğum eylemidir. Kemik yapıları tam gelişmediği için baş-pelvis uyumsuzluğuna bu grupta sık rastlanır (Taşkın, 2003).

Yetersiz beslenme bu grupta yine sorun olarak karşımıza çıkar. Adölesanın kendi büyüme ve gelişmesi için yeterli ve dengeli beslenmesi şarttır. Bu duruma gebelikte eklenince beslenme daha da önem taşır. Özellikle sosyo-ekonomik düzeyi

düşük gruplarda beslenme yetersizliği prematüre eyleme, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna ve düşüklere neden olur (Taşkın, 2003).

Gebelik öncesi şişmanlık ya da zayıflık gebelikte bir risk faktörü olarak düşünülür. Adölesanlarda her iki duruma da sık rastlanır. Zayıf annenin, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski yüksektir. Gebeliğin erken dönemlerinde yetersiz beslenme, embriyonun gelişimini ve yaşama kapasitesini etkiler. Daha sonraki dönemlerde ise fetal büyümeyi yavaşlatır (Taşkın, 2003).

Adölesan gebelerde prematüre eylem, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu, perinatal mortalite yüksektir. Adölesan annelerin bebeklerinde diğer yaş gruplarına göre bebek ölüm hızı 2-3 kez daha fazladır (Taşkın, 2003).

Adölesan gebe hala kendisi büyümesini sürdürdüğü için besin maddelerini geliştirmekte olan fetüs ile paylaşmak zorundadır. Bu nedenle fetüste düşük doğum ağırlığı ve gelişme geriliği olur (Gökçe, 2010).

Bütün gebe kadınlarda az veya çok psikolojik dengesizlik görülür. Bu durum adölesanlarda daha da belirginleşir. Çünkü bağımsızlık mücadelesi verdiği bir çağda gebelik onu daha bağımlı hale getirecektir. Adölesan eğer çevreden destek bulamazsa bu dengesizlikleri daha da fazla artabilir. Ancak bizim kültürümüzde adölesan gebelerin evli oldukları ve gebelikleri çevreden destek gördüğü için psikolojik sorunları daha az yaşadıkları düşünülebilir (Taşkın, 2003; Gökçe, 2010).

Adölesan yaşta gebeliğin ve çocuk sahibi olmanın psikososyal yönü çok ağırdır. Ayrıca genç maternal yaş doğan çocukta sağlık sorunlarını getirir. Özellikle bu çocuklarda kazalar ve enfeksiyonlar artmıştır. Batı ülkelerinde adölesan gebelikler daha çok düzensiz yaşamı olan ve evlenmemiş kişilerde, istenmeyen gebeliklerdir. Bizim ülkemiz gerçeklerinde düşünüldüğünde ise hem kırsal kesimde hem de sonradan kente göç etmiş sosyoekonomik durumu bozuk gruplarda adölesan gebeliklere daha sık rastlanmaktadır (Gökçe, 2010).

Genç gebe kadının hem adölesan çağına uyumu, hem evliliğe, hem de annelik rolüne uyumu, üç önemli ve güç olaydır. Bu nedenle adölesan gebeliğin psikolojik risklerinin, tıbbi risklerinden daha büyük olduğu da unutulmamalıdır (Taşkın, 2003).



Ülkemizde de adölesan gebelik oranları yüksektir. Ancak bu gebelikler erken yaşta evlenme ile ilişkili gebeliklerdir. Adölesan gebelerinin çoğu düşük sosyo-ekonomik düzeyden ve eğitimsiz gebelerdir. Bu gebelere doğru antenatal bakımın sağlanması ile adölesan gebeliklerle ilgili olabilecek olumsuzluklar çoğunlukla önlenebilir (Madazlı, 2008).

Hemşire hastasına yeterli desteği sağlamalı, ihtiyacı olduğu bilgileri vermeli ve izlemlerini dikkatle yapmalıdır. Hemşirenin bu konuda en önemli rolü ise adölesan gebelikleri önleme olmalıdır. Bunun için, adölesan gebeliklerin anne ve çocuk sağlığına getireceği riskler konusunda toplum bilinçlendirilmeli, erken evlenmeler ve gebelikler önlenmelidir (Taşkın, 2003).

## 2.7 İleri Yaş Dönemi Gebeliklerin Özellikleri

Gebelik, annenin vücut yapısında, hormonal ve ruhsal yapıda yaptığı değişimler sonucu hayatı az ya da çok etkileyen bir dönemdir. Annedeki bu vücutsal değişimler sadece annenin kendisini değil ailenin tümünü etkilemektedir. Bu etkiler kişilerin aile yapıları, kültürel düzeyleri, kişilik yapıları, yaş grupları vb. gibi çok çeşitli faktörlerle değişiklikler göstermektedir (Akköz, 2007).

Anne ve çocuk sağlığı bakımından en uygun doğurganlık yaşı, 20-30 yaş aralığı olarak kabul edilmektedir (Baltaş, 2008). Bu yaşlar kadının fertilitésinin en yüksek olduğu devredir (Taşkın, 2003). 18 yaş ve altındaki, 35 ve sonrası yaşlardaki üstündeki yaşlardaki gebelikler, anne ve çocuğun hastalık ve ölüm riskini yükseltmektedir (Baltaş, 2008). 15-19 yaş grubunda anne ölümleri, 20-34 yaş grubundakilerden daha yüksektir. Bunun nedeni olarak, genç kadının bedensel ve ruhsal bakımdan henüz gebeliğe tam hazır olmayışı; kendi ve fetüsün sağlığı konusunda yeterli özeni gösteremeyişi; sağlıksız yöntemlerle düşük yapmaya kalkışması gösterilebilir (Baltaş, 2008). 20-30 yaş aralığından daha önce veya daha sonraki gebeliklerde hem anne hem de fetus için morbidite ve mortalite hızlarının yükseldiğini istatistikler göstermektedir. Bu nedenle 35 yaş üzerindeki gebelikler 19 yaşın altındaki adölesan gebelikler özel olarak izlenmeye ihtiyaç gösterirler (Taşkın, 2003).

Birçok sosyal demografik değişimin sonucu sayıları artan kadınlar ve reproduktif yaşamın geç dönemlerinde gebe kalmaktadır. Bu gebeliklerin çoğunun nedeni eğitim olanaklarında artma, meslek seçimleri ve etkili doğum kontrol yöntemleridir (İtil, 2000). Kadınların eğitim seviyesinin yükselmesi ve ekonomik hayata katılması gibi nedenler anne olma yaşını yükseltmektedir. Son 30 yılda birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de ilk doğum yaşının 20’li yaşlardan 30’lu yaşlara yükselmiştir. Önceki yıllarda 35 yaşındaki gebeliklerin ‘yaşlı gebelik’ olarak tanımlanmakta idi. Fakat yaşam kalitesinin artmasıyla birlikte artık bu tanımlama 40 yaş üzeri gebelikler için yapılmaktadır. 1980’li yıllara kıyasla 2000’li yıllarda 30 yaşın üzerinde ilk kez anne olma oranı üç kat, 35 yaşın üzerinde 6 kat ve 40 yaş üzerinde 15 kat artmaktadır (saglikplatformu.com, 2010).

Kadınlarda yaş ilerledikçe doğal yollarla gebelik şansı azalır (saglikplatformu.com, 2010). Kırk yaş üstü gebeliklerdeki risk faktörleri; spontan abortus, genetik anomaliler, medikal komplikasyonlar, fetal büyüme anomalileri, disfonksiyonel doğum eylemi, sezeryan sıklığında artma, maternal ve fetal mortalite artışı olarak gösterilmiştir. Kırk yaş üstü gebeliklerde gebeliğe bağlı riskler 3 kategoride incelenebilir: Genetik riskler, önceki medikal durumlar ve obstetrik riskler. Genetik anomalilerin çoğu önlenemez ve günümüzde prenatal tanı uygulanmaktadır. Maternal ve fetal riski arttıran ve en sık görülen sorunlar hipertansiyon ve diyabetes mellitus’tur (İtil, 2000).

35 yaş üzerindeki gebelerde kronik hipertansiyon görülme hızı %12-20 iken, 20-25 yaş grubunda ise bu oran %2-4’tür. 35 yaş üzerinde diyabet görülme hızı yirmili yaşlara göre 2-3 kat fazladır ve kırk yaş üzerinde ise insidans %1’dir. Gestasyonel diyabet insidansı yaşla artarak 20-30 yaş arasında %7,5 iken, 30 yaş üstünde %13,8’tir. Maternal yaş ilerledikçe hipertansiyon ve diyabet dışında kardiyovasküler, nörolojik, kollajen doku, renal pulmoner ve malign hastalıkların da görülme hızı artar ve gebeliği komplike hale getirir (Ergeneli ve Durukan, 1996).

Sağlıklı bir bebek sahibi olabilmenin yollarından birisi sağlıklı bir gebelik sürecidir. Gebe kadın prenatal dönem boyunca bazı fizyolojik, psikolojik değişikliklere ve komplikasyonlara maruz kalmaktadır. Gebelik yaşının bu doğal süreçte etkisini

belirlemek ve Anne adayını bu doğrultuda eğitmek gerekmektedir. Anne adayı ne kadar bilinçli olursa prenatal süreç o derece sağlıklı olacaktır (Babadağı, 2008). Örneğin 20 yaş altındaki ve 35 yaşın üstündeki annelerin, doğum aralığı iki yıldan kısa olan annelerin ve sık doğum yapan annelerin, kendi sağlıkları bozulduğu gibi, bu durum doğan çocuklarını da etkilemekte ve bebek ölüm oranlarını önemli oranda arttırmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2002).

35 hatta 40 yaştan sonra bile anneler için sağlıklı çocuk doğurma olasılığı vardır. Ancak bu gebeliklerde bir sorunun ortaya çıkma olasılığı matematiksel olarak artmaktadır (Taşkın, 2003). Bu yaşlarda üreme siklusunda bozulmalar görülür. Over hormonları yeterli ve düzenli salgılanmaz, ovulasyon şansı azalmıştır. Dolayısıyla kadının fertilitesi düşmüştür. Bunun yanında ovarial siklustaki düzensizliğe bağlı aynı anda birden fazla ovulasyon görülebilir. Sonuçta ikiz gebelikler ortaya çıkar. Gene ovumun kendisindeki defektler fetusta konjenital anomaliye neden olabilir. Kromozom anomalileri ileri yaşın en önemli sorunlarından biridir. Down sendromu riski 35 yaştan itibaren artmaya başlar (Ergeneli, 1996). Anne yaşı arttıkça en çok görülen kromozom anomalisi, down sendromudur (Taşkın, 2003). Bu risk, anne 20 yaşında iken 10 binde 1, anne 35 yaşındayken binde 3, anne 40 yaşındayken ise yüzde 1'dir. Mongolizm ve başka kromozomsal anomaliliklerin daha sık olmasının nedeni annenin yumurtalarının yaşlanması ve zaman içinde zararlı madde, kimyasal, röntgen ve enfeksiyonlara daha çok maruz kalmasıdır (sağlikplatformu.com, 2010). Risk 20 yaşında 1/1500 iken, 35 yaşında 1/380, 41 yaşında 1/81 ve 45 yaşında bu oran 1/28'e kadar yükselmektedir (Haddow, 1998). 35 yaş üzerinde trofoblastik hastalıklara daha sık rastlanmaktadır. Gebelik toksemisi ve gebelikte kanamalı durumlar (Plesanta Previa-Ablasyo Plesanta ) bu yaş grubunda risk oluşturan diğer faktörlerdir (Taşkın, 2003). Genel obstetrik popülasyonda %0,4 olan ablasyon hızı 40 yaş üzerindeki gebelerde %3,2 hızında görülür. 35 yaşın üstünde sezaryen doğum hızı da artmaktadır (Ergeneli, 1996).

İtil ve arkadaşlarının çalışmasında belirtildiği üzere Gordon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda 35 yaş üstü gebelerde sezaryen riskinin fazla olduğu bulunmuştur. Ecker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sezaryen doğum oranının 25 yaşın altındaki kadınlarda %11,6 iken 40 yaş üzeri kadınlarda bu oranın %43,1'e yükseldiği tespit edilmiştir. Hipertansiyon, diyabet, prematüre eylem ve ablasyo plasenta gibi sorunlarda

sezaryen hızı artmaktadır (Ergeneli, 1996). Preterm doğum da risk faktörlerinden biri de ileri anne yaşdır (Zeitlin, 2001).

Annenin yaşlı olması, fetuse de çeşitli yönlerden zarar verir. Fetal anomaliler, perinatal mortalite, gelişme geriliği yaşla ilgili olarak artma gösterir (Taşkın, 2003). Ayrıca normal doğum açısından ileri yaş annenin doğum yolu yapıları gençlere kıyasla daha az esnek olduğu için yırtık, kanama, ileride idrar kaçırma v.b problemler daha fazla oluşur (saglikplatformu.com, 2010).

35 yaş üzerindeki anneler yaşa bağlı riskin farkındadırlar. Çoğu anneler doğacak çocuklarının normal olup olmayacağı konusunda endişelidirler (Taşkın, 2003). Gebelikte yaşanan kaygının doğum sonrası dönemde ruhsal sorunlara yol açmasının yanında, ailenin işlerliği üzerinde de olumsuz etkiler yarattığı görülmektedir. Gebelik süresinde eşin desteği ve yeterli sosyal desteğin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde daha az kaygı yaşattığı gözlenmiştir (Özkan, 1993; 2010). Ancak günümüzde gelişen teknolojiyle (amniyosentez, koryon villüs aspirasyonu yapılarak ve Alfa-feto proteinlere bakılarak) bu riskler ortadan kaldırılabilir ve gebenin rahatlaması sağlanır (Coşkun, 2000).

Bu anneler için hemşirelik bakımının temel amacı: Yaşla ilgili problemleri önleme veya erken tanılama, problem ortaya çıktığında ise uygun bir yaklaşım planlama olmalıdır (Taşkın, 2003). Semra Akköz ve arkadaşının yaptığı ‘gebelikte yaş ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi’ konulu araştırmada gebelikte yaş ilerledikçe kaygı düzeyinin de arttığı sonucuna varılmıştır (Akköz, 2007). Sevsen Altınay Cebeci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da depresyon semptom düzeyinin, gebelik yaşı, evlilik süresi, eğitim düzeyi, antenatal bakım, sosyoekonomik düzey ve sosyal destekle ilişkili olmadığı sonucuna varılmıştır (Cebeci, 2002).

## 2.8 Kaygı (Anksiyete)

Kaygı(anxiety), tarih boyunca en sık kullanılan sözcüklerden biridir. 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra edebiyat alanında en sık kullanılan bu sözcük 20. yüzyılda bilimde, dinde, felsefede, politikada en çok rastlanılan sözcüklerden biri olmuştur. 20.

yüzyıl çağdaş edebiyatçıları arasında önemli yerleri olan Camus, Kafka, Sartre kaygı, korku ve tedirginlik anlatan yazarlar olarak tanımlanmaktadır (Köknel, 1989).

Kaygı evrensel bir duygu olup, bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkisidir. Benlik bütünlüğüne karşı beklenen bir tehdide tepki olarak hissedilen bir gerilimdir (Öz, 2004). Kaygı(anksiyete); bireyde stres reaksiyonu sonucu oluşan aşırı enerjiye karşı gelişen psikolojik bir tepkidir. Korkuya benzer bir duygudur (Taşkın, 1994;2003). Korku ve kaygı günlük dilimizde çoğu zaman eş anlamlı kullanılmaktadır ama eş anlamlı değildirler. Kaygının korkudan farklı bir psikolojik olay olarak ele alınışını psikanalitik teorilerde görülmektedir. Psikanalistler korkuyu, kişiyi dışarıdan tehdit eden gerçek bir tehlikeye karşı gösterilen tepki, anksiyeteyi ise kontrolden kaçmak üzere olan yasaklanmış bir içgüdüsel dürtü şeklinde kişiyi içerden tehdit eden bir tehlikeye karşı gösterilen tepki olarak ele almaktadırlar (Özer, 1997). Kaygıda tehdit, belirli ya da spesifik olmayıp, bilinçli ya da bilinçsiz olarak algılanır. Oysa, korkuda ortaya çıkarıcı gerçek ve spesifik bir tehdit mevcuttur. Kaygı, çoğu zaman fikir, düşünce ve duyguların bireyin benlik bütünlüğünü tehdit ettiği zaman ortaya çıkan ruhsal ve duygusal çelişiklere bağlı olarak oluşur (Öz, 2004).

Kaygıyı tüm insanlar yaşamları boyunca farklı derecelerde yaşayabilir. Birçok insan için kaygı, genel olarak normal sınırlarda; bazılarında ise uzun süreli yaşanır (Öz, 2004). Bireylerde kaygının oluşmasında ve düzeyinin değişmesinde kalıtsal özellikler, cinsiyet, karakter, duygusal durum, zekâ, benlik, toplumsal rol ve yer, yaratıcılık ve toplumsal etkileşim rol oynar (Taşkın, 2003).

Kişilerde kaygıyla baş etmek veya kaygıdan kaçınmak için kızgınlık ve ani ağlama krizleri gibi tutarsız, birbirine benzemeyen ya da inişli çıkışlı davranışlar gözlenebilir. Bunlar arasında ağlama, sinirlilik, eşyaya ya da bireye zarar vermek sayılabilir (Öz, 2004).

Psikoanalitik kuramda Freud'un teorisine göre, kaygı deyimini bireyin kendi içinde başlamaktadır. Kaygı temelde bir iç çatışmanın(intrapsişik) ürünüdür ve çatışma benlik(ego) ile altbenik(id) ya da benlik ile üstbenlik(süperego) arasında oluşabilir. Benlik aradaki bu çatışmayı çözerek dürtüyü bastırırsa sorun yaşanmaz fakat çatışmayı çözemez ve dürtü bastırılmazsa bunu bir tehdit olarak algılar (Öz, 2004).

Freud 3 tip kaygı(anksiyete) tanımlamıştır. Bunlar:

**1) Objektif ve Gerçekçi Kaygı(Anksiyete):** Tehlike bir dış uyarıcıdır. Yaşam boyunca tüm insanlar tarafından yaşanılabilir.

**2) Nevrotik Kaygı(Anksiyete):** Bireyin kendisinden kaynaklanan genel bir uyarılmışlık ve endişe durumudur. Patolojik olarak tanımlanır.

**3) Moral Kaygı(Anksiyete):** Bireyin duyduğu içsel suçluluk, vicdan azabı, utanma gibi duyguların yarattığı manevi bir sıkıntı durumudur. Bireyin duygu, düşünce ve belleğindeki çelişki ve çatışmaların sonucu ortaya çıkar (Öz, 2004).

Kaygı oluşumunun nedenlerinin başında, kişinin yetişmesinde etkili olan kişiler gelir. Bu kişiler, çocuğun ebeveyni, öğretmenleri, bakıcıları ve yaşlılarını içerir. Bulaşıcı bir nitelik gösteren anksiyete, anneden çocuğa empati yoluyla bulaşır (Gençtan, 1999). Sullivan' a göre kaygı kavramı, yalnızca kişiler arası ilişkilerden kaynaklanmaktadır. Birey kendisi için önemli olan kişiler tarafından onaylanmadığı zaman, kendine ve başkalarına güveni azalır (Öz, 2004).Çocuğun çevresinde bulunan kötü, yıkıcı kişiler ile reddedici, küçük düşürücü tutumlar çocukta kaygı ve güvensizlik duygularını geliştirir (Gençtan, 1999). Bu kişiler arası güven veya benlik saygısındaki azalma kaygı gerilimi olarak adlandırılır (Öz, 2004). Sullivan'a göre, yetişkinlerin alaycı, küçük düşürücü tutum ve davranışları özellikle ergenlik döneminde daha yıkıcı etkiler yapar (Gençtan, 1999).

Peplau kaygının nedenini, bireyin güvenliğine karşı oluşmuş her türlü tehdit olarak görür. Bu tür tehditler temel olarak 2 kategoride incelenir:

**1) Biyolojik bütünlüğe olana tehditler:** Vücut ısısı, vazo-motor stabilite ve beden gereksinimlerinin karşılanması için gerekli dengenin sürdürülebilirliğine karşı olan tehditler.

**2) Öz-saygıya olan tehditler:** Benliğe, değerler ve kişilerin değişimlere ilişkin kabul görmüş kavramlarının sürdürülebilirliğine karşı olan tehditlerdir (Öz, 2004).

Söz edilen tüm kuramcılar, kaygının bireyin öz-bütünlüğüne karşı olan bir tehdidin sonucunda oluştuğunu kabul etmekte ancak, tehditle ilgili yapılan açıklamalarda farklılık göstermektedirler. Bu tehditler ise bireyin ruhsal, sosyal ya da biyolojik bütünlüğünün kaybolmasından doğabilmektedir (Öz, 2004). Yüksek riskli bir gebelikte, gebeliğin normal bir şekilde sonuçlanması ve sağlıklı bir bebeğin doğması tehdit altındadır. Karşılanmamış gereksinimlerin etkisi ve bunların birey için önemi kaygının düzeyini belirler (Gilbert ve Harmon, 2002).

### Kaygının Özellikleri

#### Kaygı;

- Evrenseldir ve her insan yaşayabilmektedir.
- Bireyin algı ve düşüncesini engeller.
- Yarattığı iç sıkıntının tanımlanması güçtür.
- Genellikle tehlike habercisi, tehlide karşı uyarıcı ve koruyucudur.
- Belirsizlikleri ve bilinmeyeni bulma çabasıdır.
- Bir tehlikeye karşı hissedilen huzursuzluk ve gerilimdir.
- Benliğin bilinçli yönüyle algılanan ve kavranan bir durumdur.
- Otonom sinir sisteminin belirsiz olan bir tehlide tepki olarak faaliyete geçmesiyle, bireyin kendisini endişeli ve gergin hissetmesidir.

### 2.8.1 Kaygı(Anksiyete) Düzeyleri

#### 2.8.1.1 Sakin Kaygı(Anksiyete)

Birey rahattır, ilgisizdir ve iyi olduğu duygusuna sahiptir. Bu, iyileşme ve gelişme için optimal bir aşama kabul edilmekle birlikte, bireyin değişmesi, öğrenmesi veya enerjisini kullanması için motivasyon eksikliğine yol açabilir.

### **2.8.1.2 Hafif Kaygı(Anksiyete)**

Çok az bir gerilim vardır ve bu gerilim enerjide artışa neden olur. Duyular alarmdadır ve kavrama alanı genişlemiştir. Bu durumda birey, kendi ilgilerine ve kendi çevresine karşı daha duyarlı ve katılımcı olur. Tam olarak konsantre olma ve mantık yürütme yeteneği vardır. Bu nedenle, birey bu düzey kaygıda etkin problem çözme becerisine sahiptir.

### **2.8.1.3 Orta Kaygı(Anksiyete)**

Birey daha dikkatli ve gergindir. Kavrama alanı hafif kaygı düzeyine göre daralmıştır. Kişi çevresinde kendisi için önemli olan olaylara yoğunlaşma becerisi gösterir ancak çevresel ayrıntıların daha az farkındadır. Bu nedenle, önemli ayrıntıları daha az unuttur veya önemsemez. Uzun süre için olmasa da, olaylar üzerinde etkin olarak mantık yürütür ya da problem çözer. Bu aşamada bazı insanlar rahatsız olabilir fakat bazıları hiç rahatsızlık duymadan uzamış sürelerde bile etkin olarak problem çözer ve eylemlerde bulunabilirler.

### **2.8.1.4 Şiddetli Kaygı(Anksiyete)**

Kavrama alanı önemli ölçüde daralmıştır. Birey ayrıntılara yoğunlaştığından, çevredeki olayları tam olarak algılayamaz ve farkında olduğu ayrıntılar arasında neden sonuç ilişkisi kuramaz. Birey kaygısının arttığını anlamaz, ancak gerilimden dolayı oluşan rahatsızlığını yürütmeye zorlanır. Bu durumda birey, profesyonel müdahale gerektiren bir sorun olarak düşünülmelidir.

### **2.8.1.5 Panik Kaygı (Anksiyete)**

Kavrama alanı tam olarak parçalanmıştır. Birey ayrıntılara eğilir fakat olaylar arası bağlantılar kuramaz. Birey çevresinde neler olup bittiğini kavrayamaz. Bireyin düşünce alanı düzensizleşmiş ve davranışları anormalleşmiştir. Bu durumda birey kendini ezilmiş, korkmuş hisseder ve kriz aşamasındadır (Öz, 2004).

Kaygı normal sınırlar içerisinde benliğin korunması açısından olumlu olabilmektedir. Ancak aşırı kaygı duymak, düşünce ve davranışlarının olumsuz olarak bu kaygıdan etkilenmesi, istenilmeyen bir durum olabilmektedir (Genez, 2002).



## **2.8.2 Kaygı (Anksiyetenin) Etkileri**

### **2.8.2.1 Kaygının (Anksiyetenin) Fizyolojik Etkileri**

Kişi, bir tehditle yüz yüze geldiğinde beyinde hipotalamus uyarılır. Hipotalamus sempatik sinir sistemini ve hipofiz bezini etkileyerek çeşitli hormonların salgılanmasına yol açar. Sempatik sinir sisteminin uyarılmasıyla sempatik sinir liflerinden ‘norepinefrin’, adrenal bezin medullasından ‘epinefrin’ ve ‘norepinefrin’ salgılanır. Norepinefrin etkisiyle periferik damarlarda konstriksiyon olur, kan basıncı yükselir, cilt soğuk ve soluk olur. Periferik damarlardaki konstriksiyon nedeniyle böbreklere giden kan azalır ve renin salgılanır. Renin angiotensin I ve angiotensin II’nin oluşmasına yol açar. Angiotensin II damarlarda konstriksiyona, aldesteron ve Antidiüretik hormon(ADH) salgılanmasına neden olur. Epinefrin etkisiyle kalp atım hızı ve kasılma gücü artar. Aynı anda, karaciğerdeki glikojenin, glikoza dönüşmesini sağlayarak kan glikoz düzeyini de yükseltir.

Hipotalamus, hipofiz bezini etkileyerek ön hipofizden Adrenokortikotropik hormon(ACTH) ve arka hipofizden ADH salgılanır. ADH böbreklerden suyun geri emilimini artırarak kan hacmini artırır. ACTH adrenal bezlerin korteksini etkileyerek aldesteron ve glikokortikoidlerin salgılanmasına yol açar. Aldesteron suyun geri emilimine neden olduğundan kan hacmi artar, idrar miktarı azalır. Glikokortikoidler protein ve yağlara etki ederek glikoza dönüştürür ve kan şekerinin artmasına yol açar. Böylece, vücut sistemleri, tehditten uzaklaşmak veya tehdiye karşı koymak için bireye daha fazla enerji yaratır. Görsel kavramayı arttırmak için göz bebekleri büyür. Gastrointestinal ve genitoüriner sistem yavaşlar; kusma, iştah kaybı, diyare, konstipasyon ve ağız kuruluğuna yol açar. Beyne kan akışının artması sonucu ruhsal uyanıklık artar, terleme ve menstrual değişimler görülür. Bu fizyolojik etkiler, kaygının düzeyi ve süresine göre farklılık gösterir (Baltaş, 2000; Öz, 2004 ).

### **2.8.2.2 Kaygının (Anksiyetenin) Algısal Etkileri**

Kaygı bireyin fizyolojisini etkilediği gibi, algılarını ve duyuşsal input sürecini de etkiler. Hafif kaygıda insan organizmasının duyuşsal input yeteneği artmıştır. Bu durumda bireyin görme, işitme, koklama, tat alma, dokunma gibi duyuş yollarının

duyusal farkındalığı artmıştır. Algı orta düzey kaygıda donuklaşmaya başlar. Bu nedenle, bireyin duyu yolları duyusal inputa hafif düzey kaygıya göre daha az açıktır. Kaygı düzeyi arttıkça algılama bozulur ve duyusal input azalır. Böylece, duyusal uyaran süreci dağıtır ve bozulur.

### **2.8.2.3 Kaygının (Anksiyetenin) Psikolojik Etkileri**

Kaygı, psikolojik olarak huzursuzluk, yoğunlaşmama ve aşırı duyarlılık gibi etkilere yol açar.

### **2.8.2.4 Kaygının (Anksiyetenin) Bilişsel Düzeye Etkileri**

Kaygısı yüksek olan bireyin öğrenme, kavrama, düşünme, yargılama, karar verme ve problem çözme yeteneği olumsuz olarak etkilenir. Hafif ve orta düzeydeki kaygıda bireyin duruma yoğunlaşması, öğrenmesi ve problem çözmesi güç olmaz aksine motive olur. Şiddetli kaygıda ise, bilişsel işlevler olumsuz olarak etkilenir, duruma yoğunlaşmada ve konular arasındaki ilişkilerin anlaşılmasında güçlükler yaşanır.

Kaygının davranışlara etkileri bireyin kaygısını düşürmek için kullandığı savunma düzeneklerinin yeterli olup olmamasına bağlıdır. Bireyin kaygı düzeyi artar ve savunmaları yetersiz kalırsa ruhsal sorunları ortaya çıkabilir.

### **2.8.3 Kaygıya (Anksiyeteye) Karşı İçsel Ve Dışsal Tepkiler**

Bu tepkiler, kaygıya karşı fizyolojik ve psikolojik uyumu yansıtır. Bu tepkiler; kan basıncında, nabızda ve solunumda artma, uyku bozukluğu, titreme, huzursuzluk, kusma, ishal veya kabızlık, sık idrara çıkma, aşırı terleme, göz bebeklerinde büyüme, aşırı tetikte olma, endişeli veya meşgul görünme, üzgün görünme, öfke dışa vurumu, çok konuşma, ağlama, meraklılık, geri çekilme, ayrışmama ve bağımlı davranış gösterme, heyecanlı ya da gergin olma, gaz, baş ağrısı, göğüs ağrısı, dudak kuruması, kavrama zorluğu, iştah kaybı, kaslarda sertlik, konsantrasyon problemi ve çaresizlik, kıskançlık, kuşkuculuk, konfüzyon, izolasyon ya da yalnızlık, algı bozuklukları, endişe, değersizlik hissi, utanç, öfke, suçluluk ve depresyondur.

#### 2.8.4 Kaygıya (Anksiyeteye) Yol Açan Faktörler

Kaygıya neden olan bazı faktörler vardır. Bunlar; prestij ve toplumsal değişim, başarısızlık veya başarı, başkaları tarafından kabul görmeme, servet kaybı, ahlaki çıkmazlık, ölüm, ayrılık, boşanma, kültürel baskılar, taşınma, göç, geçici veya kalıcı ayrılık, saldırı, tecavüz, hastalık, hastaneye yatış, emeklilik, emniyet tehlikesi, çevresel kirlilik, işsizlik, yeni iş, terfi, cinsel gelişme, akran ilişkilerinde değişiklik, gebelik, ebeveyn olma, kariyer değişiklikleri, yaşlanma etkileri, duygusal kayıplar, ekonomik sorunlar ve motor kayıplardır. Belirsizlik durumu da kaygıya yol açan faktörler arasındadır.

Kaygı ile baş etmede gösterilen bazı davranışlar vardır. Bunlar;

**İçe Dönem (Withdrawal):** Kaygı yaratan olayların psikolojik olarak tehdit algılanması sonucunda içe kapanma.

**Dışa Vurma (Acting-out):** Kaygının dışa vurularak yani, agresif davranışlarla boşalımı.

**Bedene Yansıtma (Psikomatization):** Kaygının içsel ya da fizyolojik olarak ifadesidir.

**Kaçma (Aoidance):** Kaygı yüklü yaşantılardan kaçınma yoluyla kontrolünün sağlanması.

**Problem Çözme (Problem Solving):** Geçirilen yaşantıdan anlam çıkarma ya da uygun davranış ve becerileri öğrenme yoluyla bireyin kendini aynı sorunları yaşamaktan kurtarmasıdır.

Kaygı ayrılmamış bir tepki olup, en çok korku ve stresle karışır. Kaygı ve stres arasındaki fark, kaygı stresin duygusal yönünü anlatırken kullanılır. Kaygıyı ortaya çıkaran tehditler bir stresördür. Her iki durumda da otonom sinir sistemi çalışır.

Öfke ise kaygı ile başlayan olaylar dizisidir ve güçsüzlük duygusudur. Öfkede bir engellenme, karşılanmamış beklentiler ya da benlik saygısının kaybı vardır. Kişi kaygı yaşadığında ve çaresizlik hissettiğinde öfkelenir.

Korku; kişinin iyi haline zarar verecek tehlikenin tehdidine karşılık oluşan, güçlü bir duygusal tepkidir. Korkuyla ilgili tehdit spesifiktir ve bilinçli olarak kavranır. Korku ve kaygının ayırt edilebilir bir başka yönü de korkunun akutluğu ve kaygının kronikliğidir. İnsan korktuğu şeye karşı ne yapacağını bilir ama kaygıda bilemez. Korku daha şiddetli, kaygı ise daha az şiddetli olarak yaşanır. Kaygı daha uzun süreli, korku ise daha kısa sürelidir (Öz, 2004). Korku ve kaygıyı ayırt edebilmek için bunların oluşumunu şekillendiren kaynağa, yani düşüncelere, yorumlara ve olaylara yüklenen anlamlara başvurmak gerekecektir. Kişide korku ve kaygı aynı anda bulunabilir (Öktem, 1981; Özer, 1997).

#### **2.8.4.1 Kaygının (Anksiyetenin) Gebeliğe etkisi**

Kadınların %30'unda kaygıbozuklukları görülür. Hamilelik boyunca tedavi edilmemiş kaygı; düşük doğum ağırlıklı bebek, değişken APGAR skorları; fetal hemodinami ve hareket bozukluklarına neden olabilir; preeklampsi riski 3 kat artar; erken membran rüptürü, servikal diskinezi ve sezaryen ile sonuçlanabilir.

Düşük eğitim düzeyi, evlilikten tatmin olamama, perinatal stressörler, çocuk için gerekli tıbbi koşulların bulunmaması, hayat koşullarındaki değişiklikler, kendi aileleriyle ilgili sıkıntılı anılar gebelik boyunca kaygıbozukluklarının ortaya çıkma riskini artırır (Kocabaşoğlu ve Başer, 2008).

Kadını etkileyen stresörler arasında gebelik, doğum yada istendiği halde çocuk sahibi olamama, çok sayıda çocuk yetiştirme, ailenin diğer bireylerinin(aile büyükleri ve akrabalar gibi) bakım ve sorumluluğu üstlenme, partner ilişkilerindeki diğer sorunlar, ayrılık da kadının gündelik streslerini artırır (Gökalp, 2010)

Anne kaygının kaynağını çoğu kez bilmez. Bilinmeyen şey korku yaratır, korku kaygıya neden olur. Kadının kaygı derecesi birçok değişkene bağlıdır. Bunlar; kadının temel kişiliği, gebeliğe karşı tutumu, kendi annesinin doğumunu algılama durumu, doğuma hazır oluşu, ebe veya doktora olan güveni ve doğumun ilerleme durumudur (Taşkın, 2003).

Kaygı her zaman zararlı değildir ve bir dereceye kadar annenin doğum eylemi süreci ile gerçekçi olarak ilgilenmesine yardım eder. Ancak kaygı panik derecesine yükselirse, anne problemini çözme yeteneğini kaybeder (Taşkın, 2003).

Erbil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelerin %27,5'i sadece bebeklerinin sağlığı hakkında, %27,5'i hem bebekleri, hem de kendi sağlıkları hakkında endişe duymaktadırlar (Erbil ve ark., 2009). Gebelikte yaşanan kaygı ve depresyon, doğumdan sonra da depresyon gelişeceğinin göstergesi olabilmektedir (O'Hara, 1986). Araştırmalarda gebelikte sosyal destek ile depresyon ve kaygı düzeyi arasında ilişki olduğu, sosyal destek yetersizliğinin depresyon ve kaygı düzeyini arttırdığı görülmektedir (Akbaş ve ark, 2008).

## 2.9 Hemşirelik ve Kaygı

Halk sağlığı hemşireliği, kişi, aile ve toplumun yaşamını hastalık ve sağlık diye ayırmaksızın, çevresiyle bütünlük içinde görerek, sağlık hizmetine ekip anlayışı içinde yaklaşarak, öncelikle sağlığı korumak, geliştirmek, hasta olanların tedavilerine yardımcı olmak ve rehabilitasyon hizmetlerine katkıda bulunmak amacındadır. Bu amaca ulaşmak için tüm temel sağlık hizmetleri çerçevesince halk sağlığı ilke ve yöntemlerini kullanarak, kişi, aile ve toplumun sağlık sorunlarını saptar, öncelikleri saptar, hemşirelik girişimlerini planlar, uygular ve değerlendirir. Sağlık tanımlanırken beden, ruh ve sosyal sağlığın birlikte ele alınmasına, uygulamalarda ruh sağlığı hizmetlerine gereken önemin verilmesi sağlanmalıdır (Karataş, 1998).

Halk sağlığı hemşiresi hastaların ve sağlıklı bireylerin genel sağlık düzeyini değerlendirmek ve risk faktörü analizi yapmak durumundadır. Doğum öncesi ve doğum sonrası biyolojik ve psikolojik sorunlar, ruh sağlığının temel belirleyicilerindedir. Halk sağlığı hemşiresi, hastaların genel sağlık düzeyini değerlendirerek ya da bireysel olgularda risk faktörlerini analiz ederek, yeterli ve etkin doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım vererek, genetik danışmanlık yaparak hem bedensel hem de ruhsal sağlığın korunması ve tedavisini sağlamaktadır (Karataş, 1998).

Halk sağlığı hemşireleri daha çok sağlıklı bireylere hizmet verdiklerinden dolayı amaçları da daha çok sağlığın korunması ve yükseltilmesine yönelmiştir. Kadının

doğurganlığını etkileyen olumsuz faktörlerin önlenmesi veya en aza indirilmesinde ebe-hemşirelerin amaçları şöyledir;

- Anne ve çocuklar başta olmak üzere ailedeki bireylerin tümü için sağlığı en üst düzeyde geliştirmek ve korumak,
- Riskli durumların erken tanı ve tedavisini sağlamak,
- Sağlığı etkileyecek çevresel faktörleri düzenlemek,
- Hastalıkları önlemek veya erken devrede tanımlamak
- Anne ve çocuklar hastalandığında hayatta kalmalarını, iyileşmelerini ve gelişmelerini sağlamak,
- Gebeliklerini planlamada, sağlıklı bir gebelik süreci geçirmelerine rehberlik etmek,
- Gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerle bebeğin büyüme ve gelişme süreci sırasında ortaya çıkan kriz durumlarında aileyi desteklemek,
- Ekip üyeleriyle işbirliği içersinde olmak,
- Kadınlara ve ailelere doğru sağlık alışkanlıkları kazanmaları konusunda eğitim yapmak,
- Tüm anne ve çocukların sağlık hizmetinden en üst düzeyde yararlanmaları için hizmet kalitesini geliştirmek için gözlem ve çalışmalar yapmak(Taşkın, 1992).

Hemşirenin, anneye duygusal destek verebilmesi için aşağıdaki girişimlerde bulunması gerekir.

- Gebeliğin, kadının ve ailenin yaşamındaki anlamını araştırmak
- Olumlu ve olumsuz duyguların açıklanması için anneyi desteklemek
- Zıt- ambivalan duyguları arttıran olguları belirlemek

- Kadının, gebeliğin sorunlarını ve sorumluluklarını paylaşmak istediği kişiyi belirlemek
- Yaşanan kaygının derecesini belirlemek

Hemşire kadının duygularını açıklaması için desteklemeli, gebeliğin kadın için ne anlama geldiğini, ne zaman yardıma ve desteğe ihtiyaç duyacağını bilmelidir. Hemşirenin annenin duygularını desteklemesi, kadının kendine olan güvenini artırır. Hemşire daha çok çözümlenebilecek sorunlar üzerinde yoğunlaşmalı ve kadını gerçeklere yöneltmelidir (Taşkın, 2003). Hemşire bilgisi, becerisi ve olumlu yaklaşımı ile gebenin güvenini kazanmalı, onu fiziksel ve ruhsal yönden desteklemeli ve eğitmelidir (Coşkun, 1992).

### **Kaygı ile Başetmede Hemşirelik Girişimleri**

- 1) Kaygı düzeyini azaltmak için bireye yardım edilmelidir.
- 2) Bireyde endişeli bir durum görüldüğünde kaygıya dönüşebileceği bilinmeli ve kaygının fizyolojik, emosyonel ve davranışsal belirtilerine karşı dikkatli olunmalıdır.
- 3) Bireyin kaygısını tanımlayabilmesi için cesaretlendirilmeli ve iyi bir dinleyici olunmalıdır.
- 4) Yeniden güvenliği ve rahatlığı sağlanmalıdır.
- 5) Aşırı uyaranlar ortadan kaldırmalıdır.
- 6) Kaygının kaynağı araştırılmalı, kaygıyı arttıran ve azaltan faktörlere ilişkin veri toplanmalıdır.
- 7) Problem olan baş etme mekanizmalarını belirleyin. Problem çözme ve baş etme becerilerini artırın.
- 8) Kendi farkında lığını artırmaya yardım edilmelidir.
- 9) Kendine yardım becerileri öğretilmelidir.

10) Bireye yakınında olunduğu hissettirilmelidir.

11) Baş etme mekanizmaları ile uyum sağlanamadığı ya da kronik kaygısı olduğu belirlenen bireyleri psikiyatrik tedaviye sevk edilmelidir (Taşkın, 2003; z, 2004).



### **3 MATERYAL VE METOT**

#### **3.1 Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebelerde gebelik yaşının kadınların kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

#### **3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde 01.08.2010-01.11.2010 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne 01.08.2010-01.11.2010 tarihleri arasında başvuran gebe kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne 600 gebe kadın başvurmuş olup bunlar arasında araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebe kadınlar örneklemi oluşturmuştur. Tek yönlü varyans analizinde Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) puanlarının gruplar arasında en az 2 (iki) birimlik fark, 4 (dört) birimlik standart sapma, %80 power ve %95 güven sınırı kullanılarak hesaplanan örnek büyüklüğü optimum 400 kişi olarak hesaplanmış, araştırmaya katılmayı kabul eden power analiziyle hesaplanan optimum 400 gebe kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin toplandığı tarihte araştırmadan kayıp olabileceği için 5 kadın ayrıca yedek olgu olarak alınması düşünülmüş, araştırma sonucunda kayıp olmaması ve 2 yedek gebeye de ulaşılması nedeniyle araştırma grubunu 402 kadın oluşturmuştur. Araştırma kapsamına alınan bu kadınlar arasından araştırmaya katılmayı kabul eden, okuma yazma bilen, iletişim kurabilen 402 gebe kadın alınmıştır. Araştırma yapıldığı tarihlerde psikiyatrik tedavi gören, ilaç kullanan, ikinci kez polikliniğe

başvuran, daha önce araştırma anketini dolduran ve araştırma kriterlerine uymayan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen gebe kadınlar araştırmanın örneklemine dâhil edilmemiştir.

### 3.4 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

**Bağımlı değişken:** Sürekli-durumluk kaygı düzeyi araştırmanın bağımlı değişkenidir.

**Bağımsız değişken:** Gebelik yaşı, eğitim, eş eğitim, evlilik yılı, çalışma durumu, eş çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, gebelik haftası, gebelik sayısı, yaşayan ocuk sayısı, düşük-kürtaj olma durumu, isteyerek hamile kalma durumu, daha önceki gebeliği, anneliğe hazır hissetme durumu, bebeğin bakımına yardım edecek kimsenin varlığı, doğumla ilgili bilgi alma durumu, yardım/destek alma durumu, daha önce ruhsal hastalık geçirme durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, sigara kullanma durumu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

### 3.5 Veri Toplama Araçları

#### 3.5.1 Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerini Değerlendirme Formu (Ek-1)

Bu form literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından durumluk-sürekli kaygı düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

Form toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Formda sosyo demografik özellikler, obstetrik özellikleri, doğumla ilgili tutumları, ruhsal hastalık özellikleri, sigara kullanma durumları ve kaygı durumlarını algılamayı içeren maddeler yer almaktadır.

**Sosyo demografik özellikler bölümünde;** yaş, eğitim, eş eğitim, evlilik yılı, çalışma durumu, eş çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi yer almaktadır.

**Obstetrik özellikler bölümünde;** gebelik haftası, kaçınıcı gebeliği, yaşıayan çocuk sayısı, düşük- kúrtaj olma durumu, daha önceki gebeliğinde sorun yaşama yer almaktadır.

**Doğumlara ilişkin öykü bölümünde;** doğumla ilgili bilgi alma, doğumla ilgili korku ve kaygı varlığı, anneliğe hazır hissetme, isteyerek hamile kalma, istenen bebek cinsiyeti yer almaktadır.

**Ruhsal hastalık özellikleri bölümünde;** daha önce ruhsal hastalık geçirme, ailede ruhsal hastalık öyküsü yer almaktadır.

**Sigara kullanma davranışları bölümünde;** sigara kullanma durumları yer almaktadır.

### **3.5.2 Durum-Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek-2)**

Araştırma kapsamına alınan gebelerin durumluk-sürekli kaygı durumlarına ilişkin veriler durumluk-sürekli kaygı durumlarının değerlendirilmesinde kullanılan ve 40 sorudan oluşan, bir araç olan ‘‘Spielberger’in Durum-Sürekli KaygıEnvanteri (State Traid Anxiety Inventory)’’ ile belirlenmiştir.

#### **a) Durumluk-Sürekli Kaygı (Anksiyete ) Ölçeği**

Spielberg’in Durum-Sürekli Kaygı Envanteri (State Trait Anxiety Inventory-STAI): Durum-Sürekli Kaygı Envanteri (DSAE), geçici ve sürekli kaygı düzeyini yansıtmakta kullanılan ve 20’şer maddelik bir ölçektir. Spielberg (1966) kuramına göre, kaygı, gerçek bir tehlike ya da tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan, bireyin karmaşık coşkusall tepkilerinin anlatımı ya da bireysel farklılıkların bulunduğu bir kişilik özelliğidir. Spielberg, bu tanıma uygun bir biçimde, kişinin kaygı tipini ve düzeyini saptamaya çalışmıştır. Bu amaçla, ‘Durum-Sürekli KaygıEnvanteri’ adında kişinin kendini değerlendirebilmesi için bir anket geliştirmiştir. Envanterin Türk kültürüne uyarlanması ise 1976 yılında Ayhan Le Compte ve Doç.Dr. Necla Öner’in birlikte çalışmaları sonucu gerçekleşmiştir (Öner, 1983).

### **b) Durumluk ve Sürekli Kaygı (Anksiyete) Ölçeğinin Geçerliliği:**

Durum-Kaygı Ölçeği, bireyin kendini belirgin bir an ya da durumda nasıl hissettiğini ortaya koyar. Bunun için ölçeğin maddelerini okurken o andaki duygularının şiddetine göre; (1) Hayır, (2) Biraz, (3) oldukça, (4) Tamamıyla gibi yanıtlardan biri işaretlenir. 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 ve 18'inci sorularda; Hayır(1), Biraz (2), Oldukça (3), Tamamıyla (4) puan, diğer sorularda ise Hayır (-1), Biraz (-2), Oldukça (-3), Tamamıyla (-4) puan değerindedir. Durum-Kaygı ölçeğinin değerlendirilmesinde, kişinin alacağı toplam puan, artı ve eksi puanların birbirinden çıkarılıp kalanın üzerine 50 puan eklenerek hesaplanır.

Sürekli-kaygı ölçeği, bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini, duygularını sıklık derecesine göre; (1) Hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çoğu zaman ve (4) Hemen her zaman gibi seçeneklerden birinin işaretlenmesi gerekir. 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 ve 40'inci sorularda, Hiçbir zaman (1), Bazen (2), Çoğu zaman (3), Hemen her zaman (4) puan; 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39'uncu sorularda ise Hiçbir zaman (-1), Bazen (-2), Çoğu zaman (-3), Hemen her zaman (-4) puan değerindedir. Sürekli kaygı ölçeğinin değerlendirilmesinde artı ve eksi puanlar birbirinden çıkarılıp kalanın üzerine 35 puan eklenerek hesaplanır.

Her iki ölçekte kişinin kaygı durumu; 0-19 puan: "Yok", 20-39 puan: "Hafif", 40-59:"Orta", 60-79 puan: "Ağır" ve 80 puan ve üstü için ise "Çok Şiddetli, Panik" olarak yorumlanır (Babadağlı, 2008).

Öner ve Le Compte tarafından yapılan güvenilirlik çalışmasında, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri'nin Alpha güvenilirlik katsayısını Sürekli Kaygı Ölçeği için çeşitli uygulamalarda 0,83-0,87 arasında, Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,94-0,96 arasında bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirlik sayısı ise çeşitli uygulamalarda Sürekli Kaygı Ölçeği için 0,71-0,86 arasında, Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,26-0,68 arasında bulunmuştur (Öner, 1983).

Ayrıca bu araştırmada elde edilen verilerden Sürekli Kaygı Envanteri'nin Alpha güvenilirlik katsayısı 0,80 olarak; Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri'nin Alpha güvenilirlik katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur.

Güvenirlik katsayılarının yüksek bulunması Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri'nin güvenilir olduğunu göstermektedir

### **3.6 Verilerin Toplanması**

Veriler 01.08.2010-01.11.2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Birinci aşamada OMÜ Tıp Fakóltesi Hastanesi Başhekimliği'nden onay alınmıştır (Sayı: B.30.2.ODM.0.1H.00.00/206-839-1765) (Ek 4). Hastane müdürlüğü tarafından çalışmanın yapılacağı poliklinik (birim) bilgilendirilmiş ve izin formları gönderilmiştir. Araştırmacı verileri toplamaya başlamadan önce çalışmanın yapılacağı birim yönetici ve çalışanları ile görüşerek çalışma hakkında bilgi vermiştir. Verileri toplama günleri ve şekli ile ilgili çalışanlarla bir plan oluşturulmuştur.

Veri toplama formları uygulamadan önce 10 kişilik bir grubu pilot uygulama olarak uygulanmış, soruların denetimi yapılmış, herhangi bir düzeltmeye gerek duyulmadığı tespit edilerek formlar uygulanmaya başlanmıştır.

Veri toplamaya başlamadan önce gebelere çalışma hakkında bilgi verilmiştir ve gebelere 30 sorudan oluşan tanıtıcı form ile 40 sorudan oluşan DKÖ-SKÖ formu verilmiştir. Her bir formun doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

### **3.7 Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler bilgisayarda SPSS 16.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde aşağdaki testler kullanılmıştır.

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
Gebe kadınların sosyodemografik özellikleri, obstetrik özellikleri, doğumla ilgili özellikleri, ruhsal hastalık özellikleri ve DKÖ ve SKÖ puanları ile ilgili özelliklerini değerlendirmede,	Tanımlayıcı istatistikler (yüzde, ortalama)
Gebelik yaşı ile kadınların kaygı düzeyleri ve anneliğe hazır hissetme durumlarını karşılaştırmada,	Ki kare testi ( $\chi^2$ )
Gebelerin DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları ile düşük yapma, kürtaj olma, isteyerek hamile kalma, doğumla ilgili kaygı ve korku varlığı, gebelikte cinsel yönden uyumlu olma, bebeğin bakımına yardım edecek kimsenin varlığı ve doğumla ilgili bilgi alma durumlarını karşılaştırmada,	Student t testi
Gebelerin DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları ile yaş, eğitim durumu, eş eğitim durumu, evlilik yılı, gelir durumu, aile tipi, gebelik dönemi, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, istenen bebek cinsiyeti ve anneliğe hazır hissetme durumlarının karşılaştırmasında	Varyans analizi (F)
Gebelerin DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları ile herhangi bir işte çalışma, eş çalışma, sigara kullanma, daha önceki gebelikte sorun yaşama, daha önce ruhsal hastalık geçirme ve ailede ruhsal hastalık öyküsü durumlarını karşılaştırmada	Mann-Whitney U testi (U)

### 3.8 Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'ne sunulularak araştırma için yasal izin alınmıştır (Ek 4). OMÜ Rektörlüğü Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurulu (TAYEK)'nda araştırma için etik kurul onayı alınmıştır (Ek 3)

Çalışmaya katılan gebe kadınlara çalışmanın amacı açıklanmış, gönüllü olanlar çalışmaya dâhil edilmiştir. Ayrıca kadınlara ankete isim yazılmayacağı ve bilgilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapılmış ve 'bilgilendirilmiş onam' koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir.

Hastane, seçiminde göz önüne alınan kriterler; gebe kadınların muayene için başvurabileceği uygun polikliniğin bulunması ve hasta kapasitesinin fazla olması şeklindedir. Uygulama 01.08.2010 ile 01.11.2010 tarihleri arasında hafta içi 5 gün süreyle mesai saatleri içerisinde gerçekleşmiştir.

## 4 BULGULAR

Araştırma OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran ve araştırmayı kabul eden toplam 402 gebe kadın üzerinde yapılmıştır. Araştırmada verilerin toplanmasında 30 sorudan oluşan gebelerin tanımlayıcı özellikleri ve obstetrik özelliklerini içeren soru formu ile 40 sorudan oluşan durum-sürekli kaygı ölçeği kullanılmıştır. Çalışma sonunda elde edilen bulgular bu bölümde ele alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş ortalaması  $28,43 \pm 5,98$  olup, %30,8'i 26-30 yaş arasında ve %13,7'si 36 yaş ve üzerindedir. Gebelerin %63,9'unun ilköğretim mezunu, %23,2'sinin lise mezunu olduğu ve %78,6'sı herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki gebelerin eşlerinin %51,2'si ilköğretim mezunu, %32,6'sı lise mezunu ve %16,2'si ise üniversite mezunu olup gebelerin %12,9'unun eşinin herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır.

Kadınların %55,2'sinin gelirinin giderine eşit durumda olduğu ve %35,3'ünün ise gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiş olup, kadınların %68,7'sinin geniş aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamındaki gebelerin evlilik süreleri ortalama  $6,44 \pm 5,66$  olup, (en düşük 1yıl, en yüksek 23 yıl'dır) kadınların, %24,4'ü 1 yıllık evli, %32,3'ü 2-5 yıl evli, %22,9'u 11 ve üzeri yıl evli olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %91,3'ü sigara kullanmamaktadır (Tablo 1).



**Tablo 1.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

<b>SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER</b>	<b>SAYI</b>	<b>%</b>
<b>YAŞLAR</b>	28,43±5,98(min:15, max:43)	
15-20	35	8,7
21-25	100	24,9
26-30	124	30,8
31-35	88	21,9
+36	55	13,7
<b>EĞİTİM DURUMU</b>		
İlköğretim	257	63,9
Lise	93	23,2
Üniversite	52	12,9
<b>EŞ EĞİTİM</b>		
İlköğretim	206	51,2
Lise	131	32,6
Üniversite	65	16,2
<b>ÇALIŞMA DURUMU</b>		
Çalışan	86	21,4
Çalışmayan	316	78,6
<b>EŞ ÇALIŞMA</b>		
Çalışan	350	87,1
Çalışmayan	52	12,9
<b>GELİR DURUMU</b>		
İyi	38	9,5
Orta	222	55,2
Kötü	142	35,3
<b>AİLE TİPİ</b>		
Çekirdek	126	31,3
Geniş	276	68,7
<b>EVLİLİK YILI</b>	6,44±5,66(min:1, max:23)	
1 yıldan az	98	24,4
1-5 yıl	130	32,3
6-10 yıl	82	20,4
11 yıl ve üzeri	92	22,9
<b>SİGARA KULLANMA DURUMU</b>		
Kullanan	35	8,7
Kullanmayan	367	91,3

**Tablo 2.** Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>SAYI</b>	<b>YÜZDE%</b>
<b>GEBELİK DÖNEMİ</b>		
1. Trimester	84	20,9
2. Trimester	210	52,2
3. Trimester	108	26,9
<b>GEBELİK SAYISI</b>	2,22±1,22(min:1, max:7)	
1	132	32,8
2-3	211	52,5
4 ve üzeri	59	14,7
<b>YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI</b>	0,93±0,9(min:1, max:4)	
0	162	40,3
1-2	209	52,0
3 ve üzeri	31	7,7
<b>DÜŞÜK YAPMA DURUMU</b>		
Yapan	87	21,6
Yapmayan	315	78,4
<b>KÜRTAJ OLMA DURUMU</b>		
Olan	79	19,7
Olmayan	323	80,3

Tablo 2’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan gebe kadınların %52,2’sinin 2.trimesterde olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların ortalama gebelik sayısı 2,22±1,22 (min:1, max:7) olup, %32,8’inin ilk gebeliği ve %52,5’inin 2 yada 3. gebeliği olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin yaşayan çocuk sayısı ortalaması 0,93±0,9 (min:1, max:4) olduğu, %40,3’ünün hiç çocuğu olmadığı, %52,0’sinin 1-2 çocuğu olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebe kadınların %21,6’sının düşük öyküsü ve 19,7’sinin ise kürtaj öyküsü olduğu saptanmıştır

**Tablo 3.** Gebelerin Doğumla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>SAYI</b>	<b>YÜZDE %</b>
<b>İSTEYEREK HAMİLE KALMA DURUMU</b>		
Kalan	302	75,1
Kalmayan	102	24,9
<b>DAHA ÖNCEKİ GEBELİKTE SORUN YAŞAMA DURUMU</b>		
Yaşayan	94	23,4
Yaşamayan	308	76,6
<b>DOĞUMLA İLGİLİ KAYGI VE KORKU VARLIĞI</b>		
Var	259	64,4
Yok	143	35,6
<b>İSTENEN BEBEK CİNSİYETİ</b>		
Kız	59	14,7
Erkek	54	13,4
Fark etmez	289	71,9
<b>ANNELİĞE HAZIR HİSSETME DURUMU</b>		
Hissediyor	365	90,8
Hissetmiyor	12	3,0
Kararsız	25	6,2
<b>GEBELİKTE CİNSEL YÖNDEN UYUMLU OLMA DURUMU</b>		
Uyumlu	315	78,4
Uyumsuz	87	21,6
<b>BEBEĞİN BAKIMINA YARDIM EDECEK KİMSENİN VARLIĞI</b>		
Var	291	72,4
Yok	111	27,6
<b>DOĞUMLA İLGİLİ BİLGİ ALMA</b>		
Alan	213	53,0
Almayan	189	47,0

Araştırma kapsamına alınan gebe kadınların %75,1'inin isteyerek hamile kaldığı, %23,4'ünün daha önceki gebeliklerinde sorun yaşadığı, %76,6'sının sorun yaşamadığı belirlenmiş olup, gebelerin %64,4'ünün doğumla ilgili korku ve kaygısının olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin %71,9'u bebeğinin cinsiyetinin kız yada erkek fark etmediğini, %90,8'i kendilerini anneliğe hazır hissettiğini, ve gebelerin %78,4'ü gebelikte cinsel yönden uyumlu olduğunu ifade etmişlerdir

Araştırmaya katılan gebe kadınların %72,4'ünün doğumdan sonra bebeğin bakımına yardım edecek birinin olduğu ve %53,0'ünün doğumla ilgili bilgi aldığı saptanmıştır (Tablo 3).

**Tablo 4.** Gebelerin Ruhsal Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları

ÖZELLİKLER	SAYI	YÜZDE (%)
<b>DAHA ÖNCE RUHSAL HASTALIK GEÇİRME</b>		
Geçiren	41	10,2
Geçirmeyen	361	89,8
<b>AİLEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ</b>		
Var	35	8,7
Yok	367	91,3

Tablo 4'de Gebelerin ruhsal hastalık özelliklerinin dağılımlarına bakıldığında %89,8'inin daha önce ruhsal bir hastalık geçirmediği belirlenmiştir ve araştırmaya katılan gebe kadınların %91,3'ü ailesinde herhangi bir ruhsal hastalık öyküsü olmadığını ifade etmişlerdir.

**Tablo 5.** Gebelerin DKÖ VE SKÖ Puanlarının Ortalama Dağılımları

ÖLÇEK	Minimum Puan	Maximum Puan	Madde Sayısı	X	SD	Cronbach $\alpha$
<b>DKÖ</b>	20	71	20	42,63	10,56	0,89
<b>SKÖ</b>	26	71	20	46,4	7,56	0,80

Tablo 5'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan gebelerin DKÖ puan ortalaması  $42,63 \pm 10,56$  ve SKÖ puan ortalaması ise  $46,14 \pm 7,56$  olduğu saptanmıştır.

Bu arařtırmada en dūřuk durumluk kaygı puanı 20, en yūksek durumluk kaygı puanı 71, en dūřuk sūrekli kaygı puanı 26, en yūksek sūrekli kaygı puanı 71 olarak bulunmuřtur (Tablo 5).

**Tablo 6.** Gebelerin DKÖ VE SKÖ Puanlarının % Dağılımları

<b>DKÖ</b>	<b>Puanlar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Puan ortalaması</b>	42,63±10,56		
Kaygı yok	0-19	-	-
Hafif	20-39	154	38,3
Orta	40-59	221	55
Ağır	60-79	27	6,7
Çok şiddetli	80 ve ūzeri	-	-
<b>SKÖ</b>			
<b>Puan ortalaması</b>	46,14±7,56		
Kaygı yok	0-19	-	-
Hafif	20-39	75	18,7
Orta	40-59	308	76,6
Ağır	60-79	19	4,7
Çok şiddetli	80 ve ūzeri puan	-	-

Tablo 6’da durumluk kaygı %42,63 ve sūrekli kaygı %46,14 olarak bulunmuřtur. Kaygı oranlarında SKÖ puanı, DKÖ puanından daha yūksektir.

Gebelerin %38,3’ü hafif kaygı dūzeyinde, %55’i orta ve %6,7’si ađır kaygı dūzeyine sahip olarak bulunmuřtur. Gebelerin sūrekli kaygı dūzeyleri de %18,7’si hafif kaygı dūzeyinde, %76,6’sı orta ve %4,7’si ađır kaygı dūzeyine sahip olarak ortaya çıkmıřtır.

**Tablo 7.** Kadınların Gebelik Yaşının Kaygı Düzeylerine ve Anneliğe Hazır Hissetme Durumlarına Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	YAŞLAR					
	15-20 yaş	21-25 yaş	26-30 yaş	31-35 yaş	36+ yaş	Toplam
	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %
Kadınların İfadelerine Göre Kaygı						
Var	27 77,1	67 67,0	78 62,9	55 62,5	32 58,2	259 64,4
Yok	8 22,9	33 33,0	46 37,1	33 37,5	123 41,8	143 35,6
Anneliğe Hazır Hissetme Durumu						
Evet	32 91,4	93 93,0	112 90,3	83 94,3	45 81,8	365 90,8
Hayır	- -	4 4,0	3 2,4	2 2,3	3 5,5	12 3,0
Kararsız	3 8,6	3 3,0	9 7,3	3 3,4	7 12,7	25 6,2

Doğumla ilgili korku ve kaygısı olduğunu ifade eden gebelerin %77,1'i 15-20 yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaşlarının doğumla ilgili korku ve kaygı varlığını etkilemediği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ( $\chi^2=3,962$ ;  $p>0,05$ ) (Tablo 7).

Anneliğe hazır olan gebelerin %94,3'ü 31-35 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaşlarının anneliğe hazır hissetme durumlarını etkilemediği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ( $\chi^2=10,519$ ;  $p>0,05$ ). (Tablo 7).

**Tablo 8.** Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre DKÖ VE SKÖ Puan Ortalamaları

ÖZELLİKLER	DKÖ	İstatistik	SKÖ	İstatistik
	x±SD		x±SD	
<b>YAŞLAR</b>				
15-20	42,55±10,94	F=1,110 p=0,351	47,12±7,80	F=2,660 <b>p=0,032</b>
21-25	42,95±11,25		46,04±7,82	
26-30	40,80±9,44		44,25±6,62	
31-35	44,05±10,16		46,14±7,64	
+36	44,11± 10,19		48,45±7,33	
<b>EĞİTİM DURUMU</b>				
İlköğretim	43,38±10,38	F=2,257 p=0,106	47,14±7,42	F=11,182 <b>p=0,000</b>
Lise	41,95±10,30		45,78±7,29	
Üniversite	45,78±11,62		41,86±7,31	
<b>EŞ EĞİTİM</b>				
İlköğretim	43,51±10,65	F=2,980 p=0,052	47,65±7,09	F=11,626 <b>p=0,000</b>
Lise	42,63±9,45		45,42±8,02	
Üniversite	39,86±12,01		42,80±6,8	
<b>EVLİLİK YILI</b>				
1 yıl	41,62±10,96	F=0,868 p=0,458	46,30±7,72	F=0,501 p=0,682
2-5 yıl	42,27±10,73		46,49±7,79	
6-10 yıl	44,04±10,25		46,34±7,96	
11 yıl ve üzeri	42,96±10,19		45,30±6,72	
<b>HERHANGİ BİR İŞTE ÇALIŞMA</b>				
Çalışan	40,73±11,49	U=11483,500 <b>p=0,028</b>	43,23±7,98	U=9432,000 <b>p=0,000</b>
Çalışmayan	43,15±10,26		46,93±7,26	
<b>EŞ ÇALIŞMA</b>				
Çalışan	42,91±10,70	U=7990,500 p=0,156	45,94±7,62	U=7953,000 p=0,142
Çalışmayan	40,78±9,52		47,50±7,05	
<b>GELİR DURUMU</b>				
İyi	41,13±11,16	F=0,955 p=0,386	42,86±7,81	F=86,51 <b>p=0,000</b>
Orta	42,33±10,55		45,54±7,41	
Kötü	43,50±10,43		47,95±7,34	
<b>AİLE TİPİ</b>				
Çekirdek	43,34±10,65	F=0,833 p=0,362	47,07±7,57	F=2,767 p=0,097
Geniş	42,31±10,38		45,72±7,50	
<b>SİGARA KULLANMA DURUMU</b>				
Kullanan	45,82±9,44	U=5079,500 <b>p=0,041</b>	49,05±8,20	U=5106,500 <b>p=0,045</b>
Kullanmayan	42,33±10,63		45,86±7,45	

Tablo 8’de Gebelerin tanımlayıcı özelliklere göre DKÖ VE SKÖ puan ortalamaları verilmiştir. Gebelerin yaşı ile DKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Gebelerin yaşının, SKÖ puan ortalamalarını etkilediği, 36 yaş ve üzeri gebelerin SKÖ puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F=2,660$ ;  $p<0,05$ ).

Gebelerin eğitim durumları ile DKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) Gebelerin eğitim durumlarının, SKÖ puan ortalamalarını etkilediği, ilköğretim mezunu olan gebelerin SKÖ puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $F=11,182$ ;  $p<0,001$ ).

Gebelerin eşlerinin eğitim durumları ile DKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Gebelerin eşlerinin eğitim durumlarının, SKÖ puan ortalamalarını etkilediği, ilköğretim mezunu olan gebelerin SKÖ puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $F=11,626$ ;  $p<0,001$ ).

Gebelerin evlilik yılı ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Gebelerin çalışma durumlarının, DKÖ puan ortalamalarını etkilediği, çalışmayan gebelerin DKÖ puan ortalamalarının, çalışan gebelerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $U=11483,500$ ;  $p<0,05$ ).

Gebelerin çalışma durumlarının, SKÖ puan ortalamalarını etkilediği, çalışmayan gebelerin SKÖ puan ortalamaları çalışan gebelerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $U=9432$ ;  $p<0,001$ ).

Gebelerin eşlerinin çalışma durumları ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).



Gebelerin gelir durumları ile DKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8). Gebelerin gelir durumlarının, SKÖ puan ortalamalarını etkilediği, gelir durumunu kötü olarak bildiren gebelerin SKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $F=86,51$ ;  $p<0,001$ ).

Gebelerin aile tipleri ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Gebelerin sigara içme durumlarının, DKÖ puan ortalamalarını etkilediği, sigara kullanan gebelerin DKÖ puan ortalamalarının sigara kullanmayan gebelerin DKÖ puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $U=5079,500$ ;  $p<0,05$ ).

Gebelerin sigara içme durumlarının, SKÖ puan ortalamalarını etkilediği, sigara kullanan gebelerin SKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $U=5106,500$ ;  $p<0,05$ ).

**Tablo 9.** Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) Puan Ortalamaları

ÖZELLİKLER	DKÖ	İstatistik	SKÖ	İstatistik
	x±SD		x±SD	
<b>GEBELİK DÖNEMİ</b>				
1.Trimester	41,73±10,90	F=0,629 p=0,534	47,28±8,19	F=1,543 p=0,215
2.Trimester	42,57±10,31		45,59±7,65	
3.Trimester	43,45±10,82		46,32±6,80	
<b>GEBELİK SAYISI</b>				
1	41,11±11,08	F=2,284 p=0,103	45,63±7,66	F=0,443 p=0,642
2-3	43,61±10,14		46,37±7,61	
4 ve üzeri	42,55±10,65		46,44±7,23	
<b>YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI</b>				
0	41,79±10,87	F=0,873 p=0,418	46,40±7,86	F=0,268 p=0,765
1-2	43,15±10,39		45,88±7,58	
3 ve üzeri	43,51±10,09		46,54±5,81	
<b>DÜŞÜK YAPMA</b>				
Yapan	42,94±9,41	t=0,304 p=0,761	47,08±7,15	t=1,305 p=0,193
Yapmayan	42,55±10,87		45,88±7,66	
<b>KÜRTAJ OLMA</b>				
Olan	44,32±9,85	t=1,591 p=0,112	47,50±7,39	t=1,790 p=0,074
Olmayan	42,22±10,70		45,81±7,58	

Tablo 9’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan kadınların gebelik haftaları ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan kadınların gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısının DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarını etkilemediği, aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak da anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ )

Gebelerin düşük yapma durumları ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Kürtaj olan kadınların DKÖ ve SKÖ Puan ortalaması kürtaj olmayanlara göre daha yüksek olmasına rağmen; gebelerin kürtaj olma durumları ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 10.** Gebelerin Doğumla İlgili Özelliklere Göre Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) Puan Ortalamaları

ÖZELLİKLER	DKÖ	İstatistik	SKÖ	İstatistik
	x±SD		x±SD	
<b>İSTEYEREK HAMİLE KALMA DURUMU</b>		t=-4,558 <b>p=0,000</b>		t=-1,936 p=0,054
Kalan	41,40±10,79		45,72±7,48	
Kalmayan	46,36±8,92		47,41±7,70	
<b>DAHA ÖNCEKİ GEBELİKTE SORUN YAŞAMA</b>				
Yaşayan	45,06±10,24	U=11730,500 <b>p=0,005</b>	47,43±8,18	U=12596,000 p=0,056
Yaşamayan	41,89±10,57		45,75±7,33	
<b>DOĞUMLA İLGİLİ KAYGI VE KORKU VARLIĞI</b>				
Var	45,27±9,97	t=7,129 <b>p=0,000</b>	47,31±7,47	t=4,254 <b>p=0,000</b>
Yok	37,86±9,95		44,02±7,28	
<b>İSTENEN BEBEK CİNSİYETİ</b>				
Kız	43,86±10,95	F=0,542 p=0,582	45,54±7,04	F=0,709 p=0,493
Erkek	42,94±8,84		47,18±6,59	
Fark etmez	42,32±10,79		46,07±7,84	
<b>ANNELİĞE HAZIR HİSSETME DURUMU</b>				
Hisseden	42,24±10,54	F=2,858 p=0,059	45,61±7,31	F=12,560 <b>p=0,000</b>
Hissetmeyen	47,58±11,19		55,08±10,59	
Kararsız	46,00±9,72		49,60±6,18	
<b>GEBELİKTE CİNSEL YÖNDEN UYUMLU OLMA DURUMU</b>				
Uyumlu	41,85±10,64	t=-2,851 <b>p=0,005</b>	45,29±7,28	t=-4,393 <b>p=0,000</b>
Uyumlu Değil	45,47±9,82		49,22±7,80	
<b>BEBEĞİN BAKIMINA YARDIM EDECEK KİMSENİN VARLIĞI</b>				
Var	42,12±10,25	t=-1,568 p=0,118	45,33±7,44	t=-3,513 <b>p=0,000</b>
Yok	43,97±11,27		48,26±7,51	
<b>DOĞUMLA İLGİLİ BİLGİ</b>				
Alan	41,58±10,39	t=-2,124 <b>p=0,034</b>	44,86±7,09	t=3,643 <b>p=0,000</b>
Almayan	43,82±10,66		47,58±7,84	

Gebelerin isteyerek hamile kalma durumlarının, DKÖ puan ortalamalarını etkilediği, isteyerek gebe kalan kadınların DKÖ puan ortalamalarının gebeliği istemeyen kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur ( $t=-4,558$ ;  $p<0,001$ ). Gebelerin isteyerek gebe kalma durumlarının SKÖ puan ortalamalarını ise etkilemediği saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).

Gebelerin daha önceki gebeliklerinde sorun yaşama durumlarının, DKÖ puan ortalamalarını etkilediği, daha önceki gebeliklerinde sorun yaşayanların DKÖ puan ortalamalarının sorun yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $U=11730,500$ ;  $p<0,005$ ).

Gebelerin daha önceki gebeliklerinde sorun yaşama durumlarının SKÖ puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilemediği saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).

Gebelerin doğumla ilgili korku ve kaygı yaşama durumlarının, DKÖ puan ortalamalarını etkilediği, doğumla ilgili korku ve kaygısı olduğunu belirtenlerin DKÖ puanları doğumla ilgili korku ve kaygısı olmadığını belirtenlerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $t=7,129$ ;  $p<0,001$ ).

Gebelerin doğumla ilgili korku ve kaygı yaşama durumlarının, SKÖ puan ortalamalarını etkilediği, doğumla ilgili korku ve kaygısı olduğunu belirtenlerin SKÖ puanlarının doğumla ilgili korku ve kaygısı olmadığını belirtenlerin puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $t=4,254$ ;  $p<0,001$ ).

Gebelerin istedikleri bebek cinsiyetleri ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).

Kendilerini anneliğe hazır hissetmeyen gebelerin DKÖ Puan ortalaması daha yüksek bulunmasına rağmen; gebelerin kendilerini anneliğe hazır hissetme durumlarının, DKÖ Puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Kendini anneliğe hazır hissetmeyen gebelerin SKÖ puan ortalamalarının kendini anneliğe hazır hisseden ve kararsız olan gebelerin puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $F=12,560$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 10).

Araştırma kapsamındaki gebelerin gebelik dönemlerinde eşleriyle cinsel yönden uyumlu olma durumlarının DKÖ puan ortalamalarını ( $t=-2,851$ ;  $p<0,001$ ) ve SKÖ puan ortalamalarını ( $t=-4,393$ ;  $p<0,001$ ) anlamlı düzeyde etkilediği, cinsel yönden uyumlu olan gebelerin DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının uyumlu olmadığını belirten gebelerin puan ortalamalarından daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 10).

Gebelerin doğumdan sonra bebeğin bakımına yardım edecek kimsesi olma durumlarının DKÖ puan ortalamalarını etkilemediği ( $p>0,05$ ), SKÖ puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur. Bebeğin bakımına yardım edecek kimsesi olmayan gebelerin SKÖ puanının, bebeğin bakımına yardım edecek kimsesi olan gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $t=-3,513$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 10).

Gebelerin doğumla ilgili bilgi alma durumlarının DKÖ puan ortalamalarını etkilediği, doğumla ilgili bilgi almayan gebelerin bilgi alan gebelere göre DKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $t=-2,124$ ;  $p<0,05$ ).

Gebelerin doğumla ilgili bilgi alma durumlarının DKÖ puan ortalamalarını etkilediği, doğumla ilgili bilgi alan gebelerin, almayan gebelere göre DKÖ puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur ( $t=3,643$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 10)

**Tablo 11.** Gebelerin Ruhsal Hastalık Özelliklerine Göre Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) Puan Ortalamaları ve Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) Puan Ortalamaları ve İstatistikleri

ÖZELLİKLER	DKÖ	İstatistik	SKÖ	İstatistik
	$x\pm SD$		$x\pm SD$	
<b>DAHA ÖNCE RUHSAL HASTALIK GEÇİRME</b>		U=4822,000 <b>p=0,000</b>		U=5033,000 <b>p=0,001</b>
Geçiren	49,00±11,59		50,41±8,57	
Geçirmeyen	41,91±10,21		45,65±7,30	
<b>AİLEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ</b>		U=4425,500 <b>p=0,002</b>		U=4598,000 <b>p=0,005</b>
Var	48,74±12,24		50,20±8,57	
Yok	42,05±10,22		45,75±7,36	

Gebelerin daha önce ruhsal hastalık geçime durumlarının DKÖ puan ortalamalarını etkilediği, ruhsal hastalık geçiren gebelerin daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (U=4822,000; p<0,001).

Daha önce ruhsal bir hastalık geçiren gebelerin SKÖ puan ortalamalarının daha önce ruhsal hastalık geçirmeyen gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmış olup elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (U=5033,000; p<0,05).

Gebelerin ailelerinde ruhsal hastalık öyküsü olma durumlarının DKÖ puan ortalamalarını etkilediği, ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olan gebelerin daha yüksek puan aldıkları saptanmış olup, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (U=4425,500; p<0,05).

Ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olan gebelerin SKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmış olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur(U=4598,000; p<0,05) (Tablo 11).

## 5 TARTIŞMA

Gebelik kadın için bir mutluluk dönemi, doğal bir yaşam olayı, neşe, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk olarak algılanabildiği gibi bazen de endişe, kaygılı bekleme ve yüklenme biçiminde de algılanabilen yaşam deneyimi olmaktadır (Özkan, 2000). Ayrıca gebelik vücut örüntüsünde, sosyal ilişkilerde ve aile üyelerinin rollerinde değişiklik yapan bir durumdur. Bu durum hamilelerin biyolojik durumunu etkilediği gibi psikolojik ve sosyal uyumunu da etkilemektedir (Coşkun, 1992). Bu nedenle gebelerin değerlendirilmesi yapılırken fiziksel değerlendirmeye ek olarak psikiyatrik değerlendirmede yapılarak bütüncül yaklaşım sağlanmalıdır.

Bu çalışmada Samsun OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebelerin gebelik yaşının kadınların kaygı düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular tartışılmıştır.

TNSA-2008'den önce yapılan bütün araştırmalarda en yüksek yaşa özel doğurganlık hızına sahip yaş grubu 20-24 iken, TNSA-2008'de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı, 25-29 yaş grubunda gözlenmektedir. Anne olma yaşının genç yetişkinlik dönemi olduğu söylenebilir (TNSA, 2008). Araştırmamıza katılan gebelerin yaş ortalaması  $28,43 \pm 5,98$  olarak bulunmuştur (Tablo 1). Yaş ortalamaları açısından sonuçlar Türkiye ortalamalarına benzemektedir. Altınparmak (2006), Akbaş ve arkadaşları (2008) ile Dülgerler ve arkadaşları (2005) yaptıkları araştırmalarda çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çetinoğlu ve arkadaşları (2006) Samsun 2004 Yılı İleri Yaş Gebelik Prevalansının Saptanması ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi isimli çalışmasında tüm doğumlar içinde 35 yaş ve üzeri doğum hızı %7,8 olarak bulunmuştur, bu çalışmada saptanan %13,7'dir. Bu çalışmada oranın yüksek çıkmasının nedeni ise doğurganlık yaşının artmasıyla ilgilidir.

Bu çalışmada kaygı düzeyi ile gebenin yaşı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmalarda kaygı düzeyinin artan yaşla birlikte düştüğü

gösterilmiştir(Şahin ve Kılıçarslan, 2010; Kılıçarslan, 2008). Costa ve ark. yaptığı araştırmada gebelik yaşı arttıkça durumluk kaygı düzeyinin azaldığı görülmektedir. Daha genç yaştaki kadınlar, kaygı açısından daha risklidir (Costa, 1999). Akköz ve Acar'ın 'Gebelikte Yaş İle Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi' adlı çalışmasında gebelikte yaş ilerledikçe kaygı düzeyinin arttığı sonucu bulunmuştur (Akköz ve Acar, 2007). Bu araştırmada yaş ile kaygı düzeyi arasında anlamlı ilişki çıkmamasının nedeni; araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğunun gebeliği ile ilgili bilgi almış olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %8,7'si (35 kişi ) 15-20 yaş aralığındadır. Yirmi yaşından önce gebe olan adölesanlar, diğer kadınlara göre daha çok eklampsi ve zor doğum sıkıntısını yaşarlar. Adölesan annelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlığı olasılığı, prematüre olma riski ve perinatal mortalite oranı daha fazladır (Başer, 2000). Yiğitoğlu (2009)'nun adölesan gebelere yaptığı çalışmada postnatal dönemde durumluk-sürekli kaygının azaldığı, antenatal ve postnatal dönemdeki kaygının evlilik uyumlarını negatif yönde etkilediği belirtilmiştir. Anne yaşının annelik sorunlarıyla ilgili korkuların ve ambivalan duyguların derecesini etkilemektedir. Genç yaşta anne olanların yaşadığı sıkıntılar ileri yaşta anne olan kişiye göre daha az bulunmuştur (Melender, 2002). Bernazzi O ve arkadaşlarının 213 gebe kadınla yaptıkları araştırmada ise ileri yaşın ambivalan duyguları ve korkuları arttırdığı ortaya çıkmıştır (Bernazzani ve ark. 1997).

15-20 yaş aralığındaki gebelerin DKÖ puanları 36 yaş ve üzeri gebelerin DKÖ puan ortalamalarından düşük bulunmuştur fakat bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu araştırmada ise 15-20 yaş arasındaki gebelerin SKÖ puan ortalamaları, 36 yaş ve üzeri gebelerin kaygılarından anlamlı düzeyde düşüktür. Yaşı büyük olan gebelerin daha önceki gebeliklerinde sorun yaşamış olabileceklerinden, ailelerin yeni bir çocuğun bakım, eğitim gibi giderlerini karşılayabilecek ekonomik yeterliliklerinin olmaması, kaygılarının diğer gruptan fazla çıkmasına sebep olduğu söylenebilir. Genç grup gebelerde ise, ilk gebelikleri olabileceğinden ve buna bağlı olarak geçmişte gebelik ile ilgili olumsuz bir hikâyelerinin olmaması, ilk gebeliğin sevinç ve mutluluğu içerisinde olmaları kaygılarının düşük çıkmasına neden olduğu söylenilebilir. Ayrıca



yaşı büyük olan gebelerin, riskli gebeliklerinin farkında olmaları ve doğacak çocuğun sakat olma olasılığını düşünmeleri kaygı düzeyini artırmış olabilir.

Gebelerin eğitim durumları ile DKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olmamasına karşılık, SKÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 8). Üniversite mezunu gebe kadınların SKÖ puan ortalamaları; ilköğretim ve lise mezunu gebe kadınlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 8). Akbaş ve arkadaşları (2008)'nin çalışmalarında eğitimin kaygı düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Çalışmaya katılan gebelerin eğitim seviyesinin artmasına bağlı kaygı düzeyinin düşük çıkması, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların gebelik ve doğum hakkında daha önceden daha fazla bilgi sahibi olması ile ilişkili olabilir. Eğitim düzeyi yüksek olan kadınların konu ile ilgili yayınları okuyup bilgi edinebilme olanakları daha fazladır. Gebelikte olabilecek sorunları, kendisine ne yapılacağını ve kendisinden neler bekleneceğini önceden bilen kişi buna hazırlıklı olur, neyin normal, neyin anormal olduğunun bilincindedir. SKÖ (kaygı) puanlarının düşük olması bundan kaynaklanabilir. Sertbaş (1998)'in çalışması bu çalışmayı destekler niteliktedir ve buna ek olarak eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin stres ile baş etmede daha etkin beceriler geliştirmiş olduğunu öne sürmüştür.

Bu araştırmada katılımcıların %78,6'si ev hanımı olduğu, herhangi bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir (Tablo 1). Altınparmak'ın (2006) Manisa İli'nde yaptığı çalışmasında gebelerin %87,0'ı herhangi bir işte çalışmamaktadır. Akbaş ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada %97,1'i ev hanımı olduğu; Kılıçarslan'ın (2008) yaptığı çalışmada gebelerin 71,2'sinin ev hanımı olduğu, %28,8'inin ise herhangi bir işte çalıştığı saptanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2008) verilerine göre çalışan kadın oranının (%31) çalışmamızdaki çalışan kadın oranından yüksek olduğu görülmektedir. Aradaki fark gebelik döneminde kadınların herhangi bir işte çalışmama ihtimalinden kaynaklanıyor olabilir.

Herhangi bir işte çalışıp çalışmama durumunun gebenin kaygı düzeyini etkilediği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 8). Yapılan bazı çalışmalarda çalışma durumunun kaygı düzeyini

etkilemediği belirtilmiştir (Akbaş, 2008;Altınay 1999;Gözüyeşil,2003). Buradaki farklılığın nedeninin evde iş yükü artan kadının sağlığı olumsuz yönde etkilenmekte buna bağlı olarak da kaygısının fazla olması beklenmektedir.

Gelir durumuna göre gebelerin DKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yok iken SKÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 8). Gelir durumunu kötü olarak nitelendiren gebelerin SKÖ puan ortalamaları; gelir durumunu iyi olarak nitelendirenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Akbaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gelir düzeyi ile kaygı arasında ilişki tespit edilmemiştir (Akbaş, 2008). Gelir durumu daha kaliteli hizmet almayı, daha iyi beslenmeyi ve gebenin psikolojisini olumlu yönde etkileyebileceği göz önüne alındığında çalışma sonucumuzun bundan etkilenmiş olabileceği düşünülmüştür. Akbaşın çalışmasından farklı çıkması çalışma gruplarının farklı sosyal çevrede olması, sonucu bu şekilde etkilemiş olabileceği düşünülebilir.

Çalışmaya katılan gebelerin %68,7'si geniş aile yapısına sahip olduğu ve aile tipine göre gebelerin DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 1, Tablo 8).Kadınların çoğunluğunun geniş aile tipine sahip olması bölgemizin sosyo-kültürel özelliğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Fakat yapılan bir çalışmada geniş ailede yaşayan gebelerin DKÖ puanları çekirdek ailede yaşayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Akbaş,2008). Bu çalışmada çekirdek ailede yaşayan gebelerin DKÖ ve SKÖ puanları geniş ailede yaşayan gebelerden daha fazladır. Geniş ailede yaşayan gebelerin ailedeki diğer fertlerin gebeye yardım ve destek olduğu düşünülebilir. Ayrıca geniş ailede bebeğin bakımına yardım edebilecek kimselerin varlığı da bu gebelerin kaygılarının düşük çıkmasında etkili olduğu düşünülmüştür.

TNSA 2008 raporuna göre 15-49 yaş arası tüm evlenmiş kadınların yüzde 22'si düzenli olarak veya nadiren sigara içtikleri bulunmuştur. Annelik durumuna göre, gebe kadınların yüzde 11'i ve emziren kadınların yüzde 17'si sigara içtiklerini belirtmişlerdir (TNSA 2008). Araştırmaya katılan gebelerin %8,7'sinin sigara kullandığı saptanmıştır (Tablo 1).Sigara kullanımı annenin sağlığını ve çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle solunum yolları hastalıklarına karşı

daha güçsüz olma açısından olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca, gebelik sırasındaki sigara kullanımı küçük ve düşük ağırlıklı bebek sahibi olma riskini de artırmaktadır (TNSA, 2008). Bu çalışmada bu oranın daha düşük çıkması kadın ve bebek sağlığı açısından olumlu bir bulgudur. Literatürde sigara içmenin anksiyeteyi 1,5 kat artırdığı belirtilmiştir (Budakoğlu, 2005). Bu çalışmada sigara içenlerin kaygı düzeyinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Literatürle benzerlik göstermektedir. Üstün ve Malatyaloğlu tarafından yapılan çalışmada sigara kullanan ve kullanmayan gebelerin karşılaştırılmasında sigara içen gruptaki gebelerin düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdukları bulunmuştur (Üstün ve Malatyaloğlu, 1990).

Bu araştırmada gebelik haftası ortalama  $21,86 \pm 8,99$  olduğu (tablo 2), Trimesterlere göre gebelerin DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (Tablo 9). Akköz ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında gebelik haftası ile kaygı düzeyi arasında pozitif ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmayla benzer özellik göstermektedir. Genez'in (2002) yaptığı araştırmada ise birinci trimesterdeki kaygı düzeyi üçüncü trimesterden daha az bulunmuştur. Yani gebelik haftası arttıkça kaygı düzeyi de artmaktadır. Lee ve ark.(2007) yaptığı çalışmada birinci ve üçüncü trimesterde daha yaygın ve şiddetli kaygı olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada birinci trimesterde kaygı puanı üçüncü trimestere göre daha az olduğu saptanmıştır. Gebeliğin üçüncü trimestere artık doğumun yaklaştığını, doğumla ilgili korku ve kaygıların fazla olduğu dönemdir. Gebe kadın doğumunun nasıl olacağı, sezeryan mı yoksa normal mi doğum olacağı, doğumla ilgili problem yaşayıp yaşamayacağı konularında da endişeleri vardır. Gebeliğin son döneminde karnın büyümesi sonucu nefes almada ve uyumada güçlük çeker. Kaygıların yüksek çıkmasında bu psikolojik ve fiziksel sorunların da ortaya çıkmasının etkili olduğu düşünülmüştür.

Bu araştırmaya katılan gebelerin doğum sayısı ortalama 2,22 olarak tespit edilmiştir (Tablo 2). Efe'nin (2006) yaptığı araştırmada doğum sayısı  $1,04 \pm 1,25$ , Balcı ve ark.(2005) yaptığı araştırmada  $0,9 \pm 1,1$ , Kılıçarslan'ın (2008) yaptığı araştırmada ise 1,4 olarak bulunmuştur. TNSA 2008 verilerine göre Türkiye için toplam doğurganlık hızı kadın başına 2,16 doğumdur. Çalışmamız TNSA verileriyle örtüşmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların %40,3'ünün ilk gebeliğidir (Tablo 2). Cebeci ve ark.(1999) yaptığı araştırmada bu oran %33 olarak tespit edilmiştir. Bu araştırmada ilk gebeliğın olması oranı daha yüksektir. Bu da bölgenin sosyokültürel özellikleri ile açıklanabilir. Kılıçarslan'ın yaptığı çalışmada ise bu oran %56,6 olarak bulunmuştur. Doğum sayısı arttıkça doğum korkusunun arttığı bulunmuştur (Şahin ve ark, 2007). Genez'in (2002) yaptığı araştırmada ise hiç doğum yapmamış gebe kadınların durumluk kaygı düzeyleri 1 ve 2 doğum yapmış gebelerin kaygı düzeyinden daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada gebelik sayısına göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır(Tablo 9). Akbaş'ın (2008) çalışmasında İlk gebeliği olan kadınların daha fazla durumsal kaygı yaşadığı bulunmuştur. Bu çalışmada anlamlı çıkmamasının nedeni kadınların daha önceki gebeliklerinde sorun yaşamamış olmalarından kaynaklanmış olabilir. Kadının daha önceki gebelik döneminde hekim, hemşire ve ebeler tarafından izlenmesi, izlem süresinde aldığı eğitimin ve bilginin kaygılarının yaşanmamasında etkin olduğu söylenebilir.

Yaşayan çocuk sayısı ortalama  $0,93\pm 0,9$  (min:1, max:4) dır (Tablo 2). Türkiye'de ortalama yaşayan çocuk sayısı ise 1,60'dır (TNSA 2008). Bu farklılığın nedeni araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğunun ilk gebeliği olması ve bölgeler arası farklılıktan kaynaklanmıştır. Lee ve arkadaşları (2007) genç yaş, ilk gebelik olması, sigara ve alkol kullanmayı gebelikte kaygı ile ilişkilendirmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin %52,0'ı, 1-2 çocuk sayısına sahiptir. Bu sonuç Türkiye ortalamalarıyla örtüşmektedir. Gebelerin %7,7'si 3 ve üzeri çocuk sayısına sahiptir. Katılımcıların çocuk sayılarının fazla olmamasından dolayı kaygıların düşük olduğu söylenebilir. Yaşayan çocuk sayısına göre gebelerin DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı(Tablo 9).

Araştırmaya katılan gebelerin %21,6'si daha önce düşük yapmıştır (Tablo 2). TNSA 2008 verilerine göre 100 gebelikten 21'i düşükle sonuçlanmıştır. Sonucumuz Türkiye ortalamasına benzemektedir. Daha önce düşük veya kürtaj öyküsü olan gebelerin tekrar aynı olayı yaşayacakları endişesi içerisinde dirler. Gebeliklerini yine düşük veya kürtajla sonlanma olasılığı kişilerde kaygıyı arttırabilir. Daha önce düşük ve

kürtaj olan gebelerin kaygı düzeylerinin daha önce düşük ve kürtaj olmayan gebelerden daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Genez'in (2002) yaptığı araştırmada daha önce düşük ve kürtaj öyküsü olan gebelerin kaygı düzeyi daha önce düşük ve kürtaj olmayan gebelerden daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu araştırmada düşük öyküsü, kürtaj olma ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 9). Bunun nedeni araştırmada kürtaj olan gebe sayısının az olmasından kaynaklanmış olabileceği gibi, doğumla ilgili bilgi alan kadınların sayısının (%53,0) fazla olmasının sonuca olumlu katkısı olmuş olabilir. Akbaş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada çalışmamıza benzer şekilde düşük ile kaygı arasında ilişki bulunmamıştır.

İstenmeyen gebeliklerin kaygı ve depresyon için önemli bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada ortaya konulmuştur (Karaçam, 2009; Akbaş ve ark.2008). Bu çalışmada hamileliği isteyen gebelerin DKÖ puan ortalamaları hamileliği istemeyen gebelerin DKÖ puanlarından daha düşük olarak bulunmuştur (Tablo 10). Çalışmada gebeliği isteme durumu ve kaygı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuşken, Akbaş ve arkadaşlarının çalışmasında bu konuda anlamlı farklılık bulunmamıştır. Gebeliği isteme durumunun kaygı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. İsteyerek hamile kalan gebeler çocuk bakımına ve sorumluluklarına hazır oldukları, bu nedenle de herhangi bir kaygı taşımadıkları söylenebilir. Fakat hamileliğini planlamayan, istem dışı hamile kalan gebe, gebeliğiyle ilgili 'Acaba doğru zaman mı?', 'Bu bebeğe bakabilir miyim?', varsa eğer 'Diğer çocukları bundan etkilenir mi?', 'Maddi olarak sıkıntılarımız olur mu?' gibi endişeleri olabilir. Bunun da hamileliği planlamamış, istem dışı hamile kalan gebelerin kaygı düzeylerinin yüksek çıkmasının nedeni olduğu düşünülmüştür.

Lee ve arkadaşlarının Doğum Öncesi Kaygı ve Depresyon Risk Faktörleri ve Prevalansı Sıklığı (Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression) isimli çalışmasında gebelerin %54'de kaygı olduğunu belirtmiştir (Lee ve ark., 2007). Bu çalışmada gebelerin %64,4'ünün doğumla ilgili kaygı ve korkusu olduğu görülmüştür (Tablo 3). Doğumla ilgili korku ve kaygısı olduğunu belirtenlerin DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları korku ve kaygısı olmadığını belirtenlerin DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10).

Akbaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise doğumla ilgili kaygı duyduğunu söyleyen gebelerin kaygı puanları böyle bir kaygı bildirmeyen gebelerinkinden farklı bulunmamıştır. Bu çalışmada doğumla ilgili kaygı ve korkusu olan gebelerin anneliğe hazır olmadığı, doğuma yeterince iyi hazırlanmadığı, yeterli ve kaliteli bakım almadıkları düşünülebilir. Melender, 329 gebe kadının gebelik ve doğumla ilgili korkularını, nedenlerini, bu korkuların ortaya çıkış şeklini ve korkuyla ilgili faktörleri tanımlamıştır(Melender 2002). Erbil ve ark. (2009) yaptığı çalışmada gebelerin %27,5'i sadece bebeklerinin sağlığı hakkında, %27,5'i hem bebekleri hem de kendi sağlıkları hakkında endişe duyduklarını belirtmiştir. Alegahan, 35 primipar ve 39 multipar kadın arasında yapılan çalışmada doğumda yaşanan korkunun gruplar arasında karşılaştırmasında; primipar gebelerin multipar gebelerin korkularından daha fazla olduğu belirtilmiştir (Alegahan ve ark, 2001). Doğumla ilgili korkuların planlı sezeryan olasılığını artırdığı düşünülebilir. Antenatal ve postnatal eğitim ve bakımın doğum korkusunu azalttığı belirtilmiş (Güngör ve ark, 2004).

Anneliğe hazır olanların olmayanlara göre SKÖ puanları daha düşüktür(Tablo 10). Anneliğe hazır olan kişi karşılaşılabileceği diğer problemlere karşı da hazırlıklıdır. Oluşabilecek problemler karşısında ne yapması gerektiği, nasıl davranacağını bilir, problemlere karşı savunma geliştirir. Bu da sürekli kaygısının düşük çıkmasını açıklar niteliktedir.

Çalışmada erkek bebek isteyen gebelerle, kız çocuk isteyen gebelerin DKÖ ve SKÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 10). Akbaş ve arkadaşlarının çalışması bu sonucu destekler niteliktedir. Sertbaş'ın çalışmasında doğacak çocuğunu kız isteyen annelerin kaygı puanlarının erkek isteyenlere göre anlamlı bir düzeyde daha düşük bulunmuştur (Sertbaş,1998). Çalışmaya katılan gebelerin %68,7'si geniş aile yapısına sahiptir (Tablo 1). Geniş aileler daha ataerkildir ve kadının statüsü özellikle erkek çocuk doğurmayla artmaktadır. Bu nedenle kadınlar erkek çocuk doğurmak istemekte, erkek çocuk doğurmayan kadınların kaygıları daha fazla olmaktadır çünkü statüsünü de düşünmektedir. Gebe kadının daha önceki çocuklarında erkek yoksa kadın ve eşi erkek bebek istiyorsa, erkek bebek olmadığına kadın psikolojik şiddet görebilir, eşi tarafından üzerine kuma getirilebilir, fiziksel şiddete maruz kalabilir. Bu baskılar

kadının anksiyetesinin artmasına neden olabilir. Kadın erkek çocuk doğurduğunda kocasıyla bağının güçlü olacağına, kocasının ve ailesinin gözünde değerinin yükseleceğine inanmıştır. Baba adayı ise “Erkek adamın erkek evladı olur!” inancı, soyunun devam edeceği düşüncesi içerisinde olabilir.

Araştırmaya katılan gebelerin %47’i gebeliği süresince doğumla ilgili bilgi almadığını belirtmiştir (Tablo 3). Toksöz ve arkadaşlarının (2004) adölesan gebelerde yaptıkları araştırmada gebelerin %20,8’i hiç doğum öncesi bilgi almamıştır. Araştırmalardaki oranların farklı olması bölgesel farklılıktan kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca Toksöz ve arkadaşlarının çalışması sadece adölesan gebelere yönelik fakat bizim araştırmamızda bütün yaş grupları ele alınmıştır. Buna bağlı olarak Karadeniz bölgesinde doğum öncesi bakım ve bilgilendirilmenin yetersiz olduğu söylenebilir. Bunun nedeni araştırmaya katılan gebelerin kendi edindikleri bilgileri (internetten ve kitaptan okuyup, bilgilene) sağlık personelinde almadıkları için bilgilendirilme olarak tanımlamamış olmalarından kaynaklanabilir. Araştırma yapılan diğer bölgede doğum öncesi bakıma daha çok önem verildiğide görülmektedir.

Gebelikte yaşanan kaygı, doğumdan sonra da depresyon ve kaygı gelişeceğinin göstergesi olabilmektedir (O’Hara, 1986). Danacı ve ark. daha önce psikiyatrik hastalık geçirmele gebelik döneminde ya da doğum sonrasında psikiyatrik hastalık geçirme arasında ilişki olduğunu belirtmiştir (Danacı, 2000). Daha önce geçirilmiş psikiyatrik hastalıkların gebelikte depresyon ve kaygı için önemli bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir(Altınay,1999; Çalışkan, 2007; Lee, 2007; Ross, 2004; Akbaş, 2008). Bu çalışmada da daha önce psikiyatrik hastalık geçirme öyküsü ile kaygı düzeyi arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır(Tablo 11). Daha önce psikiyatrik sorun yaşayan gebelerin, şu anki gebeliğini istememiş olması, plansız olması, fizyolojik sorun yaşaması, doğumla ilgili korku ve kaygılarının olması, bebek ve kendi sağlığı hakkında endişe duymaları psikiyatrik durumlarını etkileyebileceği ve depresif semptomları ortaya çıkarabileceği, depresif semptomların şiddetini arttıracığı düşünülmüştür. Bu çalışmada bütün gebelerde çeşitli şiddetlerde kaygı saptanmıştır. Çalışmaya katılan gebelerin %55,0’ında orta düzeyde kaygı olduğu bulunmuştur. Ağır şiddette kaygıya sahip gebe sayısı ise %6,7 olarak bulunmuştur (Tablo 6). Bu gebelerin

psikiyatrik değerlendirmelerinin uzman psikolog tarafından da yapılması, gerekli tıbbı ve psikiyatrik tedavinin başlanması gerekebilir.

Bu çalışmada gebelerin Durumluk Kaygı leğinden hesaplanan puanların ortalaması 42,63, Sürekli Kaygı leğinden hesaplanan puanların ortalaması 46,14'tür (Tablo 5). Cebeci ve ark (2006) yaptığı araştırmada gebelerin ortalama Durumluk Kaygı puanları 40, Kılıarslanın yaptığı çalışmada ise 39,4'tür. (Kılıçarslan, 2008). Bu araştırmada da benzer sonuç elde edilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin tümünde belirli düzeyde kaygı vardır, kaygı olmayan gebe yoktur. Katılan gebelerin %55'inde orta düzeyde durumluk kaygı, %76,6'sında ise orta düzeyde sürekli kaygı mevcuttur. Gebelikte bir belli düzeyde kaygı yaşanması beklendik bir durum olmakta birlikte, kaygı düzeylerinin yüksek olmasının doğum risklerini artıracadığı göz önüne alındığında; bilgilendirilmesinin önemli bir zm yolu olabilmesinin yanı sıra gebelikte görülebilecek sağlık sorunlarının erken tanınması ve zmlenmesinin gebelerin kaygı düzeylerini büyük ölçüde düşürebileceği kuşkusuzdur.



## 6 SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1 Sonuçlar

Gebelik Yaşının Kadınların Kaygı Düzeyine Etkisini incelemek amacıyla, 01.08.2010 - 01.11.2010 tarihleri arasında OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebe kadınlar arasından araştırmayı kabul eden, okuma yazma bilen ve iletişim kurabilen 402 gebe kadın üzerinde yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmaya katılan gebelerin yaşları ortalaması  $28,43 \pm 5,98$ , %8,7'si 15-20 yaş aralığında, %13,7'si ise 36 yaş üzeri olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).
- Araştırmaya katılan gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması  $42,63 \pm 10,56$  ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması ise  $46,14 \pm 7,56$  olduğu saptanmıştır (Tablo 5).
- Gebelerin DKÖ puan ortalamalarının SKÖ puan ortalamalarından daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 5).
- Gebelerin Durumluk kaygı düzeylerinin; %38,3'ünde hafif, %55'inde orta ve %6,7'sinde ise ağır olduğu belirlenmiştir. Gebelerin Sürekli kaygı düzeyleri; %18,7'sinde hafif, %76,6'sında orta ve %4,7'sinde ise ağır olduğu saptanmıştır (Tablo 6).
- Gebelerin yaşı ile DKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 8).
- Gebelerin yaşının, SKÖ puan ortalamalarını etkilediği, 36 yaş ve üzeri gebelerin SKÖ puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. ( $p < 0,05$ ) (Tablo 8).

- İlköğretim mezunu olan gebelerin SKÖ puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 8).
- Gebelerin eşlerinin ilköğretim eğitim seviyesinde olanların SKÖ puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 8).
- Herhangi bir işte çalışmayan gebelerin DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları, herhangi bir işte çalışan gebelerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ) (Tablo 8).
- Gelir durumunu kötü olarak nitelendiren gebelerin SKÖ puan ortalamaları; gelir durumunu iyi olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 8).
- Sigara kullanan gebelerin DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının sigara kullanmayan gebelerin DKÖ puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 8).
- Araştırmaya katılan gebelerin gebelik haftaları, gebelik sayıları, yaşayan çocuk sayıları, düşük ve kürtaj olma durumları ile DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları etkilemediği bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).
- İsteyerek gebe kalan kadınların DKÖ puan ortalamalarının gebeliği istemeyen kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 10).
- Daha önceki gebeliklerinde sorun yaşayanların DKÖ puan ortalamaları sorun yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,005$ ) (Tablo 10).
- Doğumla ilgili korku ve kaygısı olduğunu belirtenlerin DKÖ ve SKÖ puanları yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 10).

- Kendini anneliğe hazır hissetmeyen gebelerin SKÖ puan ortalamaları anneliğe hazır hisseden ve kararsız olan gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 10).
- Eşleriyle cinsel yönden uyumlu olan gebelerin uyumlu olmadığını belirten gebelerin DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarından daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 10).
- Bebeğin bakımına yardım edecek kimsesi olmayan gebelerin SKÖ puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 10).
- Gebelerin doğumla ilgili bilgi alma durumlarının DKÖ puan ortalamalarını etkilediği, doğumla ilgili bilgi almayan gebelerin bilgi alan gebelere göre DKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 10).
- Doğumla ilgili bilgi alan gebelerin, almayan gebelere göre DKÖ puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 10).
- Daha önce ruhsal hastalık geçiren gebelerin daha önce ruhsal hastalık geçirmeyen gebelere göre daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 11).
- Ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olan gebelerin DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olmayan gebelere göre yüksek olduğu saptanmıştır. ( $p<0,005$ ) (Tablo 11).

## 6.2 Öneriler

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda şunlar önerilebilir;

- Gebeliğin erken dönemlerinde gebelerle kısa görüşmeler yapılarak, gebeliğin spesifik kaygısı ve şiddeti hakkında bilgi edinilebilir. Kadınların gebelik öncesi ve esnasında bilgilendirilmesi kaygıyı azaltacağından yararlıdır.
- Yüksek riskteki gebelere eğitim, rahatlama metotları ve gevşeme egzersizleri verilebilir. Gebelikte karşılaşılabilecekleri sorunlar hakkında bilgilendirilerek stresi azaltılmaya çalışılabilir. Stresi azaltmak için programlar ayarlanabilir, gebeler bu programlara davet edilebilir.
- Doğum öncesi dönemde doktor, ebe ve hemşireler kaygı risk faktörleri açısından gebeleri değerlendirilebilir. Gebeler halk sağlığı hemşireleri tarafından doğum öncesi ve sırasında bilgilendirilir. Koruyucu bakımda rol alabilir, düzenli izlemler sağlanmalı, anne ve bebeğin sağlığının devamında erken teşhis ve tedavisinde yardımcı olmalıdırlar.
- Gebenin tıbbi değerlendirilmesi yapılırken, fiziksel değerlendirilmenin yanı sıra psikiyatrik ve sosyo-demografik özelliklerinde göz önünde bulundurulması ve bütüncül yaklaşım sağlanmalıdır.
- Gebelikte karşılaşılabilecek sorunlar ve baş etme yolları hakkında bilgilendirilerek uygun eğitim verilebilir.
- Gebelik döneminde kadının hemşirelik desteğine ihtiyacı vardır. Bu nedenle izlenen gebeye iyi bir dinleyici olarak yaklaşp, onun kendisini ifade etmesi için güveni sağlanılabilir. Endişeli bir durum görüldüğünde kaygıya dönüşebileceği düşünülerek, kaygısı varsa kaygısının kaynağı belirlenip, problem çözme becerileri geliştirilerek ve bireye güven duygusu kazandırılarak kaygısı

azaltılmaya çalışılabilir. Eşi ve diğer aile bireylerinin desteği için aile bireyleriyle işbirliği yapılabilir.

- Gebelik hem kadın hem bebek hem de aile için bir kriz dönemi olabilmektedir, gebelik sürecinin sağlıklı geçirilmesi için bu dönemde gebenin profesyonel destek ve sosyal destek alması gerektiği söylenebilir. Anne adaylarının fiziksel ve ruhsal sağlıklarının tam bir iyilik halinde olması için gebelik süresince sağlık personelleri tarafından sadece riskli gruplara değil tüm gebelere yeni bir dönemin (gebelik döneminin) oluşturabileceği kaygı nedeniyle ruhsal problem yaşamaları önlenmelidir. Ruhsal problemin erken tanınması sağlanarak ciddi boyutlara ulaşması engellenir. Oluşabilecek ruhsal sıkıntıları ve kaygıyı engellemek için anne adaylarının gebelik süresince ruhsal yönden de izlenmesi bu izlemin rutin bir uygulama olması sağlanır. Gebelerin ruhsal yönden değerlendirilmesi yapılırken disiplinler arası liyezon (işbirliği) oluşturulur.
- Gebelik yaşının kadınların kaygı düzeylerine etkisinin daha iyi anlaşılabilmesi için toplumun farklı kesimlerinde, geniş örneklemlerle çalışmaların yapılması yararlı olacaktır.

## 7 KAYNAKLAR

Akbaş E, Vırıt O, Kalenderoğlu A, Savaş A. H, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Nöro Psikiyatrı Ars. 2008; 45(3):85-91.

Akköz S, Acar A. Gebelikte yaş ile kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi, Jinekolo ve Obstet. 2007;21(2):96-103.

Alehagen S, Wijma K, Wijma B. Fear during labor. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001;80(4):315-20.

Altınay S, Aydemir , Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Kriz. 1999;10(1): 11-18.

Altınparmak S. Gebelerde sosyodemografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. TSK Koruyucu Hekim Bul. 2006;5(6): 416-23.

Alpay M. Doğumda ve kadın hastalıklarında psikolojinin yeri. Kişnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, stay K, Ayhan A, Grgan, T. ve Önderoğlu LS Editörler. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara; Güneş Kitabevi. 1996; 840-848.

Ana ve çocuk ölümlerini nleme projesi.

<http://www.saglik.gov.tr/ACSAB/BelgeGoster.aspx>? Erişim Tarihi:15.3.2010.

Babadağlı B. Gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisi. Atatürk ni. HYO. 2008; 11: 3: 96-105.

Babadağlı B. Gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, Yüksek Lisans Tezi, 2003.

Balcı E, Gün İ, Özçelik B, Öztürk A. Erciyes üniversitesi tıp fakültesi kadın doğum polikliniğine başvuran gebelerin sevk ve sağlık ocaklarını kullanma durumu. Sağlık Bilimleri. 2005;14(2): 91-96.

Baltaş Z. Sağlık psikolojisi, 1.baskı, İstanbul, Remzi Kitapevi. 2000;133-137.

Baltaş Z. Halk Sağlığı Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, . İstanbul. 2008; 739-755.

Başer M. Adölesan cinselliği ve gebelik. Cumhuriyet Üni. HYO. 2000;4 (1): 50-54.

Bayık A. Halk sağlığı hemşiresinin hizmet verdiği özel gruplar. Erefe İ. Editör. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, 1.baskı. İstanbul; Vehbi koç vakfı yayımları. 1998;156-170.

Beck WW. Obstetrics and gynecology. Uçar A ve ark çeviri. 1.baskı İzmir; Saray Tıp Kitabevi, 1992;58.

Bernazzi O, Saucier JF, David H, Borgeat F. Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. J Psychosom Res. 1997;42(4):391-402.

Budakoğlu İ, Maral I, Coşar B, Biri A, Bumin A. 15 yaş üzeri kadınlarda kaygısızlığı ve gelişimini etkileyen faktörler. TJOD. 2005;2(2 ): 92-97.

Bükülmez O, Durukan T. Gestasyonel diabet. Kışnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T ve Önderoğlu LS editörler. Temel Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi, Ankara; Güneş kitabevi. 1996:378-383.

Cebeci AS. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ilişkisi. Kriz. 2002; 10(1): 11-18.

Cengiz C. Kimya Y. Maternal fizyoloji. Kişnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T ve Önderoğlu LS Editörler. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara; Güneş Kitapevi. 1996; 239-251.

Coşkun A. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Kitabı. 2.Baskı, İstanbul; Birmat Matbaacılık San. Tic.Ltd. Şti. 2000;49-51.

Coşkun, A. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir. 1992;163-164.

Culpepper L, Jack B. Psychosocial issues in pregnancy. Prim Care. 1993;20(3):599-619

Çalışkan D, Öncü B, Köse K ve ark. Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: a community-based study in turkey. J Psyc Obstet Gynaecol. 2007;28(4):195-200.

Çetinoğlu E, Canbaz S, Ağlan Z, Pekşen Y. Samsun il merkezi 2004 yılı ileri yaş gebelik prevelansının saptanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi. İnönü Üniv. Tıp Fak. 2006;13(3) 167-170.

Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Variations In stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stres. J Psych Res. 1999; 47(6):609-621.

Danacı A, Dinç G, Deveci A, Şen F, İçelli İ. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. Türk Psikiyatri. 2000; 11(3): 204-211.

Deveci A. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. Birinci Basamak İçin Psikiyatri. 2003;2(3): 42-46.

Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. Ege Üni Hemşire YO. 2005; 21(1):115-126.



Efe H. Gebeliğin kadın cinselliği üzerine etkileri. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Doğum Kliniği, İstanbul; Uzmanlık tezi, 2006; 20.

Erbil N, Oruç H, Karabulut A. Gebelikte depresyon ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2009; 19(2): 67-74.

Ergeneli MH, Durukan T. Riskli Gebe İzlemi ve Doğumu. Kişnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T ve Önderoğlu, LS Editörler. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara; Güneş Kitapevi. 1996; 320-321.

Ersoy İ. Gebelikte Maternal Fizyoloji. Ersoy İ Editör. Kadın-doğum, Ankara; Orta Doğu Reklam ve Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş. 4.Basım, 2000; 65-69.

Genez D. Hamile kadınların kaygı düzeyleri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun, Yüksek Lisans Tezi. 2002; 5-7.

Gençtan, E. İnsan Olmak, 19.baskı İstanbul, Remzi Kitabevi. 1999;283.

Gilbert ES, Harmon JS. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Ankara, Palme Yayıncılık, 2002.

Gökalp P. Stres, kaygı ve kadın.

[www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/stres.pdf](http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/stres.pdf), Erişim Tarihi: 14.2.2010.

Gözüyeşil E, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. FSHD. 2003; 3(9): 39-66.

Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahcivan N. Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. HD. 2004;13(53):185-197

Haddow JE. Down Sendromu İçin Prenatal Tanı Yöntemleri. Tıraş B Çeviri. Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri. Güner H Editör. 3. Baskı, Ankara; Atlas Kitapçılık Ltd. 1998; 68-74.

İlerleyen yaşlardaki hamileliğin çocuk üzerine olan etkisi nedir?  
<http://www.mailce.com/ilerleyen-yaslardaki-hamileligin-cocuk-uzerine-olan-etkisi-nedir.html>, Erişim Tarihi: 06.04.2010.

İtil İM, Öz saran AA, Kazandı M, Terek MC, Aşkar N. 40 yaş üstü gebeliklerin değerlendirilmesi. T Klin Jineköl Obst. 2000; 10(1): 21-24.

Karaçam Z, Öz F, Taşkın L. Postpartum depresyon: önleme, erken tanı ve hemşirelik bakımı. Sağlık ve Toplum. 2004; 14 (3): 14–24,

Karaçam Z, Angel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a turkish population, Midwifery. 2009; 25(4):344-356.

Karanisoğlu H, Coşkun A. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Seçim H Editör. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Hemşireli Ön lisans Eğitimi. Eskişehir; AÖF Yayınları. 1996;163-164.

Karataş N. Toplum Ruh Sağlığı ve Hemşireliği. Erefe İ Editör. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. 1. Baskı, İstanbul; Birlik Ofset Ltd. Şti. 1998; 97-103.

Kılıçarslan S. Edirne şehir merkezinde'ki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. Edirne; Uzmanlık Tezi. 2008;38-50.

Kocatepe K. 9 Ay 10 Gün Hamilelik Rehberi. 4.Baskı, İstanbul; Papatya Yayıncılık, 2007.

Köknel Ö. Genel ve klinik Psikiyatri. İstanbul; Nobel Tıp Kitapevi. 1989; 1989;69.

Kömürcü N. Doğum Öncesi Dönem ve Sorunları. Coşkun A. Editör. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 2. Baskı, İstanbul; Birmat Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti. 2000; 31-70.

Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. Cumhuriyet Üniv Tıp Fak. 2001; 23(1): 61–64.

Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2000; 95(4):487-490.

Larouche J, Da Costa D, Dritsa M, Brender W. Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *J Psych Res.* 1999; 47(6): 609-21.

Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol.* 2007; 110(5):1102-12.

Madazlı R. Adölesan gebelikleri, Adölesan Sağlığı 2. STED. 2008;63: 51-52.

Melani J, Zimmer-Gembek, Heltamol M. Low birthweight in a public prenatal care program: behavioral and psychosocial risk factors and psychosocial intervention. *Social Scince & Medicine.* 1996;43(2):187-197.

Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth.* 2002; 29(2):101-11.

Monk, C, Fifer WP, Myers MM, Sloan RP, Trien L, Hurtado A. Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: effects on fetal heart rate. *Dev Psychobiol.* 2000;36(1):67-77.

Mulder H, Medina R, Huizink AC, Van den Bergh BR, Buitelaar JK, Visser GH. Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child, Early Human Development 2002;70(2):3-14

Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırkpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden aldıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatrisi. 2003; 4: 98-105.

O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. Arch Gen Psychiatry. 1986; 43(6): 569-573.

Önder İ. Ebe-Hemşirenin Doğum Bilgisi. 1.Baskı İstanbul; Menteş Kitabevi. 1989;33-41.

Öner N, Le Compte A. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 1.Baskı, İstanbul; Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. 1983;20.

Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara; İmaj İç ve Dış Ticaret. 2004; 157-175.

Özer AK. Kaygı. 2.Baskı, İstanbul; Varlık Yayınları. 1997; 15-17.

Özkan S. Psikiyatrik Tıp Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. 1.Baskı, İstanbul; Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. 1993; 203–212.

Özkan S. Kadın Hastalıkları ve Doğum Psikiyatrisi, Psikiyatrik Tıp Merkezi Yayınları <http://www.psikiyatriktip.com> , Erişim Tarihi:10.5.2010.

Öztürk Y. Adölesan dönemi ve sağlık sorunları, Erciyes Üniversitesi Ders Notları. <http://webcache.googleusercontent.com/search?> , Erişim Tarihi:14.4.2010

Öktem Ö. Anksiyetenin Öğrenme ve Hafızaya Etkisi. İstanbul Üniveristesisi, İstanbul, Doktora Tezi. 1981; 1-5.

Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Dekker GA, Heinen AG, Van Geijn HP. Psychosocial predictors of low birthweight: a prospective study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106(8):834-841.

Rondo PH, Ferreira RF, Nogueira F. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr.* 2003; 57: 266-272.

Ross LE, Sellers EM, Gilbert Evans SE. Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2004;109: 457-466.

Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998;77(5):542-547.

Saunders RB. Nursing Care During Pregnancy. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak, IM Editorler. *Maternity And Women's Health Care.* California, 7 th Edition, 2000:380-420  
Sankar NS. Health Information On The Web: Pregnancy. *J R Soc Promot Health.* 2000;120(2):94-95.

Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi.* 1998;16.

Sezgin B, Akın A. Adölesan dönemi üreme sağlığı. *Toplum ve Sağlık.* 1998; 8(3): 27-32.

Şahin E, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniv Tıp Fak.* 2010;27(1) 51-58

Şahin H. N, Güngör İ, Sömek A. Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin görüşlerinin ve erken postpartum dönemdeki sorunlarının belirlenmesi: bir özel hastane örneklemi. Jinekoloj ve Obstet. 2007;21(4):197-204

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 6. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık. 2003; 3-17.

Taşkın L. Anne Sağlığı Hemşireliği. 1. Baskı, Ankara, Hürbilek Matbaacılık. 1992;5.

Taşkın L. Kadın Hastalıkları Hemşireliği. 1.Baskı, Ankara, Sistem Ofset. 1994;1-6.

Toksöz P, Ceylan A, Bozyel AÖ. Adölesan gebelerin gebelik, doğum, beslenme sorunları ve bunların yenidoğana etkileri.

[www.danoneenstitusu.org.tr/.../adolesan\\_gebelerin\\_gebelik\\_dogum\\_beslenme\\_sorunlari\\_yeni1.ppt](http://www.danoneenstitusu.org.tr/.../adolesan_gebelerin_gebelik_dogum_beslenme_sorunlari_yeni1.ppt), Erişim tarihi: 02.08.2010.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ana Raporu TNSA 2008, [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008\\_ana\\_Rapor-tr.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf)

Üstün C, Malatyaloğlu E. Gebelikte sigara kullanımının fetüs ve plasenta üzerine etkileri, O.M.Ü. Tıp. 1990;7: 43-48.

Weigel MM, Caiza ME, Lascano Y, Barreno G, Mosquera L. Early pregnancy nausea and vomiting in a high-altitude andean population, Int Journal Gynecol & Obstet. 1999; 69:9-21.

Yiğitoğlu S. Adölesan gebe ve eşlerinin antenatal ve postnatal kaygı düzeyleri ile evlilikte uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2009;208.

Yücel B. Gebelik ve Ruh Sağlığı, <http://www.kadinlarkulubu.com/gebelik/159068-gebelik-ruh-sagligi.html>, Erişim tarih:16.07.2010.

Zeitlin, JA, Ancel PY, Cubizolles MJS, Papiernik E. Are risk factors the sama for gestastional age versus other preterm births? American J Of Obstet and Gynecology. 2001;185:208-215

## 8 EKLER

### 8.1 Ek-1. Anket Formu

#### GEBELİK YAŞININ KADINLARIN KAYGI DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırma gebelik yaşının kadınların kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

İlknur GÜNEŞTAŞ

Kaç yaşındasınız?

.....

Eğitim durumunuz nedir?

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

Eşinizin eğitim durumu nedir?

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

Kaç yıldır evlisiniz?

.....

Çalışma durumunuz nedir?

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. Çalışıyorum | 2. Çalışmıyorum |
|----------------|-----------------|

Eşinizin çalışma durumu?

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1. Çalışıyor | 2. Çalışmıyor |
|--------------|---------------|

Gelir durumunuz nedir?

- |                          |                        |                         |
|--------------------------|------------------------|-------------------------|
| 1. Gelirim giderimden az | 2. Gelirim gidere eşit | 3. Gelir giderden fazla |
|--------------------------|------------------------|-------------------------|
- AYLIK ORTALAMA GELİRİNİZ NE KADARDIR?.....

Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz?

- |                                          |
|------------------------------------------|
| 1. Eşim ve çocuklarımla                  |
| 2. Eşim, çocuklarım ve yakın akrabalarım |

Kaç haftalık gebesiniz?

.....

Bu kaçınıcı gebeliğiniz?

.....

Yaşayan kaç çocuğunuz var?

.....



Düşük yaptınız mı?

1.Evet 2.Hayır

Kürtaj oldunuz mu?

1.Evet 2.Hayır

Bu bebeğe isteyerek mi hamile kaldınız?

1.Evet 2.Hayır

Daha önceki gebeliklerinizde sorun yaşadınız mı?

1.Evet 2.Hayır

Evet, ise nedir?

.....  
.....

Doğumla ilgili kaygı ve korkularınız var mı?

1.Evet 2.Hayır

Çocuğunuzun hangi cinsiyette olmasını istiyorsunuz?

1.Erkek 2.Kız 3.Fark etmez

Kendinizi anneliğe hazır hissediyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır 3.Kararsızım

Hayır, ise neden?

.....  
.....

22)Gebelik süresince eşinizle cinsel yönden uyumlu muydunuz?

1.Evet 2.Hayır

23)Doğumdan sonra bebeğin bakımına yardım edecek kimseniz var mı?

1.Evet 2.Hayır

24)Gebeliğiniz süresince doğumla ilgili bilgi aldınız mı?

1.Evet 2.Hayır

25)Evet, ise kimden aldınız?

.....  
.....

26)Gebeliğiniz süresince gerek duyduğunuzda en çok kimden yardım/destek aldınız?

.....  
.....

27)Daha önce ruhsal bir hastalık geçirdiniz mi?

1.Evet 2.Hayır

28)Şu an ruhsal bir hastalığınız var mı?

1.Evet

2.Hayır

29)Ailenizde ruhsal bir hastalığı olan var mı?

1.Evet

2.Hayır

30) Gebeliğiniz süresince sigara kullanıyor musunuz?

1.Evet

2.Hayır

## 8.2 Ek-2. Durum-Sürekli Kaygı Ölçeği

<b>DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ</b>	<b>Hayır</b>	<b>Biraz</b>	<b>Oldukça</b>	<b>Tamamıyla</b>
Şu anda sakinim				
Kendimi emniyette hissediyorum				
Şu anda sinirlerim gergin				
Pişmanlık duygusu içindeyim				
Şu anda huzur içindeyim				
Şu anda hiç keyfim yok				
Başıma gelecekten endişe ediyorum				
Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
Şu anda kaygılıyım				
Kendimi rahat hissediyorum				
Kendime güvenim var				
Şu anda asabım bozuk				
Çok sinirliyim				
Sinirlerimin çok gergin olduğunu				
Kendimi rahatlamış hissediyorum				
Şu anda halimden memnunum				
Şu anda endişeliyim				
Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
Şu anda sevinçliyim				
Şu anda keyfim yerinde				
<b>SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ</b>	<b>Hiçbir Zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çoğu Zaman</b>	<b>Hemen Her Zaman</b>
Genellikle keyfim yerindedir				
Genellikle çabuk yorulurum				
Genellikle kolay ağlarım				
Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
Çabuk karar verdiğim için fırsatları kaçıırım				
Kendimi dinlenmiş hissederim				
Genellikle sakin kendime hakim ve soğukkanlıyım				
Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar büyüdüğünü hissederim				
Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
Genellikle mutluyum				
Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim				
Genellikle kendime güvenim yoktur				
Genellikle kendimi emniyette hissederim				
Sıkıntı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
Genellikle kendimi hüzünlü hissederim				
Genellikle hayatımdan memnunum				
Olur-olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam				
Aklı başında ve kararlı bir insanım				
Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder				

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIBBİ ARAŞTIRMA ETİK KOMİSYONU

Sayı: 256.

01.10.2010

Sayın: Yrd.Doç.Dr. Birsen ALTAY

Etik Komisyonumuza sunmuş olduğunuz” **Gebelik Yaşının Kadınların Kaygı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi**“başlıklı Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu 2010/98 Karar nolu Anket nitelikli araştırma projeniz ; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, OMÜ-TAEK yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse, 6 aylık bildirimini yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza bildirilmesine 26.08.2010 tarihli etik komisyonumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.



Prof.Dr.Abdülkerim BEDİR  
Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu  
Başkanı



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi

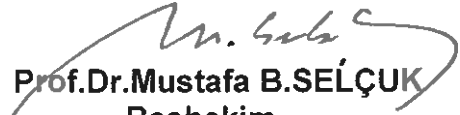
SAYI : B.30.2.ODM.0.1H.00.00/206 - 839 - 1765  
KONU :

29 103 / 2010


**Sn:İlknur GÜNEŞTAŞ**  
**Hemşire**

"Gebelik Yaşının Kadınların Kaygı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmanızı 29.03.2010-29.06.2010 tarihleri arasında Hastanemizde yapma isteğinizin uygun görüldüğünü belirtir Rektörlük Makamınının 25.03.2010 tarih ve 24935 sayılı yazıları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

  
**Prof.Dr.Mustafa B.SELÇUK**  
**Başhekim**

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
**Prof.Dr.Sait BİLGİÇ**  
**Rektör a.**  
**Rektör Yardımcısı**

EK:I

*Sn. H. Pazarcı*  
*26.3.10*  
*Mıs*

B.30.2.ODM.0.1H.00.00/206 - 3124  
25 Mart 2010

*ilgiliye tebliğ edilmiştir.*  
*[Signature]*  
29.3.2010

## 9 ÖZGEÇMİŞ

İlknur GÜNEŞTAŞ 1983 yılında Samsun Çarşamba'da doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Çarşamba'da tamamladı. 2002 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'na kaydoldu. 2006 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi hemşirelik okulundan mezun oldu. 2006 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde çalışmaya başladı. Halen adı geçen yerde çalışmasına devam etmektedir. 2008-2009 öğretim yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Programı'na başladı. Halen adı geçen yerde eğitimine devam etmektedir.