

TC.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**GEBELERDE GÖRÜLEN PSİKOLOJİK  
SEMPTOMLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE  
OBSTETRİK RİSK FAKTÖRLERİ İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İlknur DEMİRHAN

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Gül PINAR

Ankara, 2014



TC.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**GEBELERDE GÖRÜLEN PSİKOLOJİK  
SEMPTOMLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE  
OBSTETRİK RİSK FAKTÖRLERİ İLE İLİŞKİSİ**

İlknur DEMİRHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Gül PINAR**

**Ankara, 2014**

**TC.**  
**YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**TEZ KABUL VE ONAY**

GEBELERDE GÖRÜLEN PSİKOLOJİK SEMPTOMLARIN  
SOSYODEMOGRAFİK VE OBSTETRİK RİSK FAKTÖRLERİ İLE İLİŞKİSİ

İlknur DEMİRHAN

Yüksek Lisans Tezi

Tez Savunma Sınav Tarihi

20.06.2014

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Gül PINAR

Jüri Üyeleri

Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN

Yrd. Doç. Dr. Demet AKTAŞ

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans  
derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Tezi Onaylayan Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezinplanlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

20.06.2014

İmza

İlknur DEMİRHAN

## **TEŐEKKÖR**

Arařtırmamın her ařamasında ve yűksek lisans eęitimim boyunca, ilgi ve desteęini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandıęım tez danıřmanım Sayın Doę. Dr. Gűl PINAR'a, tűm eęitimim boyunca her zaman destek olan anne ve babama sonsuz teőekkűr ve Őűkranlarımı sunarım.

İlknur DEMİRHAN, 2014

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABLOLAR DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Gebelik .....	4
2.2. Gebelik Dönemi ile İlgili Kuramsal Bilgiler.....	4
2.3. Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler .....	5
2.3.1. Genel Değişiklikler .....	6
2.3.2. Genital Sistem .....	6
2.3.3. Kardiyovasküler Sistem .....	7
2.3.4. Solunum Sistemi .....	8
2.3.5. Gastrointestinal Sistem.....	9
2.3.6. Üriner Sistem.....	10
2.3.7. Kas ve İskelet Sistemi .....	10
2.3.8. Endokrin Sistem .....	11
2.3.9. Memeler .....	12
2.3.10. Cilt ve Karın Duvarı.....	12
2.4. Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler.....	13
2.4.1. Gebelik ve Anksiyete .....	14
2.4.2. Gebelik ve Depresyon .....	16
2.5. Gebelikte Görülen Ruhsal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları .....	19
<b>3. MATERYAL VE YÖNTEM</b> .....	<b>21</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi .....	21
3.3. Araştırmanın Evreni .....	21
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	21
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	22
3.5.1. Bağımlı Değişkenler.....	22
3.5.2. Bağımsız Değişkenler.....	22

3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları .....	23
3.6. 1. Gebe Tanılama Formu .....	23
3.6. 2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği .....	23
3.7. Ön Uygulama .....	24
3.8. Verilerin Analizi .....	24
3.9. Bütçe .....	24
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu .....	24
3.11. Çalışma Takvimi .....	25
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>26</b>
4.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulgular .....	26
4.2. Genel Tıbbi Öykü ve Alışkanlıklara İlişkin Bulgular .....	27
4.3. Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulgular .....	29
4.4. Mevcut Gebeliğe İlişkin Bulgular .....	30
4.5. Kaygı, Sosyal Destek ve Eş İlişkinine İlişkin Bulgular .....	33
4.6. HADÖ'ye İlişkin Bulgular .....	34
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>51</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>63</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>66</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>84</b>
<b>EK-1. AYDINLATILMIŞ ONAY FORMU .....</b>	<b>84</b>
<b>EK-2. GEBE TANILAMA FORMU .....</b>	<b>85</b>
<b>EK-3. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ .....</b>	<b>88</b>
<b>EK-4. ETİK KURUL RAPORU .....</b>	<b>90</b>
<b>EK-5. ÖLÇEK İZİN BELGESİ .....</b>	<b>91</b>
<b>EK-6. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>92</b>



## ÖZET

### Gebelerde Görülen Psikolojik Semptomların Sosyodemografik ve Obstetrik Risk Faktörleri ile İlişkisi

Araştırma Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebelerde görülen psikolojik semptomların sosyodemografik ve obstetrik risk faktörleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışmanın örnekleme, evreni bilinen örneklem formülü ile hesaplanmıştır (N=297). Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin toplanmasında Gebe Tanılama Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U Testi ve Bonferroni düzeltilmeli Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. Gruplar arası farklılık incelenirken anlamlılık seviyesi olarak  $p<0.05$  kullanılmıştır.

Çalışmada gebelerin %14.8'inde anksiyete ( $6.32\pm 4.15$ ), %28.6'sında depresyon ( $5.59\pm 3.77$ ) bulunmuştur. Yapılan analize göre, son trimesterde olanların, gebeliği planlı olmayanların, kendini anneliğe hazır hissetmeyenlerin, doğuma ilişkin korku ya da kaygı yaşayanların, eş desteği ve evlilik uyumu iyi olmayanların anksiyete puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bunun yanında, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük olanların, eş desteği ve evlilik uyumu iyi olmayanların, gebelik ve çocuk bakımı ile ilgili yeterli bilgisi olmayanların, doğuma ilişkin korku ya da kaygı yaşayanların, kendini anneliğe hazır hissetmeyenlerin ve ruhsal hastalık öyküsü olanların depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Sonuç olarak anksiyete ve depresyon açısından gebelerin risk altında olduğu ve birçok faktörden etkilendikleri saptanmıştır. Bu açıdan gebelerin zamanında tespit edilerek yakın takibe alınması ve gereken durumlarda tedavi amaçlı yönlendirmenin anne ve bebek sağlığı açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler;** Gebelik, anksiyete, depresyon, psikolojik semptomlar, risk faktörleri

## ABSTRACT

### **Relation of Psychological Symptoms Observed in Pregnant Women with Socio-demographic and Obstetric Risk Factors**

The research was conducted as descriptive for the evaluation of the relation of psychological symptoms observed in pregnant women, who applied to Gynecology and Obstetrics Polyclinic in Kecioren Education and Research Hospital, with socio-demographic and obstetric risk factors.

Sampling of the study was estimated by the sampling formula with known universe (N= 297). Data acquired in this study were evaluated by SPSS 20.0 package program. Pregnant Women Diagnosis Form and Hospital Anxiety and Depression Scale were applied for data collection. Mann Whitney U Test and Bonferroni corrective Kruskal Wallis H Test were used for data evaluation.  $p < 0.05$  was used as a significance level for the evaluation of differences between the groups.

In the research, anxiety was found in 14.8% of the pregnant women ( $6.32 \pm 4.15$ ), and depression was determined in 28.6% of them ( $5.59 \pm 3.77$ ). Based on the conducted analysis, anxiety score averages were found higher in women in the last trimester, in women with unplanned pregnancy, in women who did not feel ready for motherhood, in women who experienced fear or anxiety about labor and in women whose spouse-support and marriage unison was poor ( $p < 0.05$ ). Moreover, depression score averages were found higher in women with low education and income levels, in women with poor spouse-support and marriage unison, and with insufficient pregnancy and child care knowledge, in women who experienced fear or anxiety about labor, in women who did not feel ready for motherhood and who had mental illness medical history ( $p < 0.05$ ).

In conclusion, it was determined that pregnant women were under risk for anxiety and depression and influenced by multiple factors. In this respect, it is considered to be significant that pregnant women are determined in a timely manner and followed closely and guided for treatment purposes in required cases for the health of the mother and baby.

**Key words;** Pregnancy, anxiety, depression, psychological symptoms, risk factors

## **KISALTMALAR DİZİNİ**

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**C/S:** Sezaryen

**FSH:** Folikülü Stimüle Edici Hormon

**GİS:** Gastrointestinal Sistem

**HADÖ:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

**HCG:** Human Koryonik Gonadotropin

**HPL:** Human Plasental Laktojen

**NVD:** Normal Vajinal Doğum

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1.</b> Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Dağılımı.....	26
<b>Tablo 2.</b> Genel Tıbbi Öykü ile İlgili Bulguların Dağılımı.....	27
<b>Tablo 3.</b> Ruhsal Hastalık Öyküsü ile İlgili Bulguların Dağılımı.....	27
<b>Tablo 4.</b> BKİ'ne İlişkin Bulguların Dağılımı .....	28
<b>Tablo 5.</b> Alışkanlıklara İlişkin Bulguların Dağılımı .....	28
<b>Tablo 6.</b> Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulguların Dağılımı.....	29
<b>Tablo 7.</b> Mevcut Gebeliğe İlişkin Bulguların Dağılımı.....	30
<b>Tablo 8.</b> Mevcut Gebeliğe İlişkin Yakınmaların Dağılımı.....	31
<b>Tablo 9.</b> Antenatal İzlem ile İlgili Bulguların Dağılımı .....	32
<b>Tablo 10.</b> Mevcut Gebelikte İlaç Kullanımı İle İlgili Bulguların Dağılımı .....	32
<b>Tablo 11.</b> Kaygı, Sosyal Destek ve Eş İlişkinine İlişkin Bulguların Dağılımı .....	33
<b>Tablo 12.</b> HADÖ Anksiyete ve Depresyon Puan Ortalamaları Dağılımı .....	34
<b>Tablo 13.</b> Yaşa Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	34
<b>Tablo 14.</b> Çalışma Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	35
<b>Tablo 15.</b> Eğitim Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	35
<b>Tablo 16.</b> Sosyal Güvence Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı....	36
<b>Tablo 17.</b> Evlilik Süresine Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	36
<b>Tablo 18.</b> Gelir Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	36
<b>Tablo 19.</b> Sigara Kullanımına Göre HADÖ Puan Ortalamaları.....	37
<b>Tablo 20.</b> İlk Gebelik Yaşına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	37
<b>Tablo 21.</b> Gebelik Sayısına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	38
<b>Tablo 22.</b> Canlı Doğum Sayısına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	38
<b>Tablo 23.</b> Ölü Doğum Sayısına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	39
<b>Tablo 24.</b> Yaşayan Çocuk Sayısına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	39
<b>Tablo 25.</b> Kürtaj Sayısına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	40
<b>Tablo 26.</b> Düşük Sayısına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	40
<b>Tablo 27.</b> Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Doğurma Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	40
<b>Tablo 28.</b> Doğum Şekline Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	41
<b>Tablo 29.</b> Akraba Evliliğine Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	41
<b>Tablo 30.</b> Planlı Gebelik Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	42

<b>Tablo 31.</b> Gebelik Haftasına göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	42
<b>Tablo 32.</b> Gebelikte Vajinal Kanama Durumuna HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	43
<b>Tablo 33.</b> Preeklemsi Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	43
<b>Tablo 34.</b> Anemi Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	44
<b>Tablo 35.</b> Gestasyonel Diyabet Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	44
<b>Tablo 36.</b> Düzenli Antenatal İzleme Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	45
<b>Tablo 37.</b> Sık Aralıklı Gebelik Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	45
<b>Tablo 38.</b> İlaç Kullanımına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	45
<b>Tablo 39.</b> BKİ'ne Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	46
<b>Tablo 40.</b> Kronik Hastalığa Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	46
<b>Tablo 41.</b> Eş Desteğine Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	47
<b>Tablo 42.</b> Uyumlu Evliliğe Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	47
<b>Tablo 43.</b> Yakınların Desteğine Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı.....	47
<b>Tablo 44.</b> Gebelik ve Çocuk Bakımı ile İlgili Bilgisi Olma Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	48
<b>Tablo 45.</b> Doğumla İlgili Korku ve Kaygı Yaşama Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	48
<b>Tablo 46.</b> Anneliğe Kendini Hazır Hissetmeye Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	49
<b>Tablo 47.</b> Ruhsal Hastalık Öyküsüne Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	49
<b>Tablo 48.</b> Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsüne Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı .....	50

## 1. GİRİŞ

Gebelik insan neslinin sürmesi, aile bütünlüğünün oluşması ve toplum hayatı için çok önemli bir dönüm noktasıdır (1-3). Genel olarak gebelik, iyilik ve mutluluk halinin yaşandığı bir zaman dilimi olarak düşünülmele birlikte fiziksel, psikolojik ve sosyal değişikliklere uyum gerektiren bir dönemdir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, gebelikte en sık görülen sorunların depresyon ve anksiyete bozuklukları olduğunu belirtmektedir (4, 5). Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı erkeklerin yaklaşık 1.7 ile 2.7 katı olup özellikle üreme hormonlarında değişim olduğu dönemlerde depresyona daha yatkın hale gelebilmektedir. Bu değişimler sırasıyla puberte, gebelik, lohusalık ve perimenopozal dönemleri kapsamaktadır (6-8).

Günümüzde gebelik döneminde görülen fizyolojik değişikliklerin ve şikayetlerin, depresyon semptomlarıyla benzer özellikte olması nedeniyle (uyku-iştah-kilo değişiklikleri, halsizlik-bitkinlik vb.) gebelik depresyonunun genellikle atlandığı görüşü hakim olmaya başlamıştır (9). Kadının ruhsal durumu gebeliğin gidişini etkilediği gibi gebeliğin kendisi de duygusal yaşantı üzerinde önemli değişiklikler yaratabilmektedir (10). Bazı gebelerde ağlamaklı hal, hüzün ve yalnızlık duyguları görüldüğü belirtilmektedir (9).

Gebelik sırasında ve sonrasında gelişen en önemli sağlık sorunlarından birinin depresyon olabileceği vurgulanmaktadır (11). Depresif semptomların gebe kadınlarda en az postpartum dönemdeki kadar görüldüğü bildirilmektedir (12-14). Bazı kaynaklarda da gebelikteki depresyon prevalansının postpartum depresyona göre daha yüksek düzeyde bulunduğunu ve gebelikte görülen depresyonun postpartum depresyona katkıda bulunan önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (15, 16). Ek olarak, gebelikte anksiyete ve depresyon bozukluklarına karşı dikkatli olmanın ve tanı koyabilmenin postpartum dönemde depresyonu önleme açısından büyük önem taşıdığına vurgu yapılmaktadır (17-19).

Bazı sosyo-demografik ve obstetrik faktörler gebelik depresyonunu etkileyebilmektedir. Gebenin bireysel ve kültürel özellikleri, geçmiş deneyimleri,

yaşam felsefesi, evlilik içi uyumu, sosyal statüsü, destek kaynakları, aile tipi, sosyo-ekonomik yapısı, anneliğe hazır olma, ruhsal hastalık öyküsü, gebelik komplikasyonları, erken yaşta gebelikler, çok ve sık doğum, planlı olmayan gebelikler, ölü doğum ve abortus öyküsü gibi gebelikte depresyon gelişimine katkıda bulunan birçok faktör mevcuttur ve bu faktörler kültürler arasında farklılık göstermektedir (20-24).

Türkiye’de postpartum depresyon prevalansının %21.8-36.9 arasında değiştiğini bildiren çok sayıda çalışmaya rastlanmakla birlikte (25) antenatal depresyonu değerlendiren az sayıda çalışmanın olduğu belirlenmiştir (26, 27). Buna göre, antenatal depresyon prevalansını Karaçam ve Ançel %27.9, Çalışkan ve arkadaşları %27.3, Ocaktan ve arkadaşları %31.8 oranında bildirmiştir (25, 28, 29).

Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda depresif belirti görülme sıklığı; Macaristan’da %17.9, Amerika’da %20 Kanada’da %25, Finlandiya’da %30 olarak bulunmuştur (30-33). Dünya Sağlık Örgütü’nün 2015 yılına kadar önemli kazanımlar beklediği Milenyum Kalkınma Hedeflerinde “anne ve çocuk sağlığı” en önde gelen konular arasında belirtilmektedir. Geçmiş yıllarda anne ve çocukların sadece fiziksel sağlığı üzerinde durulurken sağlığın ruhsal boyutları göz ardı edilmiştir. Günümüzde kanıtlar anne ve çocukların fiziksel ve ruhsal sağlıklarının ayrılmaz bir bütün olduğunu ve biri olmadan diğesinde ilerleme sağlamanın mümkün olmadığını göstermektedir. Bu sebeple, gebelik ve gebelik sonrası dönemde depresyon gelişimine yatkınlık meydana getiren risk faktörlerini bilmek ve yakından izlemek gerekmektedir (34).

Ruhsal bozukluğu olan gebeler, tedavi edilmediklerinde morbidite ve mortalite hızları artmaktadır (35-38). Aynı zamanda antenatal depresyon %50-%62 oranında postpartum epizod geçirme, intihara girişimi ve mevcut psikiyatrik durumun daha da kötüleşmesi riskini taşımaktadır (39-42). Gebelik esnasında görülen psikopatolojik semptomlar sadece gebelerde değil fetüs üzerinde de fizyolojik etkiler oluşturmaktadır (43). Bunlar; preeklampsi (43, 44) spontan abortus (45), antenatal kanama (46), düşük Apgar skoru (47), intrauterin gelişme geriliği (46,48), fetal ölüm (49),operatif doğum (50-52), preterm eylem (48, 53) ve yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurma şeklindedir (49, 54).Aynı zamanda antenatal dönemde anksiyeteli olan annelerin çocuklarında dikkat eksikliği, hiperaktivite

bozukluğu, anksiyete ve depresyon için artmış risk (6 kat) olduğu tespit edilmiştir (55, 56).

Tüm bu bilgiler ışığında, kadınların güvenli bir şekilde gebelik, doğum ve doğum sonrası süreci yaşamaları ve sağlıklı bebeklere sahip olabilmeleri antenatal dönemde eğitimli sağlık personelleri tarafından takip edilmeleri büyük önem taşımaktadır (57). Erken tanı ve tedavinin, anne ve bebeğin fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerindeki olumlu etkileri akıldan çıkarılmamalıdır.

Sonuç olarak bu çalışma, gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik risk faktörleri ile psikolojik semptomlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Gebelik**

Her cins kendi sürekliliğini, üreme fonksiyonu sayesinde gerçekleştirir ve güvence altına alır. İnsanlarda ise dişi ve erkek üreme organları tarafından gerçekleştirilen bu fonksiyon sayesinde cinse özgü özellikler bozulmadan kuşaktan kuşağa aktarılabilmektedir (58, 59).

Bebek sahibi olmak insan yaşamının en önemli kararlarından biridir. Çocuk doğurma neslin devamını sağlamanın yanı sıra, annelik kadınların hayatında ayrıcalıklı bir öneme sahiptir. Gebe kadın ve aile bireyleri bu süreç içinde benzersiz bir deneyim yaşarlar. Ancak diğer taraftan bu deneyim, kadının fizyolojik ve psiko-sosyal dengesinin bozulmasına, aile ve iş yaşamındaki rollerinin değişmesine, ebeveynlik rolüne uyum sağlamaya çalışmasına neden olan bir yaşam krizi olarak da kendini gösterebilmektedir (60).

Gebelik fizyolojik bir olaydır. Zigotun implante olduğu andan itibaren, anne organizmasının tamamını kapsayan değişiklikler başlar (61). Bu zorlu süreçte gebe kadın fizyolojik, psikolojik, sosyal açıdan hızlı değişimler yaşamaktadır ve kadının yeni durumuna uyum sağlaması gerekmektedir. Gebelik, kadınlar için istenilen ve yaşaması arzu edilen bir süreç olarak algılanırsa, kadının bedeninin fizyolojik, ruhsal, hatta sosyal yaşama uyumu kolaylaşacaktır (22, 62).

Gebelik süresince verilecek düzenli kontrol, bakım ve eğitimler ile gebelik, doğum ve doğum sonu devrelerinin anne ve bebek yönünden sağlıklı geçirilmesi sağlanabilir. Bu açıdan prenatal bakım gebeliğin sonuçlarının iyileştirilmesinde çoğunlukla güven vermektedir. Amerika'da koruyucu sağlık sistemlerinde en yaygın olarak kullanılan hizmettir (63, 64).

### **2.2. Gebelik Dönemi ile İlgili Kuramsal Bilgiler**

Gebelik, bir kadının rahminde fetüsün döllenenmesi ve gelişmesidir. Normal gebelik, fertilizasyondan doğuma kadar yaklaşık 280 gün sürmekte ve herhangi bir rahatsızlık ya da komplikasyon olmadan, canlı bir fetüsün doğumuyla

sonuçlanmaktadır (58). Gebelik 40 hafta devam eden bir süreçtir ve her biri yaklaşık üçer aydan oluşan toplam üç ayrı bölümden oluşmaktadır. Trimester adı verilen bu bölümlerin gebelikte her biri bir dönüm noktasıdır. Fetüs açısından bakıldığında, ilk trimester daha çok hücrelerin çoğaldığı ve organların oluştuğu dönemdir, sonraki ikinci ve üçüncü üç aylık dönemler ise oluşan bu organların gelişme sürecidir (65). Gebelik doğal bir olay olmasına rağmen, annenin organizmasında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olmaktadır. Bu değişiklikler fertilizasyondan hemen sonra başlamakta ve gebelik boyunca devam etmektedir. Hem annenin hem de fetüsün sağlığını en iyi şekilde sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum eylemi için gerekli anatomik değişiklikleri sağlamak amacıyla oluşmaktadır (66).

### **2.3. Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler**

Gebelik sırasında anne organizmasında çok sayıda anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler olur. Doğumdan sonra ilk 6–8 hafta içinde bu değişiklikler normale döner (67). Gebelikte ortaya çıkan bu maternal fizyolojik değişikliklerin nedeni; uterus içindeki fetusun gelişmesi ve besin ihtiyacının karşılanması, genital yolların doğum için hazırlanması ve laktasyon döneminde bebeğin bir süre daha beslenmesinin sağlanması içindir (68).

Gebelik nedeniyle annenin organizmasında;

- ✓ Genital sistem,
- ✓ Kardiyovasküler sistem,
- ✓ Solunum sistemi,
- ✓ Gastrointestinal sistem,
- ✓ Üriner sistem,
- ✓ Kas-iskelet sistemi,
- ✓ Endokrin sistem,
- ✓ Hematolojik ve immünolojik,
- ✓ Memelerde,
- ✓ Ciltte,
- ✓ Metabolizmada anatomik ve fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir (66, 69, 70).

Gebelikte meydana gelen bu değişikliklerin incelenmesi ile prenatal takipte gebeler daha sağlıklı değerlendirilmektedir (71).

### **2.3.1. Genel Değişiklikler**

Gebelik sürecinde gelişen tüm bu değişiklikler, gelişen fetüsün korunması, metabolik ihtiyaçların karşılanıp oluşan atıkların uzaklaştırılması, doğum eylemi için gerekli anatomik değişikliklerin oluşması ve eylemde harcanacak enerjinin hazırlanması ve bu dönemde hem annenin hem de dünyaya gelecek olan bebeğin sağlığını en iyi şekilde korumak amacıyla oluşmaktadır (66).

Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde en belirgin değişimler, fazlalaşan vücut kitlesi ve farklılaşmış habitustur. Gebelikte artan besi gereksinimiyle birlikte iştah artışı ve hatta aşırı yiyecek isteği (aşerme) görülebilmektedir. Normal bir gebelikteki toplam ortalama 12 kilonun dağılımı, maternal yağ depoları, artmış kan hacmi, toplam vücut sıvısı ve fazlalaşan meme dokusu şeklindedir (72).

Bu değişimler döllenmenin hemen ardından başlamaktadır. Bununla beraber, en hızlı büyüme dönemi 20. gebelik haftasından sonra başlamaktadır. Prenatal bakım ve eğitim, normal gebeliğin bu değişimlerinin başarıyla karşılayabilecek düzgün diyet, doğru duruş ve vücut mekaniğini bilinçli idare edebilmeyi sağlamaktadır. Ayrıca düzenli izlemler sayesinde gebenin bu değişimlere adaptasyonu ve olası problemler saptanmış olur (72-74).

### **2.3.2. Genital Sistem**

Uterus, şeklini ve iç hacmini büyük oranda değiştirme kapasitesine sahiptir. Bu sayede büyüyen fetüs ve eklerine uyum sağlayabilir. Normalde 50–70 gr. ağırlığında 7.5×5×2.5 cm. boyutlarında ve 10 ml. iç hacme sahiptir. Miadında gebelikte ise ağırlığı 800-1000 gr, boyutları 20×25×22.5 cm ve iç hacmi 4500 cm<sup>3</sup>e ulaşır. Uterus kas lifleri boy ve sayıca artarken endometrium da kalınlaşır. Büyümeyi mekanik ve hormonal mekanizmalar sağlamaktadır (67, 72).

Östrojen ve progesteron hormonlarındaki artış uterus kaslarında hipertrofi ve hiperplaziye neden olmaktadır. Kalınlaşma ve genişleme en çok fundusta olur. Fundus yüksekliği gebelik haftasına göre değişiklik gösterir. Uterustaki genişleme simetrik değildir. Uterusun büyüklüğü arttıkça şekil değişiklikleri de geçirir. Gebeliğin ilk birkaç haftasında orijinal şeklini korurken, 12. haftaya kadar yuvarlak şekil alır. Daha sonra pelvis dışına çıkan uterus ovoid bir şekil alır. Uterus pelvisten çıktıktan sonra, solda rektosigmoid kolon nedeniyle sağa doğru rotasyon yapar (65, 73, 75).

### **2.3.3. Kardiyovasküler Sistem**

Gebelikte en önemli değişiklikler kardiyovasküler sistemde görülmektedir. Kalbin fonksiyonel kapasitesinde, renal ve uterin kan akımında artmanın olması bunların en önemlisidir (66, 76). Gebelikte tüm vücut sıvıları artar. Kan volümü gebeliğin 6-8. haftalarından itibaren artmaya başlar ve 30-34. haftada en üst seviyeye ulaşır. Normal bir gebelikte kan hacmi 1600-1700 ml artmaktadır. Artan kan miktarının çoğu plazmadır. Plazma 1300 ml artarken, eritrosit hacmi sadece 400-450 ml artar. Bu nedenle fizyolojik anemi oluşmaktadır (77).

Gebelikte kardiyak outputta da artma olmaktadır. Normal bir kadında kardiyak output 4.5-5.5 ml/dk iken, gebelikte 1.5 ml/dk yüksektir. Kardiyak outputta artma hem kalp atım sayısında, hemde atım hacminde artma ile ortaya çıkar. Gebelikte O<sub>2</sub> gereksiminin, kan volümünün ve daha çok uterus olmak üzere damar yatağı boyutlarının artması nedeniyle kardiyak outputta artış görülmektedir (66).

Gebelikte progesteronun damar düz kaslarına relaksasyon etkisi yapması ve uterusun mekanik baskısı sonucu venöz dönüşün engellenmesine bağlı olarak hemoroid, vulva ve bacaklarda varis, alt ekstremitelerde ödem görülmektedir (78-80). Hemoroid anüs ve rektum alt venlerinin genişlemesidir ve gebelikte sık görülen kardiyovasküler sistem değişikliklerindedir. Fetüsün büyümesi ile venler üzerine olan basıncın artmasına bağlı venöz sirkülasyonun engellenmesi ve progesteronun damar düz kaslarına olan gevşetici etkisinden kaynaklanmaktadır (77).

Gebeliğin son aylarında kadınların 2/3'ünde alt ekstremitelerde ödem görülmektedir (69). Kapiller permeabilitenin artması, alt ekstremitelerde venöz dönüşün engellenerek bacaklarda venözkonjesyon oluşmasına bağlı sodyum ve su retansiyonu, sıcak hava, uzun süre oturma ve ayakta durma alt ekstremitelerdeki ödeme neden olmaktadır (77, 80, 81).

#### **2.3.4. Solunum Sistemi**

Gebelikte solunum performansını etkileyen anatomik ve fizyolojik değişiklikler oluşur. Burun mukozası östrojene duyarlıdır. Solunum kanalının tamamında kapiller dilatasyon meydana gelir ve kan volümünün artmasından dolayı hafif hiperemik ve ödemlidir. Bunun sonucunda, nazal tıkanıklık ve burun kanaması gelişebilir. Bu problemlere bağlı gebeler uyuma güçlüğü de yaşayabilirler. Büyüyen uterus basısının gücü diyaframı yukarı kaldırır fakat bu vital kapasiteyi azaltmaz. Gebelikte vital kapasite değişmez (72, 77, 82, 83).

Gebelikte, fetüsün oksijen ihtiyacını anneden karşılaması nedeniyle oksijen ihtiyacı artmaktadır. Bu ihtiyacı karşılamak için progesteron solunum merkezini stimüle eder. Çünkü progesteron solunum merkezinin karbondioksite duyarlılığını artırır ve gebede hiperventilasyon ortaya çıkar. Hiperventilasyon sonucu maternal plazmadaki karbondioksit azalır. Böylece fetüsün CO<sub>2</sub>'i daha kolay atılır (84-86). Gebelikte artan O<sub>2</sub> ihtiyacını karşılamak için akciğerde de değişiklikler meydana gelir. Bu değişikliklerden ilki gebelikte hava yollarında dilatasyon oluşması, hava akımı direncinin azalmasıdır. Diğerisi ise göğüs duvarının elastikiyetinin artarak nefes almanın kolaylaşmasıdır (66).

Solunum sistemindeki fizyolojik değişikliklerin yanı sıra anatomik değişikliklerde görülür. Gebelikte intraabdominal basıncın artması ile diyafragma yaklaşık 4 cm yukarıya doğru yer değiştirir ve göğüs duvarı yanlara doğru genişler. Bu nedenle gebelikte diyafragma kası solunumda etkin olarak kullanılmaz ve daha çok göğüs solunumu yapılır. Bu değişiklik geri dönüşümlüdür ve doğumdan sonraki birkaç hafta içinde kaybolur (87). Ayrıca gebelikte solunum sisteminde, rezidüel volüm azalması, solunum merkezinin karbondioksit basıncına duyarlılığının artması,

ventilasyonun artması, karbondioksit basıncının azalması ve solunum alkalozunun gelişmesi gibi değişiklikler de görülür (66, 87, 88).

### **2.3.5. Gastrointestinal Sistem**

Gebelikte gastrointestinal sistemde (GİS) büyük değişiklikler meydana gelmektedir. Bunun sonucunda gebelerde bir takım şikayetler görülmektedir (85). Gebelikte GİS'te ortaya çıkan değişikliklere bağlı olarak gebeler, aşırı tükürük salgısı, gastroözefagealreflü, bulantı ve kusma, mide yanması, mide ve bağırsaklarda gaz, iştahta artma azalma gibi şikayetler yaşamaktadırlar (77, 80, 85).

GİS'te ortaya çıkan en önemli değişme progesteronun gevşetici etkisi ve büyüyen uterusun çevre organlara bası yapması sonucu oluşan motilite azalmasıdır (77). Gebelikte GİS ile ilişkili diğer bir problem ise reflü hastalığıdır. Gebeliğin erken dönemlerinden itibaren özofagusun alt sfinkter basıncı gittikçe azalmaktadır. Bunun nedeni progesteronun düz kaslar üzerindeki gevşetici etkisindedir. Hem sfinkter basıncının azalması hem de intraabdominal basıncın artması mide ve safra asidinin özofagusun içine kaçmasına neden olmaktadır. Bu da gebelerde göğüs kemiği arkasında yanma, ağza ya da boğaza acı su gelmesi gibi yakınmaların yaşanmasına sebep olur (89). Gebelikte mide yanması; gastrik motilitenin azalması, uterusun büyüyerek mideyi yukarı doğru itmesi, progesteron sentezinin artması ve peristaltik hareketlerin yavaşlaması nedeniyle olmaktadır. Özellikle gebeliğin son dönemlerinde görülmektedir (90).

Gebelikte yaygın olarak görülen bulantı ve kusma sıklıkla birinci trimesterde ortaya çıkmaktadır ve 6-12 haftadan sonra kendiliğinden sona ermektedir. Genellikle günün erken saatlerinde yaşanır, bu yüzden sabah hastalığı (morningsickness) olarak da isimlendirilmektedir. Gebe kadınların yaklaşık %50-%75'inde görülen bulantı ve kusmanın birçok teori ileri sürülmesine rağmen etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Human Koryonik Gonadotropin (HCG) düzeyindeki yükselmenin, karbonhidrat metabolizmasındaki değişikliklerin (kan şekerinin düşmesi vs.), yorgunluğun ve GİS'te peristaltik hareketlerin yavaşlamasının, annenin gebeliğe ve gebeliğin getireceği durumlara göstereceği psikolojik tepkinin neden olduğu düşünülmektedir (77, 79).

Gebelikte GİS'te mide ve barsaklarda gaz ve kabızlık şikayeti gibi rahatsızlıklar da görülmektedir. Bunun nedeni progesteron düzeyindeki artışın barsak hareketlerini yavaşlatması, büyüyen uterusun barsaklar üzerine baskı yapması, sıvı alımının yetersiz olması, yetersiz egzersiz ve sulu lifli gıdalardan eksik beslenme alışkanlığıdır (91).

### **2.3.6. Üriner Sistem**

Üriner sisteme ait olarak gebelikte her iki böbrekte yaklaşık %30 hacim artışı olmaktadır. Bu artış böbreklerin boyut olarak artışına bağlıdır. Sağ böbrek sol böbrekten daha fazla büyür. Her böbreğin uzunluğu yaklaşık 1-1.5 cm artmaktadır. Renal pelvisin 10 ml'lik olan normal hacmi 60ml'lik hacme ulaşır (92). Aynı zamanda sağ tarafta fazla olmak üzere üreterler uzamış, genişlemiş ve daha kıvrımlı bir hal almıştır. Bu değişiklikler üreterlerde idrar akımının yavaşlamasına ve üriner enfeksiyonların artmasına neden olmaktadır (66, 87).

Glomerüler filtrasyon hızı gebeliğin erken aylarından itibaren yaklaşık %70 artmaktadır. Bu durum gebeliğin sonuna kadar devam eder. Glomerüler filtrasyon hızının reabsorbsiyon hızından fazla olması gebelikte glikozüri görülmesine neden olmaktadır (86).

Uterus büyüdükçe mesane yukarıya doğru yer değiştirir ve ön-arka çapta yassılaşır. Uterustan gelen baskı ile sık sık idrara çıkma, mesane damarlanmasında artma ve kas tonusunda azalma görülür. Kapasite 1500ml.'nin üstüne çıkar. Günlük idrara hacmi %25 artmıştır. Gebelik ilerledikçe mesane kapasitesi azalır ve bu da idrar frekansını artırır. Ayrıca uterus büyüdükçe üriner kontrol azalır ve idrar kaçırmaya, "stres inkontinans"a neden olabilmektedir (65). Ayrıca pelvik yapılardaki vasküler dolgunluk ve hormonal değişiklikler de sık sık idrara çıkmaya neden olabilmektedir (81).

### **2.3.7. Kas ve İskelet Sistemi**

Gebe kadında ağırlık merkezi büyüyen uterustan dolayı öne doğru yer değiştirir. Bunu dengelemek ve ağırlık merkezini tekrar geriye almak için

lumbosakral bölgede lordozis artar. Bu durum sakroiliak eklem yükünü artmasına sebep olur. Ayrıca hormonal değişiklikler bağ dokusunda ödeme, damarlaşmaya ve sakroiliak, sakrokoksik ve pubik eklemlerdeki kartilaj dokusunun yumuşamasına bağlı mobilite artışına neden olur. Bu değişiklikler gebenin yeni duruşuna yardımcı olmak ve doğum eyleminde fetüsün inişini kolaylaştırmak amacıyla gerçekleşmektedir (66, 77). Bu değişikliklere bağlı olarak ve vücut mekaniklerinin uygun kullanılmaması sonucunda gebelerde bel ve sırt ağrıları görülmektedir (65, 77).

### **2.3.8. Endokrin Sistem**

Gebelikte; östrojen, progesteron, prolaktin, tiroid stimüle eden hormon, triodothronine/thyoxine hormon düzeylerinde ciddi değişiklikler görülmektedir (93, 94).

Hipofiz ön lobunda belirgin bir hipertrofi meydana gelmektedir. Placenta kaynaklı östrojen ve progesteron hormon düzeyinin yüksek oluşu nedeniyle folikül stimüle edici hormon ve luteinleştirici hormonun salgısı minimal düzeye iner (75, 95). FSH'nın salgılanmaması sonucu ovarial siklus görülmez. Östrojen ve progesteron seviyelerinin düşmemesi endometriumun yıkılmasını önler. Dolayısıyla gebelik boyunca menstruasyon da görülmez (66, 77). Buna karşın adrenokortikotrop hormon düzeyleri artar. Arka lobda hipertrofi oluşmaz. Salgılanan oksitosin ve vazopressin, gebelik boyunca placenta ve kandaki bazı enzimlerle (Oksitokinaz fermenti) ve progesteron hormonu inaktive edilirler. Prolaktin salgısı artmıştır (75, 95).

Placentaldan iki polypeptid hormon salgılanmaktadır. Bunlar; HCG ve Human Placental Laktojen (HPL)'dir (81, 87). HCG; placentalda sinsityotroblast hücrelerinden salgılanır. Fertilizasyondan itibaren 10. günde gebenin kan ve idrarında görülür ve yükselmeye devam eder. Gebeliğin 60 ve 70. günlerinde en yüksek seviyesine ulaşırken, 10. ve 11. haftadan sonra düşmeye başlar ve gebeliğin son iki haftasında görülmez. HCG'nin en önemli görevi; korpus luteumun dolayısı ile gebeliğin devamını sağlamaktır. Bu nedenle gebeliğin erken dönemlerinde HCG sentezi önemlidir. Ancak placentalın gelişerek korpus luteumun görevini



üstlenmesiyle HCG önemini kaybeder. HPL; fertilizasyondan sonra 12-18. günlerde sinsityotrofoblast hücrelerinden salgılanmaya başlar ve 34-36. haftalarda en yüksek düzeye ulaşır. HPL, anne insülinini duyarsız hale getirerek fetusun sürekli çektiği glikozun anne kanında dengelenmesi, serbest yağ asitlerini mobilize ederek enerji kaynağı olarak kullanılmasını, anne proteinlerinin kullanımını sınırlayarak fetusun aminoasitlerden yararlanmasını ve gebelik süresince süt bezlerinin laktasyona hazırlanmasını sağlamak gibi görevleri bulunmaktadır (77, 81).

### **2.3.9. Memeler**

Gebelikte ilk fiziksel değişme 4. haftada ortaya çıkan memelerdeki değişimlerdir. Gebeliğin erken dönemlerinden itibaren memelerde hafif bir renk değişikliği ve damarlanmaya bağlı hassasiyet görülürken, ikinci aydan sonra büyüme gözlenir. Meme uçları ve areola büyür ve pigmentasyon koyulaşır. Montgomeri glandları gelişir ve yüzeyel venler belirginleşir. Gebeliğin ikinci yarısından itibaren kolostrum adı verilen ilk süt salgısı oluşmaya başlamaktadır (66, 87).

Memelerde meydana gelen değişikliklerin temel nedeni; östrojen ve progesteron hormonlarının artmasıdır. Bu hormonların düzeyindeki artış meme uçlarında duyarlılığın artmasına, sızlama ve acı gibi şikayetlerin yaşanmasına neden olmaktadır (77).

### **2.3.10. Cilt ve Karın Duvarı**

Gebeliğin yarısından sonra ciltte pigmentasyon görülmektedir. Gebelikte salınan hormonların etkisiyle yüzde, alında, burun kökü ile elmacık kemiği çıkıntılarında göğüs ucunda ve areolada koyulaşma oluşur. Özellikle yüzde oluşan pigmentasyon, gebelik maskesi (chloasmauterinum) şeklinde kendini gösterir. Abdominal derinin orta hattı belirgin bir biçimde pigmente olarak kahverengimsi siyah bir renk alır ve lineanigrayı oluşturmaktadır (75).

Gebelikte karın duvarı incelir, gerilir, parlak bir görünüm alır ve alt yan karın bölgesinde yer yer stria adı verilen çatlaklar oluşur. Bu stria gravidumlar gebe

kadınların yaklaşık yarısında görülür. İlk geliştiğinde kırmızı olan strialar gebelikten sonra beyaz bir skar dokusu şeklinde kalır (77, 84).

#### **2.4. Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler**

Gebelik çoğu insan için özel bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte, yeni doğan çocuğunu kucağına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişiminin görüldüğü riskli bir dönem olmaktadır. Bu dönemde sadece fizyolojik değişiklikler değil psikolojik ve sosyal değişiklikler de görülmektedir. Gebelerde fizyolojik değişikliklerin görülmesi, hızlı hormonal değişimlerin olması, duygu durum ve diğer psikiyatrik sendromların ortaya çıkmasının bir sebebi olarak ileri sürülmektedir (20).

Gebeliğin genellikle bir kadın için mutlu bir dönem ve duygusal iyilik hali olduğu düşüncesi artık değişmiştir. Çünkü çoğu kadın için gebelik ve annelik dönemi, depresyon, anksiyete bozukluğu, yeme bozukluğu ve psikoz gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığın arttığı bir dönemdir (96). Özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere psikiyatrik bozukluklar kadınların doğurganlık döneminde en yüksek prevalansa ulaşır (97).

Kadın yaşamında gebelik dönemi, değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak yorumlanmaktadır. Her kadın gebeliği farklı olarak yaşamaktadır. Gebelik karşısındaki tepkiler, bireyin anılarına, korkularına, sosyal ve ekonomik çevre koşullarına, isteklerine bağlı olarak farklılık göstermektedir (98). Eşler arasındaki sevgiyi artıran, evlilik temellerini kuvvetlendiren gebelikte vücutta görülen hormonal değişikliklerin kadında büyük ruhsal değişiklik yaptığı görülmektedir (99). Bu sürece karşı gebelik ve anneliği normal olarak algılayan kadınların adaptasyonu daha iyidir. Gebeliğe karşı olumsuz duygular taşıyan kadınlarda ise baş ağrısı, bulantı, emosyonel gerilim gibi semptomlar ortaya çıkabilmektedir (100).

Gebeliğin ilk üç ayında duyguların zıt olduğu gözlenmiştir; ani neşe yerini üzüntü ve sıkıntıya bırakabilir. 'Birgün çocuğum olacak' düşüncesi memnuniyet, 'şimdi değil' düşüncesi de mutsuzluğa neden olmaktadır (99). Birinci trimester, kadının başarması gereken gelişimsel görev, gebeliğini kabul etmesidir. Bu trimester

sonunda gebe olduğunu ifade edebilmelidir. Gebeliği ve anneliği normal olarak algılayan kadınlarda adaptasyonun daha iyi olduğu görülmektedir. Menstruasyona ve gebeliğe karşı olumsuz duygular taşıyan kadınlarda baş ağrısı, bulantı, emosyonel gerilim gibi semptomlar ortaya çıkabilir (99,100).

İkinci üç ayda kadın gebeliğe adaptasyonu sağlamış, gebeliği benimsemiş ve dışa dönüklük dönemi başlamıştır. Anneliği benimseyen kadın büyük istekle kendi ve çocuğuyla ilgili sorunlarla ilgilenmeye başlar (99). Bu dönemde fetüsle olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir (101).

Üçüncü trimesterde ise fizyolojik olarak hareketler kısıtlı olmasına rağmen gelişen annelik duygularının etkisiyle annelerin doğacak çocuklarına karşı korumacı davrandıklarına inanılmaktadır. Gebeliğin 32. haftasından sonra özürü bebek doğurma, zor doğum, doğum ağrısı, ölüm korkusu, iyi anne olamayacağına dair korku, doğumdan sonra işini bırakmak ya da ara vermek zorunda olması, ailenin ekonomik bir yükün altına girmesi gibi nedenler gebede anksiyete ve strese neden olacaktır (99, 101).

Anne adayı gebeliğin son aylarında fiziksel ve ruhsal destek için başkalarına, özellikle eşine de bağımlı olmaya başlamaktadır. Bu dönemde gebe daha duyarlı hale gelmektedir. Bebeğini kaybedebileceği ya da ona zarar verebileceği duygularını yaşamaktadır. Bu nedenle de kendine çok dikkat eder. Son ayda anne, ilk trimesterde yaşadığı ambivalan duyguları tekrar yaşamaya başlar. Gebelikten nefret eder, bebeği ister fakat doğumdan korkar (58).

#### **2.4.1. Gebelik ve Anksiyete**

Anksiyete iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici, endişe ve korku duygusudur. İçsel ya da dış dünyadan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan duygudur (102).

Anksiyetede gerginlik, kaygı ve korku gibi ruhsal belirtilere davranışsal ve bedensel belirtiler de eşlik etmektedir. Bütün bunların gerçekleşmesi için, o duruma

uygun olan otonom sinir sisteminin etkilediği solunum, kardiyovasküler işlevler, ısı kontrolü gibi denge sağlayıcı (hemostatik) düzeneklerin işlevi gereklidir (103, 104). Anksiyetenin bilişsel yönünü, zorlu durumlarla başa çıkma konusunda yetersizlik hissi ve gelecekle ilgili belirsizlik düşünceleri oluşturmaktadır. Kaygı duyma, anksiyete gelişmesinden kaygılanma, korku ve anksiyete oluşturan durumlarla başa çıkamayacağı düşünceleri de bu düşünce örüntüsüne eşlik etmektedir. Sonuçta, kişinin anksiyete yaşama ve bununla baş etme konularındaki güvensizliği bir kısır döngüye girecek ve yaşanan olumsuz duyguları pekişecektir (105).

Anksiyete; subjektif olarak hissedilen bir duygudur ve özellikle akut olanda kendini çeşitli fizyolojik (bulantı, kusma, diyare, idrar sıklığı vs.) ve davranışsal bozukluklara neden olabilmektedir (106). Gebelikte görülen fizyolojik duyuların çoğu anksiyete semptomları ile benzerlik gösterir. Bu nedenle anksiyete bozuklukları gebe kadında maskelenebilmektedir. Klinisyenlerin bu konuda dikkatli olmaları gerekmektedir (107).

Eskiden gebelerin anksiyete bozukluğu açısından düşük riskte olabileceği düşünölmekteydi (108). Bunun aksine, çalışmalar gebelik ve postpartum dönemin anksiyete bozuklukları açısından değişken etkileri olduğunu göstermektedir. Gebelik öncesinde anksiyete bozukluğu tanısı almış kadınlar gebelikleri sırasında belirtilerinde düzelme gösterebilir de (109) kadınların çoğunun klinik olarak belirgin semptomları sürmektedir (110, 111). Aynı kadının farklı gebeliklerinde anksiyete bozukluğu açısından seyri bile değişkendir. Önceki gebeliğinde belirtilerinde düzelme gösteren bir kadın süren gebeliğinde de artmış risk taşımaktadır (109, 112).

Çalışmalar gebelikte anksiyete bozukluğu görülen kadınların postpartum dönemde depresyona daha eğilimli olduğunu bildirmektedir. Gebelikte anksiyete bozukluklarına karşı uyanık olmak ve tanı koyabilmek postpartum dönemde depresyonu önlemek açısından önemlidir (113).

Son yıllarda yapılan birçok çalışma prenatal stres ve kaygının da dahil olduğu psikososyal değişkenlerin kötü obstetrik sonuçla ilişkili olabileceğini göstermiştir (114). Lobel ve arkadaşları tarafından yapılan prospektif bir çalışmada, yaşamsal olaylardan, durumluk kaygısından ve algılanan stresten oluşan stres indeksindeki yüksek skorların gebelik süresini anlamlı oranda kısalttığı bildirilmiştir (115).

Yapılan benzer bir çalışmada gebelik boyunca yaşanan yaşamsal olayların düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu ve gebeliğe bağlı anksiyetede bir birimlik artışın gebelik süresini üç gün kısalttığı sonucu ortaya çıkmıştır (116). Başka bir çalışmanın sonuçlarına göre ise prenatal dönemde yüksek anksiyeteye sahip gebelerin, daha düşük anksiyete yaşayan gebelere göre daha erken doğum yaptıkları görülmüştür (117).

Gebede meydana gelen fizyolojik ve psikososyal değişiklikler, komplikasyonlar anne adayında anksiyeteye yol açabilmektedir. Doğumda meydana gelebilecek aksilikler, doğum esnasında bebeğini kaybetme ihtimali hemen hemen bütün kadınlarda anksiyeteyi arttırmaktadır (8).

Gebelikte yeterli psikososyal desteğin varlığı ve ruh sağlığının iyi olması fetüsün sağlığı için önem taşımaktadır. Özellikle depresyon ve kaygının gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve rahim içi gelişme geriliğine neden olduğu bildirilmektedir (118).

#### **2.4.2. Gebelik ve Depresyon**

Psikiyatrik bozukluklar içinde en sık görüleni ve hastalık yükünde en büyük paya sahip olanı depresyondur. Depresif bozukluklar, pek çok alt grup içermesine rağmen, en fazla araştırılan majör depresif bozukluktur (117). Depresyon; oluşma nedenleri, gidişi ve tedavisi açısından, oldukça karmaşık olan bir ruhsal bozukluk olup, anlaşılması ve tanınmasında, üzerinde durulması gereken temel nokta bir sendrom olduğudur. Depresyon, sadece ruhsal bir çöküntüden ibaret değildir; aslında depresyon olarak isimlendirilen belirtiler ve bulgular kümesi olup, bilişsel, duygusal ve güdüsel alanlarla ilgili pek çok belirtiyi kapsamaktadır. Genel anlamda depresyon; derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik hissi, suçluluk duygusu, uyku bozuklukları, dikkat ve konsantrasyon azalması, isteksizlik, motivasyon azalması, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (119).

Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir durumdur (120). Depresyon bebeklikten yaşlılığa hayatın her döneminde görülebilmektedir. Bebeklik döneminde hastanede yatırılan bebeklerde anne yoksunluğuna bir tepki olarak, gençlik döneminde intihar riski yüksekliği ve karmaşık belirtilerle birlikte, erişkin ve yaşlılık döneminde ise yine kendilerine özgü değişik belirtilerle ortaya çıkar. Mizacın elemli oluşu, uyku bozuklukları, intihar düşünceleri gibi temel belirtiler yaşla değişmez (121).

Depresyon gebelikle ilgili en yaygın psikiyatrik bozukluktur (96). Fakat gebelikte sıklıkla atlanabilmektedir. Gebe kadınlarda da, uyku ve iştah bozukluğu, enerji ve istek kaybı gibi majör depresyonla örtüşen pek çok klinik bulgu ve belirtiyeye rastlanır. Gebelikte sıklıkla görülen tıbbi hastalıklar gebelikte depresyon tanısını daha komplike hale getirir (122). Benute ve arkadaşları, tıbbi hastalığı olan 326 gebe üzerinde yaptıkları bir çalışmada, depresyon riskinin arttığını bulmuşlar ve bu kadınların gebeliklerinde, gebelik depresyonu açısından taranmaları gerektiğini belirtmişlerdir (123).

Gebelikte depresyon hem anne sağlığını hem de fetal sağlığı etkiler. Yapılan çalışmalara göre gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının %5-51 arasında değiştiği bildirilmektedir (10, 31, 33). Türkiye’de bu konuda yapılmış yeterince çalışma olmaması ile birlikte Cebeci ve arkadaşlarının gebeler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, Beck depresyon ölçeğine göre (kesme değeri 17 ve üzeri) depresyon semptom görülme prevalansı %12 bulunmuştur (124). Gebelik süresince sosyodemografik ve obstetrik değişkenlerin depresyon, anksiyete ve ruhsal bozukluklara yol açması preeklampsi, plental anormallikler, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, fetal stres gibi riskleri arttırmaktadır (125, 126).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon sıklığı %27.9-%33.1 arasında olduğu görülmektedir (25, 28, 29). Ülkemizdeki gebe kadınların kimi özelliklerinin ve yaşam şekillerinin (ergenlikte gebelik, sık aralıklarla gebe kalınması, ekonomik problemler, düşük eğitim düzeyi, geniş aile yapısı, aile içi şiddet ve yeterli doğum öncesi bakım alınmaması), gebelik depresyonunun prevalansını ve şiddetini etkileyebileceği düşünülmektedir (25).

Özgeçmişte depresyon öyküsü (127), genç yaşında anne olma (37), yalnız yaşama, yetersiz sosyal destek, evlilikteki uyumsuzluk olması, istenmeyen gebelik veya gebelikle ilgili ambivalan düşünceler (128) ve çocuk sayısının artması (129) gebelikte depresyon riskini artırmaktadır. En belirgin olarak tanımlanmış risk faktörleri; önceden depresyon öyküsü olması, önceden depresyon öyküsü olan bir kadının tedaviyi bırakması, postpartum depresyon öyküsü ve ailede depresyon öyküsü olmasıdır. Gebeye karşı kötü tutum, sosyal destek eksikliği, zorlu yaşam olaylarına karşı annedeki stres ve gebelikten dolayı mutsuz olan bir eş veya aile üyesinin olması gebelikte depresyona katkı sağlayan psikososyal faktörlerdir (127, 128).

Gebeliğin birinci trimesterindeki başlıca depresif belirti ve bulgular; uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğüdür. Benzer şekilde gebeliğin üçüncü trimesterinde anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, doğumla ilgili kaygılar görülebilmektedir. Bu depresif belirtiler gebeliğin ikinci trimesterinde daha az yaşanmaktadır (11). Gebe kadınlarda depresif belirtilerin en az postpartum dönemdeki veya gebe olmayan kadınlardaki kadar sık ve yoğun görüldüğü belirtilmektedir (118). Gebelikteki depresif belirtiler genel depresyon belirtilerinden benzerlik göstermekle birlikte; gebe depresif hastalarda diğer depresif hastalara göre bulantı, mide ağrısı, sık soluk alıp verme, baş ağrısı gibi somatik şikayetler anlamlı derecede fazla görülmektedir (23).

Gebelikte hafif ve orta derecedeki depresyonda öncelikle non-farmakolojik tedavi uygulanmalıdır. Daha şiddetli depresyonu olan bireylerde psikoterapi tek başına yeterli olmayabilir. Bu nedenle psikoterapi yanında antidepresan bir ajan eklemek gerekebilmektedir (5). Günümüze kadar yapılan çalışmaların çoğu, gebelik döneminde görülen depresyonda antidepresanlarla tedavinin hem bebek hem de anne açısından olumlu sonuçlar verdiğini ileri sürmektedir. Tedavi planı yapılırken sadece hekim ve hastanın değil gerekli hallerde eşlerin, obstetrisyenlerin, yenidoğan uzmanlarının, ebe ve hemşirelerin, danışmanların fikirleri alınmalıdır. Tedavi başlatıldıktan sonra postpartum dönem dahil gebelik boyunca sıkı bir şekilde inceleme ve takip yapılarak relaps önlenmelidir. Bu konuda aile bireylerinin

bilgilendirilmesi ve onların ilgilerinin de önemli olduğu belirtilerek aile desteği de sağlanmalıdır (11).

## **2.5. Gebelikte Görülen Ruhsal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları**

Anne ölümlerini ve gebelik, doğum ve lohusalıkla ilgili nedenlerden dolayı oluşabilecek hastalık ve sakatlıkları ortadan kaldırmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli biçimde tüm topluma ulaşır olması gerekmektedir. Prenatal izlem ve bakım hizmeti tek başına maternal mortalite ve morbidite sorununa bir çözüm sağlayamamaktadır. Bu hizmet, gebelik öncesinde başlayan ve gebeliğe kadar devam eden, doğum ve doğum sonrası dönemlerde de devam eden sağlık hizmetinin yalnızca bir bölümüdür (129).

Gebelerdeki depresif belirti ve bulguların gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ve yakınmalarıyla benzer özellikte olması ve subsendromal özellik gösterebilmesi nedeniyle gebelik depresyonuna tanı koymak bazen güç olabilir (11, 23). Bu nedenle ebe, hemşire ve hekim doğru tanı için gebe kadınları fiziksel ve psikolojik yönüyle iyi değerlendirebilmeli, depresyona yönelik belirtileri ve tarama yöntemlerini bilmeli, bu yöntemleri uygulayabilmelidir (23). Gebelik psikolojisi ve gebelikle ilişkili ruhsal sorunlar ve bozuklukların bilinmesi, sağlık personelinin konuyla ilgili farkındalığını artıracak ayrıca kadın doğum ve psikiyatri alanları arasındaki işbirliğinin gelişmesini sağlayacaktır (101).

Gebelerin ruhsal yönden bilgilendirilmesi gerekmektedir. Böylece gebelerin, gebelikle ilgili korku ve kaygıları azaltılabilir ve gebeliğe ruhsal uyum kolaylaşabilir. Ayrıca gebelerde ve sağlık personelinde süreçle ilgili ruhsal farkındalığın artması, gebelikte ortaya çıkabilecek birçok ruhsal sorunun erken tanınması, önlenmesi, erken müdahale edilmesi ve tedavisine olanak sağlayacaktır (101).

Gebelik dönemde geçirilen anksiyete veya depresyon, doğum sonu depresyonun öncüsü olabilmektedir. Bu nedenle hemşireler doğum sonu depresyonu değerlendirmeye prenatal dönemde başlamalıdır (130). Prenatal dönemde yapılan değerlendirme, doğum sonu döneme kadar kadının doğum sonu depresyon hakkında bilgilendirilmesi için zaman kazandırabilmektedir (131).



Ülkemizde de diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gebelik depresyonuna yönelik sağlık profesyonellerince tarama programları başlatılmalı, yaygınlaştırılmalı, depresyon riski olan gebeler (depresyon ve kronik hastalık öyküsü gibi) erken dönemde belirlenmelidir. Ortaya çıkarılmamış veya tedavi edilememiş depresyon hem gebe hem de bebek için risk oluşturmaktadır (132). Ayan ve arkadaşları doğuma hazırlık kurslarının gebeler üzerine etkisini incelediği çalışmalarında; kursu alan gebelerde kaygı ve depresyonun kursu almayanlara göre daha az olduğu sonucuna varmışlardır (133).

Hemşireler gebelik döneminde gebe kadın ve ailesinin gebeliğe sağlıklı bir şekilde uyum yapmalarını sağlamalıdır. Gebelik döneminde hemşire; aile içi süreçlerde değişim, anksiyete, bilgi eksikliği, vücut imajında bozulma gibi hemşirelik tanılarına karşı hemşirelik sürecini uygulamalı ve gebelik izlemlerini düzenli bir şekilde yapmalıdır. Anne adayında ortaya çıkabilecek fiziksel ve duygusal sorunlara karşı önlem almalıdır. Doğum sonrasında da anne ve bebek için uygun ortamlar yaratılarak, annenin yeni duruma uyumunu ve bebeğin bakımı sağlanmalıdır (134).

### **3. MATERYAL VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi**

Araştırma Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde 1 Ekim - 31 Aralık 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ankara il merkez sınırları içerisinde bulunmaktadır. Hastanenin Kadın Doğum Polikliniğine günde ortalama 60 hasta başvurmaktadır. Hastanenin 4 adet Kadın Doğum Polikliniği'nde 6 hekim ve 8 hemşire haftanın beş günü, 08.00–17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Araştırma için bu hastanenin seçilme nedeni; polikliniğe başvuran gebe sayısının yüksek olması ve hastaneye ulaşımın kolay olmasıdır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Çalışmanın evrenini son bir yıl içinde Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebeler oluşturmaktadır (N=1308).

#### **3.4. Araştırmanın Örneklemi**

Çalışmanın örnekleme, evreni temsil etmesi amacıyla evreni bilinen örneklem formülü ile hesaplanmıştır. Buna göre örneklem büyüklüğü n=297 olarak bulunmuştur. Hesaplamalarda %95 güven ve %80 teorik power kullanılmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot (pq)}{d^2 \cdot (N) + t^2 \cdot (pq)}$$

$\alpha$ = güven düzeyi (%5)

d= duyarlılık (0,05)

t= t tablosu istatistik değeri (1,96)

p= görölme olasılığı (0,5)

q= 1-p (0,5)

**Araştırmaya dahil olma kriterleri;**

- En az okuryazar olan,
- Evli,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü gebeler seçilecektir.

**Dışlama kriterleri;**

- Doğumdan önce başlamış ve devam etmekte olan hastanede yatmayı gerektirecek majör psikiyatrik bozukluğu bulunan,
- Uygulanacak ölçekleri anlamaya ve yanıtlamaya engel olabilecek düzeyde bedensel ya da ruhsal rahatsızlığı olanlar çalışmaya dahil edilmeyecektir.

**3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

**3.5.1. Bağımlı Değişkenler**

Gebelerin psikolojik semptomları

**3.5.2. Bağımsız Değişkenler**

1. Sosyo-demografik özellikler (yaş, çalışma durumu, sosyal güvence vb.)
2. Tıbbi öykü ve alışkanlıklar (kronik hastalık, sigara-alkol kullanımını vb.)
3. Obstetrik ve jinekolojik özellikler (gebelik, kürtaj, düşük sayısı vb.)
4. Mevcut gebeliğe ilişkin özellikler (planlı gebelik, gebelik haftası vb.)
5. Kaygı, sosyal destek ve eş ilişkisiyle ilgili özellikler (eş ve yakınların desteği, doğum korkusu, uyumlu evlilik vb.)

### **3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları**

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak gebelerin uygun olduklarını belirttikleri bir zamanda anne sütü eğitim odasında, yaklaşık 15-20 dk içinde uygulanmıştır. Veri toplama aracı olarak Gebe Tanılama Formu (Ek-1) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) (Ek-2) kullanılmıştır.

#### **3.6.1. Gebe Tanılama Formu**

Gebe Tanılama Formu araştırmacı tarafından literatüre dayanarak oluşturulmuştur (11, 22, 26, 62). Form; sosyo-demografik özellikler (11 madde), tıbbi öykü ve alışkanlıklara ilişkin özellikler (10 madde), obstetrik ve jinekolojik özellikler(13 madde), mevcut gebeliğe ilişkin özellikler (15 madde), kaygı, sosyal destek ve eş ilişkisi (9 madde) olmak üzere 5 bölüm ve toplam 58 maddeden oluşmaktadır.

#### **3.6.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği–HADÖ**

Gebelerde anksiyete ve depresyon düzeyini belirlemek amacıyla HADÖ kullanılmıştır. 1982 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen HADÖ'nün (135) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996'da Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır (136). Ölçek anksiyete ve depresyonun bilişsel, duygusal belirtilerini ele almaktadır. HADÖ 14 maddelik öz-değerlendirme ölçeği olup ölçeğin 7 maddesi depresyonu, 7 maddesi anksiyeteyi değerlendiren 2 alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçekte 1,3,5,7,9,11,13'üncü sorular anksiyeteyi; 2,4,6,8,10,12,14'üncü sorular depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar üçlü likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlandırılmaktadır. Zigmond'un çalışmasında ölçeğin kesimnoktası anksiyete ve depresyon için 7 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin puanlandırılması ise 0-7 arası normal, 8-10 arası şüpheli, 11 ve üzeri hasta olarak ifade edilmiştir (135). Aydemir'in ülkemize uyarladığı geçerlilik çalışmasında ise ölçeğin kesim noktası anksiyete için 7, depresyon için 10 olarak belirlenmiştir Hastaları anksiyete için 11 ve üzerinde, depresyon için 8 ve üzerinde aldığı puanlarla anksiyete ve depresyondan söz edilmektedir. Ölçeğin amacı;

tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektedir. Ayrıca ölçek hastanın emosyonel durumunun değişiminin değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Bu nedenle ölçek hiçbir bedensel belirti içermemektedir (136). Anksiyete için hastalar 0-10 puan aldığıında hastaların anksiyetesi yok, 11 ve üzerinde anksiyetesi var, depresyon için 0-7 puan aldığıında hastaların depresyonu yok, 8 ve üzerinde depresyonu var olarak tanımlanmıştır. HADÖ ölçeği başka ölçeklerle karşılaştırılmalı olarak kullanılmış ve bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu değerlendirme yönünden yeterli olduğu bulunmuştur (136).

### **3.7. Ön Uygulama**

Hazırlanan gebe tanılama formunun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla 15 gebeye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra gebe tanılama formuna son şekli verilmiştir.

### **3.8. Verilerin Analizi**

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. Normallik testi sonucunda gruplar arasında farklılık incelenirken ikili gruplarda normal dağılmayan değişkenlerde Mann Whitney U Testi, ikiden fazla gruplarda ise normal dağılmayan değişkenlerde Bonferroni düzeltmeli Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. Gruplar arası farklılık incelenirken  $p \leq 0.05$  anlamlılık olarak alınmıştır.

### **3.9. Bütçe**

Araştırmanın tüm giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

### **3.10. Araştırmanın Etik Boyutu**

Veri toplama araçları uygulanmadan önce araştırmacı tarafından gebekadınlara, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek sözel ve yazılı izni (Ek-3)

alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul'undan gerekli izinleri alınmıştır (Ek-4).

### 3.11. Çalışma Takvimi

Yapılan Çalışmalar	2013	2013	2013	2013	2013	2013/2014	2014	2014	2014
	Şubat	Nisan	Haziran	Ağustos	Ekim	Aralık	Şubat	Nisan	Haziran
	Mart	Mayıs	Temmuz	Eylül	Kasım	Ocak	Mart	Mayıs	
Literatür Taraması	X	X	X	X	X	X	X	X	
Konu Seçimi	X								
Tez Önerisi	X								
İzinlerin Alınması			X	X					
Düzeltilmelerin Yapılması ve Veri Toplama					X	X			
Tez Ara Raporu							X		
Verilerin Analizi							X		
Yorum ve Tez Yazımı								X	
Tez Sunumu									X

## 4. BULGULAR

Bu bölümde gebelere ilişkin bulgular altı başlık şeklinde sunulmuştur:

1. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin bulgular
2. Genel tıbbi öykü ve alışkanlıklara ilişkin bulgular
3. Obstetrik ve jinekolojik özelliklere ilişkin bulgular
4. Mevcut gebeliğe ilişkin bulgular
5. Kaygı, sosyal destek ve eş ilişkisine ilişkin bulgular
6. HADÖ'ye ilişkin bulgular

### 4.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

**Tablo 1.Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Dağılımı**

Sosyo-demografik Özellikler	N	%	
Yaş(27±4.61)	16-19 y	9	3.0
	20-34 y	267	89.9
	≥ 35 y	21	7.1
Çalışma Durumu	Çalışıyor	50	16.8
	Çalışmıyor	247	83.2
Eğitim Durumu	≤ İlköğretim	135	45.5
	Lise	115	38.7
	≥ Üniversite	47	15.8
Evlilik Süresi	≤1 yıl	47	15.8
	2-5 yıl	121	40.7
	6-10 yıl	86	29.0
	≥11 yıl	43	14.5
Sosyal Güvence	Var	267	89.9
	Yok	30	10.1
Gelir Durumu	Gelirim giderimden az	70	23.6
	Gelirim giderime eşit	197	66.3
	Gelirim giderimden fazla	30	10.1
Eşin Yaşı	≤25 y	44	14.8
	26-34 y	193	65.0
	≥35 y	60	20.2
Eşin Mesleği	Memur	47	15.8

	İşçi	133	44.8
	Serbest Meslek	117	39.4
<b>Eşin Eğitimi</b>	≤ İlköğretim	108	36.4
	Lise	131	44.1
	≥ Üniversite	58	19.5
	<b>Toplam</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>

Çalışmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de belirtilmiştir. Buna göre, araştırmaya katılan gebelerin yaşları 16-46 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalaması  $27 \pm 4.61$  (min:16, mak:46) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan 297 gebenin %89.9’unun 20-34 yaş arasında, %45.5’inin ilköğretim ve altı, %89.9’unun sosyal güvencesinin bulunduğu, %66.3’ünün gelir-giderlerinin birbirine eşit olduğu, %83.2’sinin çalışmadığı ve %16.8’inin herhangi bir işte çalıştığı (ayakta %38, masa başı %40, nöbet %22) belirlenmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin evlilik süreleri incelendiğinde %15.8’inin 1 yıl ve altında, %40.7’sinin 2-5 yıl arasında, %29.0’inin 6-10 yıl arasında, %14.5’inin 11 yıl ve üzerinde evli olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin eşleri ile ilgili özellikleri incelendiğinde %15.8’inin memur, %44.8’inin işçi, %39.4’ünün serbest meslek, %14.8’inin 25 yaş ve altında, %65’inin 26-34 yaş arasında, %20.2’sinin 35 yaş ve üzerinde, %36.4’ünün ilköğretim ve altı, %44.1’inin lise, %19.5’inin üniversite ve üzerinde eğitim düzeyinde oldukları belirlenmiştir (Tablo 1).

#### 4.2. Genel Tıbbi Öykü ve Alışkanlıklara İlişkin Bulgular

**Tablo 2. Genel Tıbbi Öykü ile İlgili Bulguların Dağılımı**

<b>Genel Tıbbi Öykü ile İlgili Özellikler</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Kronik Hastalık</b>	Evet	37	12.5
	Hayır	260	87.5
<b>Ailede Genetik Hastalık*</b>	Evet	7	2.4
	Hayır	290	97.6
	<b>Toplam</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>

\*Talasemi, Otizm, Down Sendromu vb.

Tablo 2’de gebelerin %12.5’inde herhangi bir kronik hastalığın (%64.9’ü tiroid, %21.6’sı gastrit) olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin %97.6’sının ailesinde genetik bir hastalık olmadığı saptanmıştır.



**Tablo 3. Ruhsal Hastalık Öyküsü ile İlgili Bulguların Dağılımı**

Gebede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Evet	9	3.0
	Hayır	288	97.0
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Evet	7	2.4
	Hayır	290	97.6
	<b>Toplam</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>

Tablo 3’de belirtildiği gibi, araştırmaya katılan gebelerin %97’sinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmamaktadır. %97.6’sının ailesinde de herhangi bir ruhsal hastalık öyküsü bulunmadığı saptanmıştır.

**Tablo 4. BKİ’ne İlişkin Bulguların Dağılımı**

BKİ’ne İlişkin Özellikler		N	%
BKİ	Zayıf (18.5 kg/m <sup>2</sup> ve altı)	25	8.4
	Normal (18.5-24.9 kg/m <sup>2</sup> )	165	55.6
	Fazla Kilolu (25 kg/m <sup>2</sup> ve üstü)	107	36.0
	<b>Toplam</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4’de araştırmaya katılan gebelerin gebelik öncesi kilolarına göre beden kitle indeksleri incelendiğinde %8.4’ünün zayıf, %55.6’sının normal, %36’sının fazla kilolu olduğu belirlenmiştir (Boy:162.41cm± 5.87, min: 143, max:186- Kilo: 62.90kg± 11.12, min: 40, max: 120).

**Tablo 5. Alışkanlıklara İlişkin Bulguların Dağılımı**

Alışkanlıklara İlişkin Özellikler		N	%
Sigara Kullanımı	Evet	20	6.7
	Hayır	250	84.2
	Gebelikte bıraktım	27	9.1
Alkol Kullanımı	Nadiren	3	1.0
	Hayır, hiç kullanmadım	294	99.0
	<b>Toplam</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>

Tablo 5’de çalışmaya katılan gebelerin %6.7’sinin sigara kullandığı (%90’ı ≤10 adet/gün, %10’u 10-20 adet/gün), %84.2’sinin kullanmadığı, %9,1’inin gebelikte bıraktığı ve %99’unun alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

### 4.3. Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulgular

**Tablo 6. Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulguların Dağılımı**

Obstetrikve Jinekolojik Özellikler		N	%
İlk Gebelik Yaşı	<20 y	64	21.6
	20-25 y	175	58.9
	≥ 26 y	58	19.5
Gebelik Sayısı	1	92	31.0
	2	109	36.7
	3	57	19.2
	≥4	39	13.1
Canlı Doğum Sayısı	0	112	37.7
	1	123	41.4
	2	48	16.2
	3	11	3.7
	≥4	3	1.0
Ölü Doğum Sayısı	0	290	97.6
	≥1	7	2.4
Yaşayan Çocuk Sayısı	0	109	36.7
	1	122	41.1
	2	52	17.5
	≥ 3	14	4.7
Kürtaj Sayısı	0	267	89.9
	≥1	30	10.1
Düşük Sayısı	0	242	81.5
	≥1	55	18.5
Erken Doğum ( ≤ 7 Ay)	Evet	6	2.0
	Hayır	291	98.0
Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek ( ≤ 2500 gr)	Evet	22	7.4
	Hayır	275	92.6
İri Bebek ( ≥ 4500 gr)	Evet	2	0.7
	Hayır	295	99.3
Doğum Şekli*	NVD	142	47.8
	C/S	52	17.5
	NVD+C/S	11	3.7
Akraba Evliliği	Evet	59	19.9
	Hayır	238	80.1
	<b>Toplam</b>	<b>297</b>	<b>100</b>

\* Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 6’da gebelerin %58.9’unun ilk gebelik yaşlarının 20-35 yaş arasında, %31’inin ilk gebeliği, %36.7’sinin ikinci, %19.2’sinin üçüncü, %13.1’inin dördüncü ve üzeri gebeliği olduğu, %62.3’ünün ≥1 canlı doğum yaptığı belirlenmiştir.

Gebelerin %41.1'inin bir, %17.5'inin iki, %4.7'sinin üç ve üzerinde yaşayan çocuğu olduğu, toplam 7 kadının ölü doğum öyküsü bulunduğu saptanmıştır.

Gebelerin genelinde iri bebek, düşük doğum ağırlıklı bebek, erken doğum, kürtaj ve düşük öyküsü bulunmamaktadır. Araştırmaya katılan gebelerin %47.8'inin normal vajinal doğum (NVD), %17.5'inin sezaryen (C/S) ile doğum yaptığı, %19.9'unun eşiyile akrabalık bağının olduğu görülmektedir (Tablo 6). Tabloda bulunmamakla birlikte gebelerin anomali bebek doğurma öyküsünün bulunmadığı belirlenmiştir.

#### 4.4. Mevcut Gebeliğe İlişkin Bulgular

**Tablo 7. Mevcut Gebeliğe İlişkin Bulguların Dağılımı**

Mevcut Gebeliğe İlişkin Özellikler		N	%
Planlı Gebelik	Evet	249	83.8
	Hayır	48	16.2
Gebelik Haftası	≤12 hf	50	16.8
	13-24 hf	56	18.9
	≥25 hf	191	64.3
Çoğul Gebelik	Evet	7	2.4
	Hayır	290	97.6
Kan Uyuşmazlığı	Evet	26	8.8
	Hayır	271	91.2
Vajinal Kanama	Evet	22	7.4
	Hayır	275	92.6
Preeklamsi	Evet	29	9.8
	Hayır	268	90.2
Anemi (Hb ≤ 10 gr/dl)	Evet	146	49.2
	Hayır	151	50.8
Gestasyonel Diyabet	Evet	20	6.7
	Hayır	277	93.3
Tüp Bebek	Evet	5	1.7
	Hayır	292	98.3
Sık Doğum (≤2 yıl)*	Evet	53	25.9
	Hayır	172	74.1
	<b>Toplam</b>	<b>297</b>	<b>100</b>

\* Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin mevcut gebeliğine ilişkin özellikleri Tablo 7'de verilmiştir. Buna göre, gebelerin %16.8'inin ≤12 hf, %18.9'unun 13-24 hf, %64.3'ünün ≥25 hf gebeliği olduğu, %83.8'inin planlı gebelik, %1.7'sinin tüp bebek, %25.9'unun sık doğum, %2.4'ünün çoğul gebelik, %8.8'inin kan uyuşmazlığı,

%7.4'ünün vajinal kanama, %9.8'inin preeklamsi, %49.2'sinin anemi ve %6.7'sinin gestasyonel diyabeti olduğu saptanmıştır.

**Tablo 8. Mevcut Gebeliğe İlişkin Yakınmaların Dağılımı**

Mevcut Gebeliğe İlişkin Yakınmalar		N	%
Gebelik Yakınmaları	Evet	295	99.3
	Hayır	2	0.7
Gebelik Yakınmaları*	Bulantı	241	81.7
	Kusma	219	74.2
	Baş Ağrısı	165	55.9
	Mide yanması	194	65.8
	Konstipasyon	113	38.3
	Bel-sırt ağrısı	217	73.6
	Diare	40	13.6
	Hemoroid	40	13.6
	Ayaklarda ödem	106	35.9
	Uykusuzluk	166	56.3
	Doğum kaygısı	154	52.2
	İdrar yolu enfeksiyonu	110	37.3
	Varis	44	14.9
	Genitalenfeksiyon	42	14.2
	Yorgunluk	223	75.6
	Bacak krampları	146	49.5
	Solunum sıkıntısı	108	36.6
Beden imgesinde bozulma	74	25.1	

\* Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 8'de gebelerin %99.3'ündemevcut gebeliğe ilişkin çeşitli yakınmaları olduğu belirlenmiştir. Buna göre gebelerin %81.7'sinde bulantı, %75.6'sında yorgunluk, %74.2'sinde kusma, %73.6'sında bel-sırt ağrısı, %65.8'inde mide yanması, %56.3'ünde uykusuzluk, %55.9'unda baş ağrısı, %52.2'sinde doğum kaygısı, %49.5'inde bacak krampları, %38.3'ünde konstipasyon, %37.3'ünde idrar yolu enfeksiyonu, %36.6'sında solunum sıkıntısı, %35.9'unda ayaklarda ödem,%25.1'inde beden imgesinde bozulma, %14.9'unda varis, %14.2'sinde genitalenfeksiyon, %13.6'sında diare, %13.6'sında hemoroid şeklinde yakınmaları olduğu saptanmıştır.

**Tablo 9. Antenatal İzlem ile İlgili Bulguların Dağılımı**

Antenatal İzlemle İlgili Özellikler		N	%
Düzenli Antenatal İzlem	Evet	287	96.6
	Hayır	10	3.4
Antenatal İzlem Sayısı*	1-5 kez	87	30.3
	6-10 kez	126	43.9
	11-15 kez	41	14.3
	16-19 kez	15	5.2
	20-25 kez	18	6.3
Antenatal İzleme Başlama	1. ay	118	39.7
	2. ay	145	48.8
	3. ay ve üzeri	34	11.5
	<b>Toplam</b>	<b>297</b>	<b>100</b>

\* Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 9’da araştırmaya katılan gebelerin %96.6’sında düzenli antenatal izlemlerin yapıldığı belirlenmiştir. Antenatal izlem sayısı incelendiğinde %30.3’ünün 1-5 kez arası, %43.9’unun 6-10 kez arası, %14.3’ünün 11-15 kez arası, %5.2’sinin 16-19 kez arası, %6.3’ünün 20-25 kez olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %39.7’sinin 1. ayda, %48.8’inin 2. ayda, %11.5’inin 3. ay ve sonrasında antenatal izleme başladığı saptanmıştır.

**Tablo 10. Mevcut Gebelikte İlaç Kullanımı ile İlgili Bulguların Dağılımı**

Gebelikte İlgili İlaç Kullanımı		N	%
İlaç Kullanımı*	Evet	253	85.2
	Hayır	44	14.8
	<b>Toplam</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>

\* Kan Hapı, Vitamin Hapı, Folik Asit, Diğer

Tablo 10’da gebelerin %85.2’si mevcut gebeliğinde ilaç kullandığını belirtmiştir.

#### 4.5. Kaygı, Sosyal Destek ve Eş İlişisine İlişkin Bulgular

**Tablo 11. Kaygı, Sosyal Destek ve Eş İlişisine İlişkin Bulguların Dağılımı**

Kaygı, Sosyal Destek ve Eş İlişkisi		N	%
Eş Desteği	Evet	253	85.2
	Hayır	16	5.4
	Kısmen	28	9.4
Uyumlu Evlilik	Evet	248	83.5
	Hayır	13	4.4
	Kısmen	36	12.1
Çevrenin Desteği	Evet	238	80.1
	Hayır	38	12.8
	Kısmen	21	7.1
Gebelik ve Çocuk Bakımı ile İlgili Yeterli Bilgi Alma	Evet	214	72.1
	Hayır	31	10.4
	Kısmen	52	17.5
Doğumla İlgili Korku -Kaygı	Evet	199	67.0
	Hayır	72	24.2
	Kısmen	26	8.8
Doğumla İlgili Korku - Kaygı Yaşama Nedeni*	Bebeğin sağlığı ile ilgili kaygı	47	20.9
	Sezaryen korkusu	49	21.8
	Normal doğum korkusu	129	57.3
Anneliğe Hazır Hissetme	Evet	249	83.8
	Hayır	14	4.7
	Kısmen	34	11.5
	<b>Toplam</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>

\* Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 11’de araştırmaya katılan gebelerin %85.2’si eşinin yeterince destek olduğunu, %83.5’i eşi ile uyumlu bir çift olduğunu, %80.1’i yakınlarından yeterince destek görebildiğini ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik ve çocuk bakımı ile ilgili %72.1’i yeterli bilgisinin olduğu, %67’si gebelik ve doğuma ilişkin korku ve kaygı yaşadığını belirtmiştir. Gebelerin korku ve kaygı yaşama nedenlerinin %20.9’unda bebek sağlığı ile ilgili kaygı, %21.8’inde sezaryen korkusu, %57.3’ünde normal doğum korkusu

olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %83.8'i kendini anneliğe hazır hissederken, %4.7'si kendini anneliğe hazır hissetmemektedir (Tablo 11).

#### 4.6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine-HADÖ İlişkin Bulgular

**Tablo 12. HADÖ Anksiyete ve Depresyon Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ	N	Mean	Min	Mak	SS
Anksiyete Puanı	297	6.32	0	21	4.15
Depresyon Puanı	297	5.59	0	18	3.77
				N	%
Anksiyete Puanı	Yok (0-10)			253	85.2
	Var ( $\geq 11$ )			44	14.8
Depresyon Puanı	Yok (0-7)			212	71.4
	Var ( $\geq 8$ )			85	28.6
	<b>Toplam</b>			<b>297</b>	<b>100.00</b>

Tablo 12'de gebelerin HAD ölççeğine göre gebelerin ortalama anksiyete puanı  $6.32 \pm 4.15$  (min: 0-max: 21) olarak bulunmuştur. Gebelerin %14.8'inde anksiyete bulunmaktadır. Gebelerin ortalama depresyon puanı  $5.59 \pm 3.77$  (min: 0-max: 18) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan gebelerin %28.6'sında depresyon bulunmaktadır.

**Tablo 13. Yaşa Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Yaş			Kruskal Wallis H Testi	
		N	Mean	SS	H	p
Anksiyete Puan Ortalaması	16-19 y	9	5.78	3.03	0.712	1.152
	20-34 y	267	6.38	4.18		
	$\geq 35$ y	21	5.76	4.27		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalaması	16-19 y	9	4.44	3.32	0.700	0.562
	20-34 y	267	5.59	3.74		
	$\geq 35$ y	21	6.10	4.37		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 13'te yaş grupları ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete puan ortalaması 20-34 yaş grubu, depresyon puan ortalaması ise 35 ve üzeri yaş grubu bireylerinde daha yüksektir.

**Tablo 14. Çalışma Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Çalışma Durumu			Mann Whitney U Testi	
		N	Mean	SS	U	p
Anksiyete Puan Ortalaması	Çalışıyor	50	6.46	3.87	5924.5	0.650
	Çalışmıyor	247	6.29	4.21		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalaması	Çalışıyor	50	4.94	3.42	5510	0.228
	Çalışmıyor	247	5.72	3.83		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 14'te çalışma durumu ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte çalışanlarda anksiyete, çalışmayanlarda depresyon puan ortalamaları daha yüksektir.

**Tablo 15. Eğitim Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

		Eğitim Durumu			Kruskal Wallis H Testi		İkili Karşılaştırma
		N	Mean	SS	H	p	
Anksiyete Puan Ortalaması	≤İlköğretim	135	6.27	4.07	0.596	0.742	-
	Lise	115	6.18	4.19			
	≥Üniversite	47	6.79	4.32			
	Toplam	297	6.32	4.15			
Depresyon Puan Ortalaması	≤İlköğretim	135	6.23	3.80	7.549	<b>0.023</b>	1-2
	Lise	115	5.06	3.61			
	≥Üniversite	47	5.06	3.86			
	Toplam	297	5.59	3.77			

Tablo 15'te eğitim düzeyi ile anksiyete puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete puan ortalaması eğitimli gebelerde daha yüksektir.



Eğitim düzeyiile depresyon puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre depresyon puan ortalaması ilköğretim ve altı bireylerde lise mezunu olan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 15).

**Tablo 16. Sosyal Güvence Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Sosyal Güvence			Mann Whitney U Testi	
		N	Mean	SS	U	p
Anksiyete Puan Ortalaması	Var	267	6.19	4.08	3353	0.143
	Yok	30	7.40	4.69		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalaması	Var	267	5.50	3.76	3415	0.184
	Yok	30	6.40	3.87		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 16’da sosyal güvence durumu ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları sosyal güvencesi olmayan bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 17. Evlilik Süresine Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Evlilik Süresi			Kruskal Wallis H Testi	
		N	Mean	SS	H	p
Anksiyete Puan Ortalaması	≤1 yıl	47	5.98	4.48	2.119	0.548
	2-5 yıl	121	6.51	3.71		
	6-10 yıl	86	6.17	4.79		
	≥11 yıl	43	6.42	3.67		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalaması	≤1 yıl	47	5.53	4.22	1.438	0.697
	2-5 yıl	121	5.44	3.54		
	6-10 yıl	86	6.02	4.00		
	≥11 yıl	43	5.23	3.50		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 17’de evlilik süre ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete puan ortalaması 2-5 yıllık evlilerde, depresyon puan ortalaması ise 6-10 yıllık evli bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 18. Gelir Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Gelir Durumu			Kruskal Wallis H Testi		İkili Karşılaştırma
		N	Mean	SS	H	p	
Anksiyete Puan Ortalaması	Gelirim giderden az	70	6.77	4.45	1.352	0.509	-
	Gelirim gidere eşit	197	6.27	4.04			
	Gelirim giderden fazla	30	5.53	4.19			
	Toplam	297	6.32	4.15			
Depresyon Puan Ortalaması	Gelirim giderden az	70	6.59	4.22	6.542	0.038	1-3
	Gelirim gidere eşit	197	5.39	3.54			
	Gelirim giderden fazla	30	4.63	3.81			
	Toplam	297	5.59	3.77			

Tablo 18’de gelir düzeyi ile anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete puan ortalaması geliri giderinden az olan bireylerde daha yüksektir.

Gelir düzeyi ile depresyon puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Depresyon puan ortalaması geliri giderinden az olan bireylerde geliri giderinden fazla olan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 18).

**Tablo 19. Sigara Kullanımına Göre HADÖ Puan Ortalamaları**

HADÖ		Sigara Kullanımı			Kruskal Wallis H Testi	
		N	Mean	SS	H	p
Anksiyete Puan Ortalaması	Evet	20	8.15	4.70	4.341	0.114
	Hayır	250	6.11	4.05		
	Gebelikte bıraktım	27	6.85	4.48		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalaması	Evet	20	6.75	3.97	2.096	0.351
	Hayır	250	5.50	3.76		
	Gebelikte bıraktım	27	5.63	3.74		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 19’da sigara kullanımı ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları sigara kullanan bireylerde daha yüksektir.

Tabloda görülmemekle birlikte eş özellikleri ile anksiyete depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Eşi işçi olanlar, eğitim düzeyi düşük olanlar ve 25 yaş ve altı olan bireylerde anksiyete ve depresyon puanları daha yüksektir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 20. İlk Gebelik Yaşına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		İlk Gebelik Yaşı			Kruskal Wallis H Testi	
		N	Mean	SS	H	p
Anksiyete Puan Ortalaması	<20 y	64	6.53	3.90	1.242	4.801
	20-25 y	175	6.36	4.13		
	≥26 y	58	5.95	4.52		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalaması	<20 y	64	6.33	3.63	0.537	0.091
	20-25 y	175	5.48	3.70		
	≥26 y	58	5.12	4.10		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 20’de ilk gebelik yaşı ile arasında anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları ilk gebelik yaşı 20’ in altı olan bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 21. Gebelik Sayısına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Gebelik Sayısı			Kruskal Wallis H Testi	
		N	Mean	SS	H	p
Anksiyete Puan Ortalaması	1	92	6.27	4.03	2.617	0.624
	2	109	5.67	4.33		
	3	57	6.40	3.94		
	4	39	7.37	4.57		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalaması	1	92	5.25	3.82	6.964	0.138
	2	109	5.50	3.84		
	3	57	5.46	3.57		
	4	39	7.19	3.70		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 21’de gebelik sayısı ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları gebelik sayısı arttıkça yükselmektedir.

**Tablo 22. Canlı Doğum Sayısına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Canlı Doğum Sayısı			Kruskal Wallis H Testi	
		N	Mean	SS	H	p
Anksiyete Puan Ortalaması	0	112	6.31	4.18	2.280	0.516
	1	123	6.28	4.20		
	2	48	5.96	3.99		
	≥3	14	7.86	4.09		
	Toplam	297	6.32	4.15		

<b>Depresyon Puan Ortalaması</b>	0	112	5.21	3.91	4.695	0.196
	1	123	5.63	3.76		
	2	48	6.17	3.59		
	≥3	14	6.43	3.30		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 22’de canlı doğum sayısı ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları 3 ve üzeri canlı doğuma sahip bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 23. Ölü Doğum Sayısına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

<b>HADÖ</b>		<b>Ölü Doğum Sayısı</b>			<b>Mann Whitney U Testi</b>	
		<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SS</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Anksiyete Puan Ortalaması</b>	0	290	6.31	4.2	978	0.869
	≥1	7	6.57	4.4		
	Toplam	297	6.32	4.2		
<b>Depresyon Puan Ortalaması</b>	0	290	5.60	3.75	882	0.552
	≥1	7	5.14	5.11		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 23’te ölü doğum sayısı ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete puan ortalaması ölü doğuma sahip bireylerde, depresyon puan ortalaması ise ölü doğum yapmayan bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 24. Yaşayan Çocuk Sayısına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

<b>HADÖ</b>		<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>			<b>Kruskal Wallis H Testi</b>	
		<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SS</b>	<b>H</b>	<b>p</b>
<b>Anksiyete Puan Ortalaması</b>	0	109	6.25	4.18	2.140	0.544
	1	122	6.23	4.20		
	2	52	6.25	4.03		
	≥3	14	7.86	4.09		
	Toplam	297	6.32	4.15		
<b>Depresyon Puan Ortalaması</b>	0	109	5.15	3.87	6.123	0.106
	1	122	5.59	3.81		
	2	52	6.31	3.55		
	≥3	14	6.43	3.30		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 24’te yaşayan çocuk sayısı ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları 3 ve üzeri yaşayan çocuğa sahip bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 25. Kürtaj Sayısına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Kürtaj Sayısı			Mann Whitney U Testi	
		N	Mean	SS	U	p
Anksiyete Puan Ortalaması	0	267	5.37	3.35	3504.5	0.260
	$\geq 1$	30	6.42	4.22		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalaması	0	267	5.60	3.83	3892.5	0.800
	$\geq 1$	30	5.57	3.30		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 25’te kürtaj sayısı ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete puan ortalaması kürtaj öyküsü olan bireylerde daha yüksektir. Depresyon puan ortalaması ise her iki grupta da aynıdır.

**Tablo 26. Düşük Sayısına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Düşük Sayısı			Mann Whitney U Testi	
		N	Mean	SS	U	p
Anksiyete Puan Ortalaması	0	242	6.29	4.04	6621	0.953
	$\geq 1$	55	6.44	4.66		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalaması	0	242	5.51	3.68	6360.5	0.607
	$\geq 1$	55	5.96	4.19		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 26’da düşük sayısı ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları 1 ve daha fazla düşük yaşayan bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 27. Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Doğurma Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek ( $\leq 2500$ gr)			Mann Whitney U Testi	
		N	Mean	SS	U	p
Anksiyete Puan Ortalaması	Evet	22	7.95	4.75	2353.5	0.082
	Hayır	275	6.19	4.08		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalaması	Evet	22	6.73	3.64	2365.5	0.088
	Hayır	275	5.50	3.78		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 27’de düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları düşük doğum ağırlıklı bebek doğuranlarda daha yüksektir.

Anomali bebek ( $n=0$ ), erken doğum ( $n=6$ ), iri bebek ( $n=2$ ) ile anksiyete-depresyon puan ortalamalarının analizleri sayı yetersizliği olduğundan dolayı yapılamamıştır.

**Tablo 28. Doğum Şekline Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Normal Doğum Adedi			Kruskal Wallis H Testi	
		N	Mean	SS	H	p
Anksiyete Puan Ortalaması	NVD	153	6.70	4.00	3.851	0.278
	C/S	63	6.50	4.30		
Depresyon Puan Ortalaması	NVD	153	6.00	4.20	9.407	0.024
	C/S	63	5.00	4.10		

Tablo 28’de normal doğum ve sezaryen doğum yapanlar ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları normal doğum olanlarda daha yüksektir.

**Tablo 29. Akraba Evliliğine Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Akraba evliliği			Mann Whitney U Testi	
		N	Mean	SS	U	p
Anksiyete Puan Ortalaması	Evet	59	6.68	4.12	6559	0.433
	Hayır	238	6.23	4.16		
	Toplam	297	6.32	4.15		

<b>Depresyon Puan Ortalaması</b>	Evet	59	5.49	4.18	6626.5	0.502
	Hayır	238	5.62	3.67		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 29’da akraba evliliği ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete puan ortalaması akraba evliliği olanlarda, depresyon puan ortalaması ise akraba evliliği olmayan bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 30. Planlı Gebelik Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

<b>HADÖ</b>		<b>Planlı Gebelik</b>			<b>Mann Whitney U Testi</b>	
		<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SS</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Anksiyete Puan Ortalaması</b>	Evet	249	6.06	4.03	4786	<b>0.028</b>
	Hayır	48	7.67	4.55		
	Toplam	297	6.32	4.15		
<b>Depresyon Puan Ortalaması</b>	Evet	249	5.41	3.72	5003.5	0.073
	Hayır	48	6.54	3.94		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 30’da planlı gebelik ile anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Anksiyete puan ortalaması gebeliği planlı olmayanlarda planlı olanlara göre anlamlı derecede yüksektir.

Planlı gebelik ile depresyon puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte depresyon puan ortalaması gebeliği planlı olmayanlarda daha yüksektir (Tablo 30).

**Tablo 31. Gebelik Haftasına göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

<b>HADÖ</b>		<b>Gebelik Haftası</b>			<b>Kruskal Wallis H Testi</b>		<b>İkili Karşılaştırma</b>
		<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SS</b>	<b>H</b>	<b>p</b>	
<b>Anksiyete Puan Ortalaması</b>	≤12 hf	50	4.86	3.80	12.701	<b>0.002</b>	1-3 2-3
	13-24 hf	56	5.63	4.45			
	≥25 hf	191	6.90	4.04			
	Toplam	297	6.32	4.15			
<b>Depresyon Puan Ortalaması</b>	≤12 hf	50	4.80	3.70	5.265	0.072	-
	13-24 hf	56	5.20	3.90			
	≥25 hf	191	5.92	3.73			
	Toplam	297	5.59	3.77			

Tablo 31’de gebelik haftası ile anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Anksiyete puan ortalaması gebeliği son trimesterde olanlarda ( $\geq 25$  hf) ikinci trimesterde (13-24 hf) olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Gebelik haftası ile depresyon puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p > 0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte depresyon puan ortalaması son trimesterde olanlarda ( $\geq 25$  hf) daha yüksektir (Tablo 31).

Tabloda görülmemekle birlikte çoğul gebelik ve kan uyuşmazlığı durumu ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 32. Gebelikte Vajinal Kanama Durumuna HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Gebelikte Vajinal Kanama			Mann Whitney U Testi	
		N	Mean	SS	U	p
Anksiyete Puan Ortalaması	Evet	22	7.41	4.98	2631	0.308
	Hayır	275	6.23	4.08		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalaması	Evet	22	7.59	5.11	2336.5	0.075
	Hayır	275	5.43	3.61		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 32’de mevcut gebelikte vajinal kanama öyküsü ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p > 0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları vajinal kanama yaşayanlarda daha yüksektir.

**Tablo 33. Preeklemsi Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Preeklemsi			Mann Whitney U Testi	
		N	Mean	SS	U	p
Anksiyete Puan Ortalaması	Evet	29	8.41	4.34	2689	<b>0.006</b>
	Hayır	268	6.09	4.08		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalaması	Evet	29	6.03	4.01	3649	0.588
	Hayır	268	5.54	3.75		
	Toplam	297	5.59	3.77		



Tablo 33’de preeklemsi ile anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Buna göre anksiyete puan ortalaması preeklemsi olan bireylerde anlamlı derecede daha yüksektir.

Preeklemsi ile depresyon puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte depresyon puan ortalaması preeklemsi olanlarda daha yüksektir (Tablo 33).

**Tablo 34. Anemi Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Anemi ( $hb \leq 10$ gr/dl)			Mann Whitney U Testi	
		N	Mean	SS	U	p
Anksiyete Puan Ortalaması	Evet	146	6.62	4.22	10164	0.244
	Hayır	151	6.03	4.08		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalaması	Evet	146	5.94	3.87	9919	0.134
	Hayır	151	5.26	3.66		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 34’te anemi ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları anemisi olan bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 35. Gestasyonel Diyabet Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Gestasyonel Diyabet			Mann Whitney U Testi	
		N	Mean	SS	U	p
Anksiyete Puan Ortalaması	Evet	20	7.35	3.73	2212	0.131
	Hayır	277	6.24	4.18		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalaması	Evet	20	6.60	3.90	2304.5	0.208
	Hayır	277	5.52	3.76		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 35’te gestasyonel diyabet ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları gestasyonel diyabeti olan bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 36. Düzenli Antenatal İzleme Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Düzenli Antenatal İzlem			Mann Whitney U Testi	
		N	Mean	SS	U	p
Anksiyete Puan Ortalaması	Evet	287	6.24	4.15	940.5	0.063
	Hayır	10	8.50	3.89		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalaması	Evet	287	5.50	3.67	1056.5	0.155
	Hayır	10	8.20	5.59		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 36’da düzenli antenatal izlem ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları düzenli antenatal izleme gitmeyen bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 37. Sık Aralıklı Gebelik Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Sık Aralıklı Gebelik ( $\leq 2$ yıl)			Mann Whitney U Testi	
		N	Mean	SS	U	p
Anksiyete Puan Ortalaması	Hayır	152	6.23	4.36	3703	0.381
	Evet	53	6.64	3.80		
	Toplam	205	6.34	4.21		
Depresyon Puan Ortalaması	Hayır	152	5.51	3.63	3818	0.571
	Evet	53	5.83	3.80		
	Toplam	205	5.75	3.75		

Tablo 37’de sık aralıklı gebelik ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları sık gebeliği olan bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 38. İlaç Kullanımına Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		İlaç Kullanımı			Mann Whitney U Testi	
		N	Mean	SS	U	p
Anksiyete Puan Ortalaması	Evet	253	6.44	4.14	4923	0.220
	Hayır	44	5.59	4.21		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan	Evet	253	5.63	3.70	5208	0.494

<b>Ortalaması</b>	Hayır	44	5.39	4.20		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 38’de ilaç kullanımı ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları ilaç kullanan bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 39. BKİ’ne Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

<b>HADÖ</b>		<b>BKİ</b>			<b>Kruskal Wallis H Testi</b>	
		<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SS</b>	<b>H</b>	<b>p</b>
<b>Anksiyete Puan Ortalaması</b>	Zayıf	25	6.72	3.43	1.005	0.605
	Normal Kilolu	165	6.18	4.22		
	Fazla Kilolu	107	6.44	4.23		
	Toplam	297	6.32	4.15		
<b>Depresyon Puan Ortalaması</b>	Zayıf	25	5.36	3.45	0.682	0.711
	Normal Kilolu	165	5.46	3.75		
	Fazla Kilolu	107	5.85	3.89		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 39’da gebelik başlangıcında BKİ ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları fazla kilolu olan bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 40. Kronik Hastalığa Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

<b>HADÖ</b>		<b>Kronik Hastalık</b>			<b>Mann Whitney U Testi</b>	
		<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SS</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Anksiyete Puan Ortalaması</b>	Evet	37	6.76	4.59	4540.5	0.580
	Hayır	260	6.25	4.09		
	Toplam	297	6.32	4.15		
<b>Depresyon Puan Ortalaması</b>	Evet	37	5.67	3.77	4280.5	0.277
	Hayır	260	5.08	3.80		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 40’da kronik hastalığı olanlar ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları kronik hastalığı olan bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 41. Eş Desteğine Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Eş Desteği			Kruskal Wallis H Testi		İkili Karşılaştırma
		N	Mean	SS	H	p	
Anksiyete Puan Ortalaması	Evet	253	5.98	3.95	9.354	0.009	1-2
	Hayır	16	9.88	5.94			
	Kısmen	28	7.32	3.78			
	Toplam	297	6.32	4.15			
Depresyon Puan Ortalaması	Evet	253	5.27	3.54	11.258	0.004	1-2
	Hayır	16	9.06	4.93			
	Kısmen	28	6.54	4.05			
	Toplam	297	5.59	3.77			

Tablo 41’de eş desteği ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Anksiyete ve depresyon puan ortalamaları eş desteği olmayan bireylerde eş desteği olan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

**Tablo 42. Uyumlu Evliliğe Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Uyumlu Evlilik			Kruskal Wallis H Testi		İkili Karşılaştırma
		N	Mean	SS	H	p	
Anksiyete Puan Ortalaması	Evet	248	5.94	3.97	10.117	0.006	1-3
	Hayır	13	8.31	4.33			
	Kısmen	36	8.17	4.68			
	Toplam	297	6.32	4.15			
Depresyon Puan Ortalaması	Evet	248	5.19	3.51	13.238	0.001	1-3
	Hayır	13	7.23	3.68			
	Kısmen	36	7.75	4.67			
	Toplam	297	5.59	3.77			

Tablo 42’de uyumlu evlilik ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Anksiyete ve depresyon puan ortalamaları eş ile kısmen uyumlu olduğunu belirten bireylerde uyumlu olduğunu belirten bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

**Tablo 43. Yakınların Desteğine Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Yakınların Desteği			Kruskal Wallis H Testi	
		N	Mean	SS	H	p
Anksiyete Puan Ortalaması	Evet	238	6.11	4.06	2.846	0.241
	Hayır	38	7.16	4.18		
	Kısmen	21	7.14	4.94		
	Toplam	297	6.32	4.15		

<b>Depresyon Puan Ortalaması</b>	Evete	238	5.38	3.68	5.027	0.081
	Hayır	38	6.92	4.17		
	Kısmen	21	5.57	3.82		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 43'te yakınların desteği ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları yakınların desteği olmayan bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 44. Gebelik ve Çocuk Bakımı ile İlgili Bilgisi Olma Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Gebelik ve Çocuk Bakımı ile İlgili Bilgisi Olma			Kruskal Wallis H Testi		İkili Karşılaştırma
		N	Mean	SS	H	p	
<b>Anksiyete Puan Ortalaması</b>	Evete	214	6.05	4.10	3.440	0.179	-
	Hayır	31	6.84	4.03			
	Kısmen	52	7.10	4.39			
	Toplam	297	6.32	4.15			
<b>Depresyon Puan Ortalaması</b>	Evete	214	5.16	3.67	12.788	<b>0.002</b>	1-2
	Hayır	31	7.48	3.85			
	Kısmen	52	6.25	3.77			
	Toplam	297	5.59	3.77			

Tablo 44'te gebelik ve çocuk bakımı ile ilgili bilgisi olma ile anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete puan ortalaması bilgisini kısmen yeterli bulan bireylerde daha yüksektir.

Gebelik ve çocuk bakımı ile ilgili bilgisi olma ile depresyon puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Depresyon puan ortalaması gebelik ve çocuk bakımı ile ilgili bilgisi olmayan bireylerde bilgisi olan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 44).

**Tablo 45. Doğumla İlgili Korku ve Kaygı Yaşama Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

HADÖ		Korku ve Kaygı Durumu			Kruskal Wallis H Testi		İkili Karşılaştırma
		N	Mean	SS	H	p	
<b>Anksiyete Puan Ortalaması</b>	Evete	199	7.43	4.09	54.320	<b>0.001</b>	1-2 2-3
	Hayır	72	3.43	3.03			
	Kısmen	26	5.81	3.37			
	Toplam	297	6.32	4.15			
<b>Depresyon Puan</b>	Evete	199	6.33	3.84	24.964	<b>0.001</b>	1-2

<b>Ortalaması</b>	Hayır	72	3.93	3.20			
	Kısmen	26	4.54	3.02			
	Toplam	297	5.59	3.77			

Tablo 45’te doğum ile ilgili korku ya da kaygı yaşama ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Anksiyete ve depresyon puan ortalaması doğum ile ilgili korku ya da kaygı yaşamayan bireylerde korku yaşayanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

**Tablo 46. Anneliğe Hazır Hissetme Durumuna Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

<b>HADÖ</b>		<b>Anneliğe Hazır Hissetme</b>			<b>Kruskal Wallis H Testi</b>		<b>İkili Karşılaştırma</b>
		<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SS</b>	<b>H</b>	<b>p</b>	
<b>Anksiyete Puan Ortalaması</b>	Evet	249	5.99	4.00	8.176	<b>0.017</b>	1-3
	Hayır	14	7.71	5.41			
	Kısmen	34	8.15	4.23			
	Toplam	297	6.32	4.15			
<b>Depresyon Puan Ortalaması</b>	Evet	249	5.27	3.53	8.262	<b>0.016</b>	1-2
	Hayır	14	7.71	4.66			
	Kısmen	34	7.12	4.50			
	Toplam	297	5.59	3.77			

Tablo 46’da anneliğe hazır hissetme ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Anksiyete ve depresyon puan ortalaması kendisini anneliğe hazır hissetmeyen bireylerde hazır hisseden bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

**Tablo 47. Ruhsal Hastalık Öyküsüne Göre HADÖ Puan Ortalamaları Dağılımı**

<b>HADÖ</b>		<b>Ruhsal Hastalık Öyküsü</b>			<b>Mann Whitney U Testi</b>	
		<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SS</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Anksiyete Puan Ortalaması</b>	Evet	9	8.44	5.64	1020	0.275
	Hayır	288	6.25	4.09		
	Toplam	297	6.32	4.15		
<b>Depresyon Puan Ortalaması</b>	Evet	9	9.56	4.59	592	<b>0.005</b>
	Hayır	288	5.47	3.69		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 47’de ruhsal hastalık öyküsü ile anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak

anlamli olmamakla birlikte anksiyete puan ortalamasi ruhsal hastalik geiren bireylerde daha yuksektir.

Ruhsal hastalik oykusu ile depresyon puan ortalamasi arasinda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Depresyon puan ortalamasi ruhsal hastalik geiren bireylerde gecirmeyen bireylere göre anlamlı derecede daha yuksektir (Tablo 47).

**Tablo 48. Ailede Ruhsal Hastalik Oykusune Gore HADÖ Puan Ortalamalari Dagilimi**

HADÖ		Ailede Ruhsal Hastalik Oykusu			Mann Whitney U Testi	
		N	Mean	SS	U	p
Anksiyete Puan Ortalamasi	Evet	7	9.43	5.00	630.5	0.086
	Hayir	290	6.24	4.11		
	Toplam	297	6.32	4.15		
Depresyon Puan Ortalamasi	Evet	7	7.29	6.78	978	0.869
	Hayir	290	5.55	3.68		
	Toplam	297	5.59	3.77		

Tablo 48'de ailede ruhsal hastalik oykusu ile anksiyete ve depresyon puan ortalamalari arasinda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p > 0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamalari ailede ruhsal hastalik oykusu olan bireylerde daha yuksektir.

## 5. TARTIŞMA

Gebelik, kadın için doğal bir yaşam olayı olmanın yanı sıra önemli biyo-psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir (137). Gebelik döneminde mevcut psikiyatrik semptomlarda artma görülebilirken, ilk psikiyatrik semptomlar gebelik sırasında da ortaya çıkabilmektedir (138). Bundan dolayı gebelik ve doğum sonu dönem kadınların, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığının artabileceği bir süreçtir (3). Gebelikteki sosyodemografik ve obstetrik faktörler gebelik depresyonunu etkileyebilmektedir (22). Bu çalışma ile, gebelikte görülen anksiyete ve depresyonun sıklığı, sosyo-demografik ve obstetrik risk faktörleriyle ilişkisi literatür ışığında tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların doğurganlık özellikleri incelendiğinde %32.3'ünün üç ve üzerinde gebeliği bulunmaktadır. %21.6'sının ilk gebelik yaşı 20 yaş altındadır (Tablo 6). Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre adölesan gebelik oranı %35'dir (139). Cebeci ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da adölesangebelik oranı %33 oranındadır (140).

Araştırmaya katılan gebelerin %47.8'inin NVD, %17.6'sının C/S doğum yaptığı görülmektedir. Türkiye'de sezaryen oranının 2008-TNSA 'da %36.7 olduğu görülmektedir (139). Araştırmaya katılan gebelerin %19.9'unun akraba evliliği olduğu bulunmuştur (Tablo 6). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de akraba evliliği oranı %22 olarak saptanmıştır (139). Tekbaş ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bireylerin %14.9'u anne-babasının akraba olduğunu belirtmiştir (141). Yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında araştırmamız literatürle uyum göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların mevcut gebeliklerinin büyük oranda planlı bir gebelik (%83.8) olduğu görülmüştür (Tablo 7). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye genelinde son 5 yıldaki doğumların %20'sinin istenmeden olduğu saptanmıştır (139). Araştırmamızda gebeliklerin çoğunluğunun planlı olması dikkat çekmektedir.



Çalışmamızda gebelerin gebelik haftaları incelendiğinde %16.8'inin birinci trimester ( $\geq 12$  hf), %18.9'unun ikinci trimester (13-24 hf) ve %64.3'ünün üçüncü trimester ( $\geq 25$  hf) olduğu saptanmıştır (Tablo 7). Kadınların tamamına yakınının mevcut gebeliğe ilişkin sorunları ve bazı yakınmaları olduğu belirlenmiştir (%99.3). Gebelikte yaşanan sorunlar incelendiğinde %8.8'inin kan uyuşmazlığı, %7.4'ünün vajinal kanama, %9.8'inin preeklamsi, %49.2'sinin anemisi ve %6.7'sinin gestasyonel diyabeti olduğu saptanmıştır. Gebelik yakınmaları olarak; %81.7'sinde bulantı, %74.2'sinde kusma, %55.9'unda baş ağrısı, %65.8'inde mide yanması, %38.3'ünde konstipasyon, %73.6'sında bel-sırt ağrısı, %13.6'sında diare, %13.6'sında hemoroid, %35.9'unda ayaklarda ödem, %56.3'ünde uykusuzluk, %52.2'sinde doğum kaygısı, %37.3'ünde idrar yolu enfeksiyonu, %14.9'unda varis, %14.2'sinde genital enfeksiyon, %75.6'sında yorgunluk, %49.5'inde bacak krampları, %36.6'sında solunum sıkıntısı ve %25.1'inde beden imajında bozulma yaşandığı saptanmıştır (Tablo 8). Bir başka çalışmada, gebelerin %75.3'ünün sık idrara çıktığı, %62'sinde bel ağrısı, %51.3'ünde hazımsızlık-mide yanması olduğu belirlenmiştir (142). Gebelikte yaşanan bu problemler antenatal bakımın önemini ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin %96.6'sında düzenli antenatal izlemlerin yapıldığı, bu izlemlerin %39.7'si 1.ayda, %48.8'i 2.ayda, %11.5'i 3.aydan sonra olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Erbaydar'ın beş ilde yoksul mahallelerde doğum öncesi bakımın niteliğini araştırdığı çalışmada %92.4 oranında düzenli antenatal izlem yapıldığı bulunmuştur (143). Ülkemizde doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma oranı %67.5'tir (144). Doğum öncesi bakımı almada ilk kontrolün gebeliğin ilk 3 ayı içinde gerçekleştirilmesi, bakımın sağlık personelinde alınmış olması ve en az dört ve daha fazla izlem yapılması belirlenen kriterler arasındadır (144). Küba, Finlandiya ve Avusturya'da yaşayan tüm kadınların gebelikleri süresince en az bir kez sağlık personeli ile karşılaştığı görülmektedir (145). Yapılan bir çalışmada gebelik izlem sayısına bakıldığında %70.1'i 4'ün altında, %25.8'i 4 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir (146). Reron ve arkadaşlarını yaptığı çalışmada gebelerin %95,5'inin ilk obstetrik muayeneye 1. trimesterde gittiğini, her ay kontrole gidenlerin oranının ise ancak %11.7'si olduğunu bildirmişlerdir (147).

Çalışmaya katılan gebelerin %6.7'sinin sigara kullandığı, %84.2'sinin kullanmadığı, %9.1'inin önceden içtiği ancak gebelikte bıraktığı belirlenmiştir (Tablo 5). Marakoğlu ve arkadaşının çalışmasında doğum yapan kadınlar arasında gebelikte sigara içme sıklığı %17 (148), Kocaeli'nde yapılan başka bir çalışmada %11.6 olarak bulunmuştur (149). Çalışma bulgularında diğer çalışmalara göre daha düşük sigara kullanımı olduğunu görülmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %85.2'si eşinden destek gördüklerini ve %83.5'i uyumlu bir çift olduklarını belirtmiştir (Tablo 11). Yapılan başka bir çalışmada gebelerin eşlerinden yeterince destek görebildikleri (%80.7) belirtilmiştir (150). Gözüyeşil ve arkadaşları gebelerin %87.5'inin eşiyile uyumlu olduklarını ifade etmiştir (151). Bu bulgular araştırmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılanların gebelik ve çocuk bakımı ile ilgili %72.1'inin yeterli bilgisi olduğu, %67'sinin korku ve kaygı yaşadığı belirlenmiştir. Gebelerin korku ve kaygı yaşama nedenleri incelendiğinde, %20.9'unda bebeğin sağlıklı olmayacağı endişesi, %21.8'inde sezaryen korkusu, %57.3'ünde normal doğum korkusu olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %83.8'i kendini anneliğe hazır hissettiğini belirtmiştir (Tablo 11). Yapılan bir çalışmada gebe kadınların %20'sinin doğum korkusu yaşadığı ve bunların %6'sında bu korkunun ciddi şekilde güçsüzlük korkusu olduğu bildirilmiştir (152). Doğum korkusu olan 100 gebenin incelendiği bir çalışmada, gebelerin %46'sında geçmişte komplikasyonlu doğum öyküsü olduğu, %73'nün doğum ekibi ve uygun destek sağlanması konusunda güven eksikliği bildirdiği, %65'nin fiziksel ve zihinsel olarak doğum yapmadaki yeteneksizliklerinden korktukları, %55'inde ölüm korkusu ve %44'ünde doğum esnasında kontrol kaybı korkusu olduğu, %43'ünün ise doğum esnasında dayanılmaz ağrı beklentisi içinde olduğu bulunmuştur (153).

Depresyon bir toplum sağlığı sorunudur. Dünyada en fazla yeti yitimine sebep olan, mortalite ve morbiditeyi arttırdığı kesin olarak bilinen hastalıklarınbaşında gelmektedir. Görülme sıklığının gebelikte artması, fetüs üzerinde olumsuz etkilerinin gösterilmesi, normal gebelik muayenelerinde depresyon semptomlarının sorgulanmasını zorunlu hale getirmektedir (118, 151). Çalışmamızda HADÖ'ne göre gebelerin anksiyete oranı %14.8, depresyon oranı ise %28.6 şeklinde bulunmuştur (Tablo 12). HADÖ'nin kullanıldığı başka bir çalışmaya göre; gebelerin

anksiyete oranı %28.8, depresyon oranı ise %35.0 olarak bulunmuştur (154). Lee ve arkadaşları gebelerin %54'ünde kaygı, %37.1'sinde depresyon bulmuşlardır (155). Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda çoğunlukla sonuçlar benzerdir. Malta'da %15.5 (156), Finlandiya'da %30 (33), Kanada'da %25 (32), Amerika'da %30-38 (100), Brezilya'da %19.6 olarak bulunmuştur (157). Türkiye'de gebeler üzerinde yapılan çalışmalarda sırasıyla depresyon oranları %12, %27.3 ve %27.9 olarak bildirilmiştir (25, 28, 140). Çalışmadaki oranlar literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda yaş grupları ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte anksiyete puan ortalaması 20-34 yaş grubu, depresyon puan ortalaması ise 35 ve üzeri yaş grubunda daha yüksektir (Tablo 13). Yanikkerem ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada gebenin yaşı ile depresyon oranları arasında bir ilişki bulunmamışken (158), gebelik depresyonunun en önemli risk faktörlerinden birisinin yaş olduğu ve ileri yaştaki gebeliklerde depresyon oranlarının arttığı yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (48, 159).

Çalışmaya katılan gebelerin çalışma durumu ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte çalışanlarda anksiyete puanı yüksek iken, çalışmayanlarda depresyon puan ortalamaları daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 14). Bazı araştırmalarda çalışmayan gebelerin depresyon puanının çalışanlardan daha yüksek olduğu ancak aralarında fark olmadığını bildirilmiştir (22, 151, 158). Bu sonuç, bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda eğitilmiş gebelerde depresyon puan ortalaması daha düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 15). Yapılan diğer çalışmalarda da eğitim düzeyi arttıkça depresyonun azaldığı tespit edilmiştir (154, 160). Bu sonuçlar doğrultusunda eğitim düzeyi yükseldikçe kadının kendi yaşamı üzerinde etkinliğinin arttığı ve sorunları ile daha iyi baş edebildiği dolayısıyla depresyon oranının azaldığı düşünülmektedir.

Gebelerin sosyal güvence durumu ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ).

birlikte sosyal güvencesi olmayan bireylerde anksiyete ve depresyon puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 16). Sağlık güvencesi olmayan gebelerde gebelik depresyonunun daha çok görüldüğünü belirten çalışmalar mevcuttur (161, 162). Bu anlamda diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlar bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin evlilik süresi ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte 2-5 yıllık evlilerde anksiyete puan ortalaması, 6-10 yıllık evli bireylerde depresyon puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 17). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda da evlilik süresi ile depresyon arasındaki ilişki incelenmiş olup, bazı çalışmalarda evlilik süresi 5 yılın üzerine çıktığında anksiyete ve depresyonun arttığı yönünde sonuçlar bildirilmekteyken (22, 26), bazı çalışmalarda herhangi bir ilişki bulunmamıştır (163). Çalışmamızda evlilik süresi arttıkça çiftlerin birbirine daha iyi anlamaları ve psikolojik destek olmaları beklenirken böyle bir sonuç elde edilmiştir.

Çalışmamızda gelir düzeyi ile anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte anksiyete puan ortalaması geliri giderden az olan bireylerde daha yüksektir. Depresyon puan ortalaması geliri giderden az olan bireylerde geliri giderden fazla olan bireylere göre anlamlı derecede ( $p<0.05$ ) daha yüksektir (Tablo 18). Yanikkerem ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ailenin gelir durumu azaldıkça depresyon puanlarının arttığı bulunmuştur (158). Kitamura ve arkadaşları da 1329 gebe ile Avustralya'da yaptıkları çalışmada ailenin gelir düzeyi azaldıkça depresyonun arttığını bulmuşlardır (164). Figueiredo ve arkadaşlarının (159) ile çalışmamızın bulguları, düşük sosyo-ekonomik koşullara sahip olmanın antenatal depresyon üzerinde etkili olabildiğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin sigara kullanımı ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları sigara kullanan bireylerde daha yüksektir (Tablo 19). Yanikkerem ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada sigara kullanımı ile depresyon arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamış ancak sigara içen kadınların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (158).

Araştırmamızda gebelerin eş özellikleri ile anksiyete depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Eşi işçi olanlar, eğitim düzeyi düşük olanlar ve 25 yaş ve altı olan bireylerde anksiyete ve depresyon puanları daha yüksektir ( $p>0.05$ ). Yapılan bazı araştırmalarda da eşin özellikleri ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki bulunamamıştır (22, 154).

Araştırmaya katılan gebelerin ilk gebelik yaşı ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları ilk gebelik yaşı 20'in altı olan bireylerde daha yüksektir (Tablo 20). Figueiredo ve arkadaşlarının Hollanda'da yaptıkları randomize bir çalışmada da adölesan gebelerde depresyonun daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (159). Ergenlik (adölesan) dönemi, çocukluktan erişkinliğe geçişte, hızlı birtakım psikolojik, duygusal, fiziksel ve biyolojik değişikliklerin yaşandığı fırtınalı bir dönemdir. Bu duyarlı geçiş döneminde ayrıca gebelikte birlikte hem fiziksel, hem psikolojik hem de toplumsal olarak hayatı boyunca yaşayabileceği en özel süreçlerden geçmektedir. Tüm bu dönüşümlerin sonucunda adölesan birey gebelik ve ilişkili tüm komplikasyonlar ve ruhsal sorunlar açısından risk altındadır. Bu nedenle adölesan gebelerin uygun antenatal bakımı almaları yönünde aile bireylerini de içerecek şekilde motive edilmeleri son derece önemlidir.

Gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları gebelik ve çocuk sayısı arttıkça yükselmektedir (Tablo 21-24). Yapılan bir çalışmada gebelik sayısı arttıkça depresyon görülme oranının arttığı, anksiyete de ise anlamlı bir farklılık olmadığı, ilk gebeliğini yaşayanlarda anksiyetenin daha sık olduğu belirlenmiştir (26). Diğer çalışmalarda da gebelikte depresyonun toplam gebelik ve çocuk sayısı ile pozitif ilişkisinin olduğunu göstermişlerdir (27, 28). Eve yeni gelen bir bebek aileye neşe ve mutluluk sağtığı kadar stres de yaratır. Eve yeni bir bireyin katılımı kadınların önemli bir kısmında zihinsel ve duygusal değişikliklere yol açabilir. Özellikle destek kaynaklarından yoksun annelerde uyku problemleri, ağlama krizleri, halsizlik, baş ağrıları, konsantrasyon güçlükleri, şaşkınlık, sinirlilik, iştahsızlık gibi depresif semptomlar görülebilir (9, 10).

Ölü doğum, düşük ve kürtaj sayısı ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları düşük, kürtaj ve ölü doğum öyküsü olan bireylerde daha yüksektir (Tablo 23, Tablo 25-26). Lwellyn ve arkadaşları düşük veya ölü doğum yapmış kadınların %36'sında ciddi depresif belirtiler gösterdiğini tespit etmişlerdir (165). Yapılan diğer çalışmalarda düşük veya kürtaj sayısı ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (22, 26). Başka bir çalışmada ise düşük, ölü doğum ve kürtaj öyküsü olanlarda depresyonun daha fazla görüldüğü saptanmıştır (165). Daha önce geçirilen olumsuz obstetrik deneyimlerin bazen endişe, kaygılı bekleyiş ve yüklenme yaratabilme potansiyeli ile antenatal depresyonu artırabileceği düşünülmektedir. Gebelikte düşük, kürtaj, ölü doğum gibi durumlar anne olabilme yönünde güven sarsıcı olur ve benlik saygısını azaltır. Sıkıntı, kızgınlık, korkular, kendini suçlama eğilimleri, depresif yaşantılar ve regresif davranışlar gelişebilir.

Çalışmamızda düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları düşük doğum ağırlıklı bebek doğuranlarda daha yüksektir (Tablo 27). Amerika'da yapılan bir izlem çalışmasında; gebeliğinde depresyon yaşayan kadınlarda depresyon yaşamayanlara göre düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma insidansının %15 oranında arttığı saptanmıştır (64). Rahman ve arkadaşları, depresyondaki annelerin bebeklerinin ağırlıklarının depresyonda olmayan annelerin bebeklerine oranla 1.9 kat daha düşük bulmuşlardır (166). Yapılan başka bir çalışmada ise düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olan annelerde daha fazla psikolojik semptom görüldüğü belirlenmiştir (53). Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda da elde edilen bulgulara göre düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma öyküsü olanlarda prenatal stres ve depresyonun artırdığı görülmüştür.

Doğum şekli ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları NVD olanlarda daha yüksektir (Tablo 28). Bir çalışmada psiko-sosyal problemleri olan gebelerin normal doğum korkusu nedeniyle sezaryenle doğumu daha fazla tercih ettikleri

bildirilmiştir (167). Doğum sancısı ile baş edememe korkusu gün geçtikçe bazı kadınlarda daha şiddetli hal alabilmekte, hatta psikolojik sorunlarbile yaratabilmektedir. Hemşireler kadınların doğum şekilleri konusunda eksik ve yanlış olan bilgilerini belirleyerek bunlara ilişkin eğitim planlamalı, doğum eylemine ilişkin korkularını, endişelerini paylaşabilmeli, duygularını ifade edebileceği ortamlar oluşturabilmelidirler (168, 169).

Akraba evliliği ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte anksiyete puan ortalaması akraba evliliği olanlarda daha yüksektir (Tablo 29). Yapılan bir araştırmada akraba evliliği öyküsü ile anksiyete ve depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir (154). Akraba evliliği ülkemizde yaygın olarak görülen bir gelenek olmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir (137). Doğacak çocuğunun sağlık sorunu yaşama endişesi anne adayının gebelikle ilgili tutumlarını ve ruhsal durumunu olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda planlı gebelik ile anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Anksiyete puan ortalaması gebeliği planlı olmayanlarda planlı olanlara göre daha yüksektir. Çalışmamızda planlı gebelik ile depresyon puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte gebeliği planlı olmayanlarda depresyon puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 30). Akbaş ve arkadaşlarının çalışmasında ise istenmeyen gebelik ve depresyon anksiyete arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (22). Brezilya'da 1264 gebede yapılan bir çalışmada, gebeliğin planlanmamış olması depresyon riskini artırmıştır (170). Araştırmamız ve diğer çalışmalardan elde edilen bulgular doğrultusunda, gebeliğin seyrini olumsuz yönde etkileme potansiyeli açısından gebeliğin istekli bir şekilde sürdürülmesinin ve aile planlaması danışmanlığınınönemli olduğu düşünülmektedir.

Gebelik haftası ile anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Anksiyete puan ortalaması son trimesterde (25 hafta ve üzerinde) olan gebelerde anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 31). Costa ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptığı araştırmada gebelerin birinci trimesterde durumluk kaygı puan ortalamaları 37.0 iken ikinci trimesterde 38.4,

üçüncü trimesterde ise 40.6 puana yükselmektedir (32). Geniz Samsun'da 2002 yılında yaptığı araştırmasında gebeliğinin üçüncü trimesterinde olan kadınların durumluk kaygı düzeylerini bir ve ikinci trimesterinde olanlardan daha yüksek bulmuştur (171). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında gebelik trimesterlerine göre depresyon puanları incelendiğinde, en yüksek puan üçüncü trimesterde, daha sonra ikinci trimesterde, en düşük puan ise birinci trimesterde bulunmuştur (158). Tüm bu sonuçlar çalışmamızın bulgularına paralellik göstermektedir. Gebelik her ay, kendine özgü psikolojik kaygılar ve beklentiler doğurur. Gebeler ilk ayda psikolojik ve fizyolojik değişikliklerle birlikte bu dönemde yorgunluk, bulantı ve kusma gibi fizyolojik belirtiler ortaya çıkar. Ayrıca gebe kadının ailesi ile ilişkisi, iş durumu, gebeliğin yaratacağı beklenti ve stresler, sürecin nasıl yaşanacağını etkiler. Gebelikte depresif belirtiler ikinci trimesterde daha az görülmektedir. Son trimesterde doğuma ait beklentilerin ön plana çıkması ile gebeler biran önce doğum yapıp sağlıklı bir bebeğe kavuşmanın heyecanını yaşarlar. Bu dönemde doğum korkusu yaşayan kadınların kendini kontrol edememe, beden ve duygusal denetimle ilgili kaygıları olabilir. Bu nedenle anne adayının psikolojik açıdan yakın takibi ve desteklenmesi zorunludur (101, 163).

Gebelikte yaşanan bazı sorunlar anksiyete ve depresyonu tetikleyebilmektedir (22). Çalışmamızda mevcut gebelikte vajinal kanama öyküsü ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları vajinal kanama yaşayanlarda daha yüksektir (Tablo 32). Preeklamsi ile anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Buna göre anksiyete puan ortalaması preeklamsi olan bireylerde anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 33). Kurki ve arkadaşları (33), depresyonun preeklampsi riskini 2.5 kat arttırdığı, depresyon ve anksiyetenin ise bu riski 3.1 kat arttığını bulmuşlardır. Çalışmamızda gestasyonel diyabet ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları gestasyonel diyabeti olan bireylerde daha yüksektir (Tablo 35). Gestasyonel diyabetin gebelikte depresyona etkisinin incelendiği bir çalışmada gestasyonel diyabetli gebelerde daha fazla depresyon görüldüğü bulunmuştur (172). Gebelik döneminde görülen sağlık sorunları yoğun bir stres oluşturarak gebelerde psikolojik değişimlere neden



olabilmektedir. Yaşanan sorunlara ilişkin adaptasyon sorunu, kendine güvenin azalması ve kendini gerçekleştirememe duygusu stresi artıran faktörler arasında sayılmaktadır. Bu nedenle eğer böyle bir durum var ise, anne adayının psikolojik açıdan yakın takibi, tıbbi tedavi ve gevşeme egzersizleri ile desteklenmesi önemlidir (62).

Düzenli antenatal izlem ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte düzenli antenatal izleme gitmeyen bireylerde anksiyete ve depresyon puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 36). Depresyonda olan kadınların sosyal fonksiyonlarında azalma, duygusal olarak içe kapanma, sağlık personelinde daha az bakım alma ya da anneliğe hazır hissetmeme nedeniyle aşırı kaygı sonucu obstetrik muayene, rutin ultrason kontrollerini ihmal edilebildikleri bildirilmektedir (48, 93). Prenatal bakımın gereklerine uymadıkları belirlenen kadınların, düzenli antenatal hizmet almaları yönünde politikaların belirlenmesi ile gebelerde bu tür sorunların daha az yaşanabileceği düşünülmektedir.

Gebelik başlangıcında BKİ ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları fazla kilolu olan bireylerde daha yüksektir (Tablo 39). Maternal obezitenin artan hipertansif bozukluklar, diyabet, infeksiyonlar gibi gebeliği olumsuz etkileyebilecek sonuçlara neden olması, gebe kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte obez gebelerde depresyon, beden imajında bozulma, benlik saygısında azalma ve sosyal izolasyon gibi psiko-sosyal problemler de yoğun olarak görülmektedir (173).

Kronik hastalığı olanlar ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları kronik hastalığı olan bireylerde daha yüksektir (Tablo 40). Yapılan bir araştırmada benzer şekilde kronik hastalık öyküsü ile anksiyete ve depresyon puanının arttığı saptanmıştır (26). Brezilya'da yapılan çalışmada ise kronik hastalığı olan gebelerde depresyon ve anksiyete skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (123). Bu anlamda kronik hastalıklar, gebelerde biyolojik etkileriyle birlikte kendisi ve doğacak olan bebeğin sağlığı ile ilgili kaygı ve işlevsel kısıtlılıklar nedeniyle depresyona neden olabilmektedir.

Eş desteği ve evlilik uyumu ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ) (Tablo 41-42). Sorias çalışmasında, önemli sorunlarını eşleriyle paylaşan, annelik rolü eşi tarafından onaylanan kadınların yeni rollerine daha kolay uyum sağladıklarını belirtmiştir (174). Diğer çalışmalarda da eş desteğinin yokluğu, çevreyle iletişim zayıflığı ve evlilik ilişkisindeki güçlükler gebelik ve sonrası depresyon ile bağlantılı değişkenler olduğu ileri sürülmüştür (140, 151). Çalışmamızın elde ettiğimiz sonuç diğerleri ile benzerlik göstermektedir. Bu anlamda, eşlerine ev işleri ve bebek bakımında destek olmanın çiftler arasında uyum ve etkili bir iletişim sağlayarak gebelikte anksiyete ve depresyona yakalanma sıklığını azaltmada önemli bir faktör olabileceği düşünülmektedir.

Yakınların desteği ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekle ( $p>0.05$ ) birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamaları yakınların desteği olmayan bireylerde daha yüksektir (Tablo 43). Daş çalışmasında gebe kadının eş, aile, arkadaş ve çevre desteği yüksek ise ve gebe bunu yeterli algılıyorsa fiziksel ya da psikolojik sorunları daha az yaşadığını belirtmişlerdir (175). Elde ettiğimiz bulgu literatürle uyumludur. Buradan elde edilen sonuca göre, sosyal desteğin gebelik sırasındaki kaygı ve stresin etkisini azaltmada önemli bir faktör olduğu düşünülebilir.

Gebelik ve çocuk bakımı ile ilgili yeterli bilgisi olmayan gebelerde anksiyete ( $p>0.05$ ) ve depresyon ( $p<0.05$ ) puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 44). Sertbaş'ın çalışmasında, doğum öncesi bilgi alma durumu ile durumluk kaygı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir (4). Bazı kadınlar bebeğin sağlığından endişelenmekte ya da gebelikte ve doğumda hayatta kalma endişesi yaşamakta, çocuk bakımı ve büyütme veya bu değişimlerin evlilik ve aile yaşamında değişimlere neden olacağı konusunda endişe duymaktadırlar (176, 177).

Çalışmamızda anksiyete ve depresyon puan ortalaması doğum ile ilgili korku ya da kaygı yaşamayan bireylerde anlamlı derecede daha düşüktür ( $p<0.05$ ) (Tablo 45). Çelik ve arkadaşlarının çalışmasında doğumla ilgili kaygı ya da endişe yaşayan gebelerde depresyon semptom sıklığı daha yüksek (%57.3) bulunmuştur (27). Yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, gebe kadınların %20'sinin korku yaşadığı

ve %6'sının sakat kalmaktan korktuğu belirlenmiştir (152). Kadınlar en çok önemsedikleri sıraya göre, malformasyonlu ya da yaralanmış incinmiş bir bebeğe sahip olmaktan, operasyonlu doğumdan, yabancı bir ortamda yalnız kalmaktan, herhangi bir şeyi yanlış yapmaktan ve doğumun nasıl olacağı ile ilgili belirsizliklerle karşı karşıya kalmaktan kaygı duyduklarını belirtmişlerdir (178).

Anneliğe kendini hazır hissetmeyen gebelerde anksiyete ve depresyon puan ortalamaları daha yüksektir ( $p<0.05$ ) (Tablo 46). Akbaş ve arkadaşlarının çalışmasında kendini anneliğe hazır hissedenler ile hissetmeyenlerin depresyon ve kaygı düzeyleri arasında farklılık bulunamamıştır (22). Büyükkoca'nın çalışmasında; anneliğe hazır olanların olmayanlara göre depresyon puanlarının düşük olduğu bulunmuştur (179). Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, anneliğe kendini hazır hissetmeyen kadınların, kendilerini baskı altında hissetmeleri ile depresif semptomlar yaşadıkları görülmektedir. Sağlık hizmet sunumunda gözardı edilen bu durum, anne-bebek bağlılığının zayıf olması ve olumsuz maternal davranışlar ile ilişkili bulunması açısından özellikle ele alınması gereken bir konu haline gelmiştir. Bu anlamda gebelik öncesi dönemde anne adayının hazırlanması, kendini yalnız hissetmemesi ve zorlanmaması için ailesinden, çevresinden ya da bir uzmandan destek alması önerilmektedir.

Anne adayının ve ailesinin daha önce geçirdiği bir psikiyatrik hastalığı varsa gebelik döneminde de bu tür rahatsızlıkların görülme sıklığı artmaktadır.(8). Çalışmamızda kendisi ve ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olanlarda anksiyete ( $p>0.05$ ) ve depresyon ( $p<0.05$ ) puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 47-48). Daha önce geçirilmiş, psikiyatrik hastalıkların gebelikte depresyon ve anksiyete için önemli bir risk etkeni olduğu bir çok çalışmada bildirilmiştir (28, 140, 154, 155). Çalışma sonuçlarımız literatürle benzer olup elde edilen bulgulara göre, gebenin geçmişte psikiyatrik hastalık hikayesinin olması ve gebeliğine yönelik zıt duygular yaşaması gebelik depresyonunu etkileyebilmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne gebelik takibine gelen gebeler üzerinde yürütülen ve gebelerde görülen psikolojik semptomların sosyodemografik ve obstetrik risk faktörleri ile ilişkisini belirlemeyi amaçlayan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

1. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamaları  $27 \pm 4.61$  olarak bulunmuştur.
2. Araştırmaya katılan 297 gebenin %3'ünün 16-19 yaş arasında, %89.9'unun 20-34 yaş arasında, %7.1'inin 35 yaş ve üzerinde, %45.5'inin ilköğretim ve altı, %38.7'sinin lise, %15.8'inin üniversite ve üzerinde eğitim aldıkları, %89.9'unun sosyal güvencesinin bulunduğu, %66.3'ünün gelir-giderlerinin birbirine eşit olduğu, %83.2'sinin ev hanımı ve %16.8'inin herhangi bir işte çalıştığı belirlenmiştir.
3. Araştırmaya katılan gebelerin evlilik süreleri incelendiğinde %15.8'inin 1 yıl ve altında, %40.7'sinin 2-5 yıl arasında, %29.0'ının 6-10 yıl arasında, %14.5'inin 11 yıl ve üzerinde evli olduğu belirlenmiştir.
4. Gebelerin eşleri ile ilgili özellikleri incelendiğinde %15.8'inin memur, %44.8'inin işçi, %39.4'ünün serbest meslek olduğu, %14.8'inin 25 yaş ve altında, %65'inin 26-34 yaş arasında, %20.2'sinin 35 yaş ve üzerinde olduğu, %36.4'ünün ilköğretim ve altı, %44.1'inin lise, %19.5'inin üniversite ve üzerinde eğitim aldıkları görülmektedir.
5. Gebelerin %12.5'inde herhangi bir kronik hastalığın olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin %97.6'sının ailesinde genetik bir hastalık olmadığı saptanmıştır.
6. Araştırmaya katılan gebelerin %97'sinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmamaktadır. %97.6'sının ailesinde de herhangi bir ruhsal hastalık öyküsü bulunmadığı saptanmıştır.
7. Çalışmaya katılan gebelerin %6.7'sinin sigara kullandığı belirlenmiştir.
8. Gebelerin %21.6'sının ilk gebelik yaşlarının 20 yaş altında, %58.9'unun 20-35 yaş arasında, %19.5'inin 26 yaş ve üzerinde olduğu, %31.0'inin ilk gebeliği, %36.7'sinin ikinci, %19.2'sinin üçüncü, %13.1'inin dördüncü ve üzeri gebeliği olduğu, %62.3'ünün  $\geq 1$  canlı doğum yaptığı belirlenmiştir. Gebelerin %41.1'inin

bir, %17.5'inin iki, %4.7'sinin üç ve üzerinde yaşayan çocuğu olduğu, toplam 7 kadının ölü doğum öyküsü bulunduğu saptanmıştır.

9. Gebelerin genelinde iri bebek, düşük doğum ağırlıklı bebek, erken doğum, kürtaj ve düşük öyküsü bulunmamaktadır. Araştırmaya katılan gebelerin %47.8'inin NVD, %17.5'inin C/S ile doğum yaptığı belirlenmiştir. Gebelerin %19.9'unun eşiyile akrabalık bağının olduğu görülmektedir. Gebelerin anomalili bebek doğurma öyküsünün bulunmadığı belirlenmiştir.
10. Araştırmaya katılan gebelerin mevcut gebeliğine ilişkin özelliklerine göre, gebelerin %16.8'inin  $\leq 12$  hf, %18.9'unun 13-24 hf, %64.3'ünün  $\geq 25$  hf'lık gebeliği olduğu, %83.8'inin gebeliğinin planlı olduğu, %1.7'sinin tüp bebek, %25.9'unun sık doğum, %2.4'ünün çoğul gebelik, %8.8'inin kan uyuşmazlığı, %7.4'ünün vajinal kanama, %9.8'inin preeklemsi, %49.2'sinin anemi, %6.7'sinin gestasyonel diyabeti olduğu saptanmıştır.
11. Araştırmaya katılan gebelerin %96.6'sında düzenli antenatal izlemlerin yapıldığı belirlenmiştir. Gebelerin %39.7'sinin 1.ayda, %48.8'inin 2.ayda, %11.5'inin 3.ay ve sonrasında gebelik takibine başladığı saptanmıştır.
12. Çalışmada anksiyete oranı %14.8, depresyon oranı %28.6 olarak bulunmuştur.
13. Gelir düzeyi ve eğitim düzeyi düşük olanlarda depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).
14. Son trimesterde olanların anksiyete puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).
15. Preeklemsi olanların anksiyete puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).
16. Eş desteği ve uyumlu evliliği olmayanlarda anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).
17. Gebelik ve çocuk bakımı ile ilgili yeterli bilgisi olmayanlarda depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).
18. Doğum ile ilgili korku ya da kaygı yaşayanlarda ile anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).
19. İsteyerek gebe kalanlarda ve anneliğe kendini hazır hissedenlerde anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).
20. Ruhsal hastalık öyküsü olanların depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Bu sonuçlar doğrultusunda;**

- Kadın sağlığının önemli belirleyicisi olan sosyo-kültürel düzeyin iyileştirilmesi, düzenli antenatal bakım sağlanması ve bu sayede ortaya çıkarılmamış ya da tedavi edilmemiş depresyonun anne ve bebek üzerinde oluşturacağı riskin önlenmesi,
- Planlı olmayan gebelikler ve önlemleri konusunda kadınların eğitilmesi, aile planlaması hizmetlerinin erişilebilir olması,
- Gebenin eşi başta olmak üzere ailesine, gebelikte kadının duygusallığı ve desteğe olan ihtiyaçları konusunda bilgi verilmesi, gebelik döneminde sosyal desteği artırmaya yönelik hemşirelerin gebelerle haftalık telefon görüşmesi, ev ziyaretleri, bilgilendirme toplantıları oluşturması,
- Sağlık çalışanlarının (kadın-doğum uzmanları, psikolog, diğer hekimler, ebe ve hemşireler), bir gebeyi değerlendirirken bedensel belirtilerle birlikte, depresyonu ve kaygıyı ayırt etmekte duyarlı davranması, güvenilir tarama yöntemlerini kullanarak gebenin içinde bulunduğu yaşam şartlarını ve stres oluşturacak etkenleri göz önünde bulundurması, erken tanı ve tedavisinin sağlanması,
- Gebelerin konuyla ilgili eğitimli ve bilgi sahibi sağlık personeli tarafından gebelikle ilgili korku ve kaygıların azaltılması ve gebeliğe ruhsal uyumlarının kolaylaştırılması,
- Gebelikte anksiyete ve depresyona ilişkin daha fazla araştırma yapılması şeklinde öneriler getirilebilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001, 80:251-255.
2. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* . 2001, 323:257-260.
3. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Ström M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol* . 2006, 85: 937-944.
4. Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi-Sonrası Durumluluk Süreklilik Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, , İzmir: Ege Üniversitesi, ss. 3-4, 35-36, 1998.
5. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 1.Baskı, Ankara Sistem Ofset, 1998: ss. 3-7,75-79.
6. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey, 1: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord*, 1993, 29:85-96.
7. Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newman S, Wells JE, Wittchen H-U. Sex differences in the rates of depression: Cross-national perspectives. *J Affect Disord*, 1993, 29:77-84.
8. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2004, 2:70-74.
9. Cohen LS, Sichel DA, Faraone SV, Robertson LM, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Course of panic disorder during pregnancy and the puerperium: a preliminary study. *Biol Psychiatry*, 1996, 39: 950-4.

10. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul, ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş, 1993, 203- 207.
11. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte Depresyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2008, 28(4):525-532.
12. Rees WD. Parental depression before and after childbirth. An assessment with the Beck Depression Inventory. J R Coll Gen Pract, 1971, 21:26-31.
13. Barnet B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Repke JT. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med,1996, 150:64-9.
14. Gonsalves L, Schuermeyer I. Treating depression in pregnancy: practical suggestions. *Cleve Clin J Med*, 2006, 73:1098-104.
15. Anderson C, Roux G, Pruitt A. Prenatal depression, violence, substance us, and perception of support in pregnant middle-class women. Journal of Perinatal Education, 2002,11, 14-2.
16. Freeman MP. Antenatal depression: Navigating the treatment dilemmas.*The American Journal of Psychiatry*, 2007, 164:1162-1165. doi:101176/appi.ajp.2007.07020341
17. Phillips K. Preventing, identifying and treating maternal depression: Tools for employers. Center for Prevention and Health Services Issue Brief 2005,3:1-20.
18. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007, 8:132-139.
19. Alwan S, Reefhuis J, Rasmussen SA, Olney MD, Fredman J. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med*, 2007, 356:2684-2692.
20. Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik; postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. 3P Dergisi, 2004, ek 4:30-7.



21. Sarah LB, Barbara LP, Jill MC, Psikiyatri ve Reprodüktif Süreç. Benjamin JS, Sadock MD, Virginia A (Editörler) (Çeviri editörleri: Aydın H, Bozkurt A). Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry'de 8. baskı. Ankara, Güneş Kitapevi, 2007, 3: 2305-2314.
22. Akbaş E, Vırit O, Kalenderoğlu A, Savaş H, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyiyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 2008, 45:85-91.
23. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. Canadian Nurse Journal, 2006,102:26-30.
24. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2011, 3: 142-162.
25. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, 2007. doi:10.1016/j.midw.2007.03.006
26. Çakır L, Can H. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Turkish Family Physician, 2012, 3:35-42.
27. Çelik F, Nadirgil Köken G, Yılmaz M. Gebelikte depresyon semptomlarının sıklığı ve depresyon gelişimini etkileyen faktörler. *Anatol J Clin Investig*, 2013, 7(2):110-117.
28. Çalışkan D, Öncü B, Köse K, Ocaktan ME, Özdemir O. Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: A community-based study in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2007, 28, 195-200. doi:1080/01674820701450649
29. Ocaktan ME, Çalışkan D, Öncü B, Özdemir O, Köse K. Antepartum and postpartum depression in a primary health care center area. *Journal of Ankara University School of Medicine*, 2006, 59, 151-157.

30. Bödecs T, Horvath B, Kovacs L, Diffellne Nemeth M, Sandor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orv Hetil*, 2009, 150:1888-1893.
31. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Women's Health (Larchmt)*, 2003,12:373- 380.
32. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord*, 2000, 59:31-40.
33. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*, 2000, 95:487-490.
34. Apter G, Devouche E, Gratier M. Perinatal Mental Health. *J Nerv Ment Dis.*, 2011, 199: 575-7.
35. Altshuler LL, Cohen LS, Moline ML, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP. The expert consensus guideline series. Treatment of depression in women. *Postgrad Med*, 2001, (Special No): 1–107.
36. Angst J, Baastrup P, Grof P, Hippus H, Poldinger W, Weis P. The course of monopolar depression and bipolar psychoses. *Psychiatr Neurol Neurochir*, 1973, 76: 489– 500.
37. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarrett DB, Mallinger AG, and others. Three year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1990, 47: 1093–1999.
38. Michel-Wolfromm H. The psychological factor in spontaneous abortion. *J Psychosom Res*, 1968, 12: 67–71.
39. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001, 80(3): 251-255.

40. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 2001, 323: 257–60.
41. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ*, 1991, 302: 137–140.
42. Kleiner GJ, Greston WM. Suicide during pregnancy. In: Cherry SH, Merkatz IR, editors. *Complications of pregnancy: medical, surgical, psychosocial and perinatal*. Volume 4. 4th ed. Philadelphia (PA): Williams & Wilkins, 1991, 269–289.
43. Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker GA, van Geijn HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *J Psychosom Res*, 1995, 39: 563–595.
44. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*, 2000, 95: 487–490.
45. Michel-Wolfromm H. The psychological factor in spontaneous abortion. *J Psychosom Res*, 1968, 12: 67–71.
46. Hoffman S, Hatch MC. Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychol*, 2000, 19: 535–543.
47. Zax M, Sameroff AJ, Babigian HM. Birth outcomes in the offspring of mentally disordered women. *Am J Orthopsychiatry*, 1977, 47: 218–230.
48. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med*, 2001, 63: 830–834.
49. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Salman F, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D. Prenatal anger effects on the fetus and neonate. *J Obstet Gynaecol*, 2002, 22(3): 260–266.

50. Preti A, Cardascia L, Zen T, Pellizzari P, Marchetti M, Favaretto G, and others. Obstetric complications in patients with depression—a population-based case-control study. *J Affect Disord*, 2000, 61: 101–106.
51. McAnarney ER, Stevens-Simon C. Maternal psychological stress/depression and low birth weight. Is there a relationship? *Am J Dis Child*, 1990, 144:789–792.
52. Cohler BJ, Gallant DH, Grunebaum HU, Weiss JL, Gamer E. Pregnancy and birth complications among mentally ill and well mothers and their children. *Soc Biol*, 1975, 22: 269–278.
53. Sandman CA, Wadhwa PD, Chicz-DeMet A, Dunkel-Schetter C, Porto M. Maternal stress, HPA activity, and fetal/infant outcome. *Ann N Y Acad Sci*, 1997, 814: 266–275.
54. Ashman SB, Dawson G, Panagiotides H, Yamada E, Wilkins CW. Stress hormone levels of children of depressed mothers. *Dev Psychopathol*, 2002, 14: 333–349.
55. Hammen C, Brennan PA. Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 2003, 60: 253–258.
56. Van Den Bergh BR, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalising problems, and anxiety in 8 and 9 year olds. *Child Dev*, 2004,75(4):1085-1097.
57. Taşkın L, Koç G. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen perinatoloji hizmetlerinde ebe ve hemşireler. *Hemşirelik Yükseköğretim Dergisi*, 2006, 13(2): 48-56.
58. Karanisoğlu H, *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*. 1.baskı. Anadolu Üni. Web-Ofset, Eskişehir, 1996.
59. Dökmen Ü. *Varolmak Gelişmek Uzlaşmak*. 7. Baskı, İstanbul, Sistem Yayıncılık, 2003.

60. Pamuk S, Arslan H. Hastanede Yatan Riskli Gebelerde Hastane Stresörlerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2 (2):23-32.
61. Yücel M. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ed: A.A. Sivaslıoğlu. Ankara, Palme Yayıncılık, 2005: 33-47.
62. Karataylı S. Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesinin düzeyleri. Meram Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2007.
63. Demirci H, İlk Gebeliği Olan Kadınların Psikolojik Tepkilerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1996.
64. Kotelchuck M, Alexander GR. Assessing the role and effectiveness of prenatal care. *Public Health Rep.* 2001, 116:306–307.
65. Kömürçü N. *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. 11. Baskı, İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 2000.
66. Fenkçi, V. Maternal Fizyoloji. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı*, Ed. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik C, Haberal A. Ankara, Güneş Kitapevi, s.:161-169.
67. Kişnişçi H, Gökşin E, ve ark. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara, Güneş Kitabevi, 1996.
68. Akbaş E. Gebe kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2006.
69. Taşkın L, Kukulu K. Kadın Sağlığına Giriş. In Taşkın L (ed). *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2011:1-17

70. Cengiz C, Kimya Y. *Maternal Fizyoloji: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ed: A. Ayhan, T. Durukan, S. Günalp, T. Gürkan, L.S. Önderoğlu, H. Yaralı, K. Yüce. Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 2008: 163-175.
71. Atasü T, Türkmenoğlu İ. *Pratik Doğum Bilgisi*. 1. baskı, İstanbul, Alfa Basım Yayım Dağıtım, 1994.
72. James R, Scott J, Disano B, et al. *Danforth Obstetrik ve Jinekoloji*. Erez S, (Çeviri eds.), (7th ed.), İstanbul, J.B. Lippincott Company&Yücel Yayım, 1997.
73. Jack A, Paul C, Norman F. *Williams Obstetrics*. Yılmaz İ., (Çeviri eds.), (17th ed.), Ankara, Prentice Hall Int. Inc. & Güneş Kitabevi, 1989.
74. Kutlugil Y, *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, 1997.
75. Önder İ. *Kadın Doğum Propedötik*. 8. baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 1987.
76. Cengiz C, Kimya Y. Gebeliğe bağlı annedeki sistemik değişiklikler; kardiyovasküler ve solunum sistemleri. In Beksaç MS, eds. *Maternal-Fetal Tıp & Perinatoloji*, Ankara, Kozan Ofset, 2001: 735-744.
77. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 6. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbacılık, 2003:32-35.
78. Margaret I, Jensen D, Zolar MK. *Maternal and Gynecologic Care the Nurse and the Family*. St Louis. CV Mosby , 1989 : 250-292.
79. Lowdermilk DL. *Maternity and Women's Health Care*. Sixth Edition. Missouri. Mosby-Years Book, 1997.
80. Varney H. *Varney's Midwifery*. Third Edition. Boston. Jones and Bartlett Publishers, 1997: 267-280.

81. Mungan T. Normal gebelik ve prenatal bakım. In Saraçoğlu F. Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. İstanbul. Barış Kitabevi, 1994: 221-234.
82. Chamberlain G, Fairley HD. *Obstetrics and Gynaecology*. London, 1997.
83. Sakala E., *Obstetrics and Gynaecology*. Alper M., (Çeviri eds.), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1999.
84. Kimya Y, Cengiz C. Maternal fizyoloji. In Kışnişçi HA, eds. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara. Güneş Kitabevi, 1996:239-250.
85. Dickason EJ, Silverman BL, Schult MO. Maternal-Infant Nursing Care. St Louis. CV Mosby, 1994: 183-219.
86. Şimşek T. *Yüksek riskli gebeliklerin fizyolojisi*. In Taşkın L. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, Ankara, Palme Yayıncılık, 2002: 2-9.
87. Cunnigham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. Tercüme: Akman A. Williams Doğum Bilgisi. İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2005.
88. Deborah CD. The discomforts of pregnancy. JOGNN 1996; 25 (1): 73-81.
89. YÜCEL A. Gebelikte Maternal Fizyoloji in Güralp S. eds. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi*. Ankara, Feryal Matbaacılık, 2004:1-11.
90. Anderson L, Sundström-Poromaci I, Wullf M, Ström M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six month postpartum. A follow of study. *Acta Obstet Gynecol*, 2006, 85:937-944.
91. Pernoll M. Benson & Pernoll Obstetrics. Tercüme. Ayhan A, Bozdağ G. Gebelik Tanısı ve Prenatal Bakım, Ankara, Palme Yayıncılık, 2002:141-147.
92. Cengiz C, Kimya Y. Gebeliğe bağlı annedeki sistemik değişiklikler; üriner sistem ve sıvı elektrolit homeostazı. In Beksaç MS, eds. *Maternal-Fetal Tıp & Perinatoloji* , Ankara, Kozan Ofset, 2001: 782-786.

93. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing:guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2009, 36:771–788.
94. Brenda M, Leung Y, Bonnie ND, Kaplan J. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. *J Am Diet Assoc*, 2009, 109: 1566- 1577.
95. William B. *Kadın Hastalıkları ve Doğum*. Uçar A., (Çeviri ed.), ( 4. ed.), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1998.
96. Carter D, Kostaras X. Psychiatric disorders in pregnancy, *BC Medical Journal*, 2005, 47: 96-99.
97. Cott AD, Wisner KL. Psychiatric disorders during pregnancy. *Inter Rev. Psychiatry*, 2003, 15: 217–230.
98. Novick G. Centering pregnancy and the current state of prenatal care, *J Nurse Midwifery*, 2004, 49:405-411.
99. Karanisoğlu H. Riskli gebelerde ruhsal durum ve hemşirelik yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*, 1991, 19(5):47-52.
100. Rosemary H, Kelly M. Somatic complaints among pregnant Women. *General Hospital Psychiatry*, 2001,23: 107-113.
101. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2001, 23(1):61-64.
102. Işık E, Taner Y. Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. *Asimetrik Paralel Kitabevi*, 2006:3-29.
103. Esel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2003, 13(2):78-87.



104. Ito C. The role of brain histamine in acute and chronic stress. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 2000, 54(5):263-267
105. Gabbard GO. Anxiety Disorders: Psychodynamic Aspects. In: Sadock VA eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. PA: Lippincott Williams and Wilkins, 2000; 1464-1476.
106. Marakoğlu D, Demirer S, Özdemir D, Sezer H. Periodontal Tedavi Öncesi Durumluk ve Süreklik Kaygı Düzeyi. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2003, 6(2):73–79.
107. Cloitre M, Yonkers KA, Pearlstein T. Women and anxiety disorder: implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectr*, 2004, 9:1-16.
108. Weisberg RB, Paquette JA. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Women's Health Issues*, 2002, 12:32-36.
109. George DT, Ladenheim JA, Nutt DJ. Effect of pregnancy on panic attacks. *Am J Psychiatry*, 1987, 144:1078–1079.
110. Villeponteaux VA, Lydiard RB, Laraia MT, Stuart GW, Ballenger JC. The effects of pregnancy on preexisting panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 1992, 53:201–203.
111. Cohen LS 1998, Rosenbaum JF. Psychotropic drug use during pregnancy: weighing the risks. *J Clin Psychiatry* 59 Suppl, 1998, 2:18–28.
112. Williams KE, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium and the premenstruum. *J Clin Psychiatry*, 1997, 58:330–334.
113. Sutter-Dallay AL, Giaccone-Marcasche V, Glatigny-Dallay E et al. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry*, 2004, 19:459-463.

114. Hedegaard M, Henriksen T, Secher N, Hatch M, Sabroe S. Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery? *Am J Epidemiol*, 1996, 7:339-45.
115. Lobel M, Dunkel-Schetter C, Scrimshaw SC. Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Health Psychol*, 1992, 11:32-40.
116. Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Gaithe TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol*, 1993, 169:858-865.
117. Runi CK, Dunkel-Schetter C, Wadhwa PD, Sandman CA. Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychol*, 1999, 18:333-45.
118. Vırit O, Akbaş E., Savas HA, Sertbas G, Kandemir H. Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2008, 45: 9-13.
119. World Health Organisation (2001). Geneva: WHO. The world health report 2001. Mental Health: New understanding, new hope. Erişim: [[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_ch2\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_en.pdf)]. E.Tarihi: 01.04.2014.
120. Beşer N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete- depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7(1):47-58.
121. Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Am J Psychiatry*, 1988, 145:1225.
122. Sonawalla SB, Rosenbaum JF (eds). *Women's Health and Psychiatry*. Philadelphia. Lippincott, Williams and Wilkins. 2002:115-123.

123. Benute GRG, Nomura RMY, Reis JS, Junior RF, Souza De Lucia MC, Zugaib M. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics*, 2010, 65: 1127-1131.
124. Cebeci Sa, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 2002,10:11-8.
125. Burt V, Hendrick VC (Eds.). *Clinical Manual of Womens Mental Health*. London: Amerikan Psychiatric Publishing, 2005:145-77.
126. Larsson C, Sydsjö G, Josefsson A. Health sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *Obstetrics&Gynecology*, 2004,104:459-66.
127. O'hara Mw. *Postpartum Depression: Causes and Consequenses*. New York, NY Springer Verlag, 1995,168-194.
128. Kumar R, Rabson Mk. A prospective study of emotional disorders in child bearing women. *Br J Psychiatry*,1984,144:35-47.
129. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Seyfe Şen F. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002, 37(3):125-129.
130. Anahit C. Perinatal hemşirelik yaklaşımı ve ekip çalışmasının önemi. *Perinatoloji Dergisi*,1996, 4(3): 181-184.
131. Tezel A. Postpartum Depresyonun Değerlendirilmesinde Hemşirelerin/Ebelerin Sorumlulukları, Atatürk Üniversitesi Erzurum Sağlık Yüksekokulu, 2006, 44 (1): 49-52.
132. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero V. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Hum Dev*, 2009,85:65-67.

133. Ayan A, Aksoy C, Edizkan H. Doğuma hazırlık kursunun gebeler üzerine etkisi. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Bursa, 2009, Kongre Özet Kitabı: 423-424.
134. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam Donemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi *Women Health and Psychological Functioning in Different Periods of Life: Evaluation of Nursing Approach* *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2011; 3(1):67-99.
135. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67(6):361-370.
136. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1997,8(4):280-287.
137. Weissman M, Olfson M. Depression in women: implications for healthcare research. *Science*, 1995,269:799–801.
138. Levy L, Ragan K, Hower-Hartley A, Newport D, Stowe Z. Psychiatric disorders in pregnancy. *Neurol Clin*, 2004,22: 863-893.
139. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009.
140. Altınay SA, Aydemir Ç, Gökal E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 2002, 10(1):11-18.
141. Tekbaş Fö, Oğur R, Uçar M. Genç erişkin erkekler arasında akraba evliliği sıklığının ve nedenlerinin araştırılması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2005;4(3).

142. Dal G. Gebe Kadınların ve Eşlerinin Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmaların (Couvade Send) İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2002.
143. Erbaydar T. Doğum Öncesi Bakım ve Eşitsizlikler. 8. Halk Sağlığı Günleri, 2003.
144. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye üreme sağlığı acil obstetrik bakım, yönetici kolaylaştırıcı uyum eğitimi katılımcı rehberi. Ankara, Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri, 2007.
145. PrenatalCare[http://www.unicef.org/publications/files/SOWC\\_2005\\_\(English\).pdf](http://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2005_(English).pdf) 20 Nisan 2014.
146. Kaplan S. Bahar A. Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007,10(1):113-121.
147. Reron A, et. all. Assesment of Prenatal Care in Pregnant Women”, Przegł Lek.2003, 60 (6):107-110.
148. Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2003, 25:157-164.
149. Doğu S, Ergin AB. Gebe kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgiler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2008,1(1):12-17.
150. Başbakkal Z. Babaların Bebek Bakımındaki Rolü. Ege Üni. Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir, 1999.
151. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008, 3(9):13-17.

152. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest*, 1981, 12:262-266.
153. Forrest GC, Standish E, Baum JD. Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement. *Br Med J*, 1982, 285:1475-1479.
154. Arslan B. Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, 2010.
155. 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):1102-1112.
156. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord*, 2004, 82(2):297-301.
157. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health*, 2007,10(19):25-32.
158. Yanikkerem E, Atlan E, Demirtosun P. Manisa 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan gebelerde depresyon durumu. *Kadın Doğum Dergisi*, 2004,2(4):301-306.
159. Figueiredo B, Pacheo A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch WomensMent Health*, 2007,10: 103-109.
160. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol*, 1989,57(2):269-274.
161. Kopelman RC, Moel J, Mertens C, Stuart S, Arndt S, O'hara MW. Barriers to care for antenatal depression. *Psychiatr Serv*, 2008, 59: 429-32.

162. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stres. *BMC Psychiatry*, 2008,8:24.
163. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kalitesi, Kaygı Düzeyleri. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2008.
164. Kitamura T, Toda MA, Shima S, Sugawara K, Sugawara M. Social Support and Pregnancy:II. Its Relationship With Depressive Symptoms Among Japanese Women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 1998, 52(1): 37-45.
165. Lwellyn AM, Stowe ZN, Nemerrof CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*, 1997, 58: 26-32.
166. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birth weight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand*, 2007, 115:481-486.
167. Halvorsen L, Nerum H, Oian P, Sorlie T. Is there an association between psychological stress and request for caesarian section? *Tidsskr NorLaegeforen*, 2008, 128: 1388-1391.
168. Bektaş E. Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercih ve Nedenleri ile İlgili Anket Çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2008.
169. Gözükar F. Primgravidaların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2006.
170. Silva R, Jansen K, Souza LD, Moraes IG, Tomasi E, Silva- Gdel G, Días-Mde S, Pinheiro RT. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Rev Bras Psiquiatr*, 2010, 32: 139-144.

171. Genez D. Hamile Kadınların Kaygı Düzeyleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2002.
172. Aran NS. Gestasyonel Diyabetli Gebelerde Depresyon. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1997.
173. Amador N, Juarez JM, Guizar JM. at Linares B, Quality of life in obese pregnant women: a longitudinal study, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2008, 203- 204.
174. Sorias O. Sosyal destekler ve ruh sağlığı. *E.Ü Tıp Fakültesi Dergisi*, 1988, 27(13): 359-362.
175. Daş Z. *Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutu*. Edi. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. IV. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2000.
176. Bernazzani O, Saucier J-F, David H, et al. Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *J Psychosom Res*, 1997, 42:391-402.
177. Melender H-L, Lauri S. Fears associated with pregnancy and childbirth experiences of women who have recently given birth. *Midwifery*, 1999, 15: 177-182.
178. Szeverenyi P, Poka R, Hetey M, Torok Z. Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 1998, 19(1):38-43.
179. Büyükkoca M. Algılanan Sosyal Destek ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2001.



## 8. EKLER

### EK-1. AYDINLATILMIŞ ONAY FORMU

#### GEBELERDE GÖRÜLEN PSİKOLOJİK SEMPTOMLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE OBSTETRİK RİSK FAKTÖRLERİ İLE İLİŞKİSİ BAŞLIKLIL ARAŞTIRMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAY FORMU

**Araştırmacının Açıklaması:** Bu araştırma, yüksek lisans tezi için planlanmış olup gebelerde görülen psikolojik semptomların sosyodemografik ve obstetrik risk faktörleri ile ilişkisibelirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırmada sizlere literatür ışığında araştırmacı tarafından hazırlanan ‘Gebe Tanılama Formu’ ile ‘Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği’ uygulanacaktır.

Araştırma; Ankara ili kent merkezinde yer alan Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yapılması planlanmıştır. Araştırmaya katılmama ya da daha sonra ayrılma hakkınız vardır. Bu araştırma süresince kimliğinizle ilgili kayıtlar kesinlikle gizli tutulacaktır ve hiçbir rapor / yayında sizin adınız geçmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır.

Yukarıdaki metni okudum. Araştırmayla ilgili bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Araştırmaya kendi rızamla ve hiçbir zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı –Soyadı:

İmza:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: İlknur Demirhan

E-mail: ilknurdemirhan88@hotmail.com

İmza:

**EK-2. GEBE TANILAMA FORMU**

Anket No:.....

**SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR**

1.	Yaşınız nedir?	.....
2.	Ücretli bir işte çalışıyor musunuz?	1) Evet 2) Hayır 3) Çalışıyordum gebelikte bıraktım
3.	Çalışma şekliniz nedir?	1) Ayakta (öğretmen, çiftçi, temizlik işçisi vb) 2) Oturarak (sekreteri, veznedar, bankacı vb) 3) Nöbet- vardiya usulü sağlık çalışanı (doktor, ebe, hemşire, teknisyen vb)
4.	Gebelik döneminde çalışma şartlarınızda olumlu bir değişiklik yapıldı mı?	1) Evet 2) Hayır
5.	Eğitim durumunuz nedir?	1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlköğretim 4) Lise mezunu 5) Üniversite ve üzeri
6.	Sosyal güvenceniz var mı?	1) Var 2) Yok
7.	Kaç yıldır evlisiniz?	.....
8.	Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	1) Gelirim giderimden az 2) Gelirim giderime eşit 3) Gelirim giderimden fazla
9.	Eşinizin yaşı nedir?	.....
10.	Eşinizin mesleği nedir?	1) İşsiz 2) Memur 3) İşçi 4) Emekli 5) Serbest meslek 6) Diğer (.....)
11.	Eşinizin eğitim durumu nedir?	1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlköğretim 4) Lise mezunu 5) Üniversite ve üzeri

**GENEL TIBBİ ÖYKÜ VE ALIŞKANLIKLARA İLİŞKİN BULGULAR**

12.	Boyunuz ?.....cm	Gebelik öncesinde vücut ağırlığınız? .....kg Gebeliğiniz sırasında vücut ağırlığınız? .....kg
13.	Doktor tarafından tanı konmuş süregelen bir hastalığınız var mı?	1) Evet 2) Hayır (15. soruya geçiniz)
14.	Cevabınız "Evet" ise ne tür bir hastalığınız var?(Birden çok yanıt işaretlenebilir.)	1) Şeker 2) Hipertansiyon 3) Kanser (belirtiniz.....) 4) Kalp 5) Astım 6) Tiroit (Guatr) 7) Romatizma 8) Depresyon 9) Diğer : .....
15.	Ailenizde genetik bir hastalık var mı? (Akdeniz anemisi, Down sendromu vb.)	1) Evet (.....) 2) Hayır
16.	Sigara kullanıyor musunuz? ( Cevabınız "Hayır" ise 19. soruya geçiniz)	1) Evet 2) Hayır 3) Önceden içiyordum, gebelikte bıraktım
17.	Ne kadar sıklıkla içiyorsunuz?	1) Günde 10 taneden az içerim 2) Günde 10 tane ile 1 paket arası içerim 3) Günde 1 paketten fazla içerim 4) Diğer.....
18.	Ne kadar süre sigara içtiniz?	1) 1 yıldan az 2) 1-5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 11-15 yıl 5) 15 yıldan fazla
19.	Alkol kullanıyor musunuz?	1) Evet, düzenli olarak(20.-21. soruları da yanıtlayınız) 2) Hayır, ..... yıl ..... ay önce bıraktım 3) Nadiren, düğün-yıl dönümlerinde 4) Hayır, hiç kullanmadım
20.	Ne kadar süredir alkol kullanıyorsunuz?	..... yıl
21.	Ne sıklıkta ve miktarda alkol kullanıyorsunuz?	1) İki üç ayda bir gün, ..... kadeh 2) Ayda 1-3 gün, ..... kadeh 3) Haftada 1-4 gün, ..... kadeh 4) Haftada 5-6 gün, ..... kadeh 5) Her gün, ..... kadeh

**OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR**

22.	İlk gebelik yaşıınız nedir?	..... yaş
-----	-----------------------------	-----------

23.	Gebelik sayınız nedir?	1) 1 ve üzeri	2) 2	3) 3	4) 4	5) 5
24.	Canlı doğum sayınızı nedir?	1) 0 ve üzeri	2) 1	3) 2	4) 3	5) 4
25.	Ölü doğum sayınız nedir?	.....				
26.	Yaşayan çocuk sayınız nedir?	.....				
27.	Kürtaj sayınız nedir?	.....				
28.	Düşük sayınız nedir?	.....				
29.	Anomalili (özürlü) bebek doğurdunuz mu?	1) Evet	2) Hayır			
30.	Erken doğum yaptınız mı? ( ≤ 7 ay)	1) Evet	2) Hayır			
31.	Düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdunuz mu? (≤2500 gr)	1) Evet	2) Hayır			
32.	İri bebek doğurdunuz mu? (≥4500 gr)	1) Evet	2) Hayır			
33.	Doğumların gerçekleşme şekli nedir?	Normal Doğum ..... adet				Sezaryen
		.....adet				
34.	Eşinizle akrabalık bağınız var mı?	1) Evet	2) Hayır			
<b>MEVCUT GEBELİĞE İLİŞKİN İLİŞKİN BULGULAR</b>						
35.	Bu bebeğe isteyerek mi hamile kaldınız?	1) Evet	2) Hayır			
36.	Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?	..... hafta				
37.	Gebeliğiniz tekil mi, çoğul mu?	1) Tek	2) Çoğul			
38.	Kan uyuşmazlığınız var mı?	1) Evet	2) Hayır			
39.	Vajinal kanamanız oldu mu?	1) Evet	2) Hayır			
40.	Tansiyon yükselmesi yaşadınız mı?	1) Evet	2) Hayır			
41.	Kansızlık var mı? (hb. ≤ 10 gr/dl)	1) Evet	2) Hayır			
42.	Şeker yükselmesi oldu mu?	1) Evet	2) Hayır			
43.	Gebeliğiniz doğal yolla mı yoksa tıbbi yardım ile mi oldu?	1) Doğal yolla	2) Tıbbi yardım			
44.	Bir önceki gebeliğiniz ile şu anki gebeliğiniz arasındaki süre nedir?	1) İki yılın üzeri	2) İki yılın altı			
45.	Gebeliğinize ilişkin yakınmalarınız oldu mu?	1) Evet	2) Hayır (47. soruya geçiniz)			
46.	Gebeliğinize ilişkin ne tür yakınmalarınız oldu? (birden fazla şık işaretlenebilir)	1) Bulantı 2) Kusma 3) Baş Ağrısı 4) Mide yanması 5) Kabızlık 6) Bel-sırt ağrısı 7) İshal 8) Hemoroid 9) Ayaklarda şişlik 10) Uykusuzluk 11) Doğum Kaygısı 12) İYE 13) Varis 14) Genital enfeksiyon 15) Yorgunluk 16) Bacak krampları 17) Solunum sıkıntısı 18) Görünüşünden memnun olmama 19) Diğer.....				
47.	Gebeliğiniz süresince kontrollerinizi düzenli yaptırdınız mı?	1) Evet (.....kez)	2) Hayır			
48.	Gebelik takibine ilk olarak hangi ayda başladınız?	..... ay				
49.	Gebeliğiniz ile ilgili herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?	1) Evet ( a) Kan haptı b) Vitamin haptı c) Folik asit d) Diğer.....) 2) Hayır				
<b>KAYGI, SOSYAL DESTEK VE EŞ İLİŞKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR</b>						
50.	Gebeliğinizde eşiniz size yeterince destek oluyor mu?	1) Evet	2) Hayır	3) Kısmen		

51.	Eşiniz ile uyumlu bir çift olduğunuzu düşünüyor musunuz?	1) Evet	2) Hayır	3) Kısmen
52.	Gebeliğinizde yakınlarınız size yeterince destek oluyor mu?	1) Evet	2) Hayır	3) Kısmen
53.	Gebelik ve çocuk bakımı ile ilgili bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?	1) Evet	2) Hayır	3) Kısmen
54.	Doğumla ilgili korku ve kaygı yaşıyor musunuz?	1) Evet	2) Hayır	3) Kısmen
55.	Doğumla ilgili korku ya da kaygı yaşama nedenleriniz nelerdir?	1) Bebeğin sağlığı ile ilgili kaygı	2) Sezaryen korkusu	3) Normal doğum korkusu
56.	Anneliğe kendinizi hazır hissediyor musunuz?	1) Evet	2) Hayır	3) Kısmen
57.	Daha önce ruhsal bir hastalık geçirdiniz mi?	1) Evet	2) Hayır	
58.	Ailenizde ruhsal bir hastalığı olan var mı?	1) Evet	2) Hayır	

### EK-3. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

ADI SOYADI:

TARİH: / /

**Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelecek yanıt en doğrusu olacaktır.**

1.	<b>Kendimi gergin, ‘patlayacak gibi’ hissediyorum.</b>	<input type="checkbox"/> Çoğu zaman <input type="checkbox"/> Birçok zaman <input type="checkbox"/> Zaman zaman, bazen <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
2.	<b>Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.</b>	<input type="checkbox"/> Aynı eskisi kadar <input type="checkbox"/> Pek eskisi kadar değil <input type="checkbox"/> Yalnızca biraz eskisi kadar <input type="checkbox"/> Neredeyse hiç eskisi kadar değil
3.	<b>Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.</b>	<input type="checkbox"/> Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli <input type="checkbox"/> Evet, ama çok da şiddetli değil <input type="checkbox"/> Biraz, ama beni endişelendiriyor <input type="checkbox"/> Hayır, hiç öyle değil
4.	<b>Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.</b>	<input type="checkbox"/> Her zaman olduğu kadar <input type="checkbox"/> Şimdi pek o kadar değil <input type="checkbox"/> Şimdi kesinlikle o kadar değil <input type="checkbox"/> Artık hiç değil
5.	<b>Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.</b>	<input type="checkbox"/> Çoğu zaman <input type="checkbox"/> Birçok zaman <input type="checkbox"/> Zaman zaman, ama çok sık değil <input type="checkbox"/> Yalnızca bazen
6.	<b>Kendimi neşeli hissediyorum.</b>	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Sık değil

		<input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Çoğu zaman
7.	<b>Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.</b>	<input type="checkbox"/> Kesinlikle <input type="checkbox"/> Genellikle <input type="checkbox"/> Sık değil <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
8.	<b>Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.</b>	<input type="checkbox"/> Hemen hemen her zaman <input type="checkbox"/> Çok sık <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman

9.	<b>Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.</b>	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Oldukça sık <input type="checkbox"/> Çok sık
10.	<b>Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.</b>	<input type="checkbox"/> Kesinlikle <input type="checkbox"/> Gereği kadar özen göstermiyorum <input type="checkbox"/> Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum <input type="checkbox"/> Her zamanki kadar özen gösteriyorum
11.	<b>Kendimi hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.</b>	<input type="checkbox"/> Gerçekten de çok fazla <input type="checkbox"/> Oldukça fazla <input type="checkbox"/> Çok fazla değil <input type="checkbox"/> Hiç değil
12.	<b>Olacakları zevkle bekliyorum.</b>	<input type="checkbox"/> Her zaman olduğu kadar <input type="checkbox"/> Her zamankinden biraz daha az <input type="checkbox"/> Her zamankinden kesinlikle daha az <input type="checkbox"/> Hemen hemen hiç
13.	<b>Aniden panik duygusuna kapılıyorum.</b>	<input type="checkbox"/> Gerçekten de çok sık <input type="checkbox"/> Oldukça sık <input type="checkbox"/> Çok sık değil <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
14.	<b>İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.</b>	<input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Pek sık değil <input type="checkbox"/> Çok seyrek

## **EK-4. ETİK KURUL RAPORU**



**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU**  
**Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 2 Nolu Genel Sekreterliği**  
**Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği**  
**Klinik Araştırma Etik Kurulu**

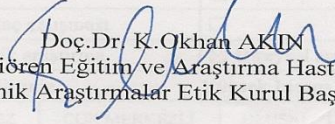
Sayı : B.10.4.İSM.4.06.68.49/

25.09.2013

Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Etik Kurul Kararı

**KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA  
ETİK KURULU**

“Gebelerde Görülen Psikolojik Semptomların Sosyodemografik ve Obstetrik Risk Faktörleri İle İlişkisi”adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe,amaç,yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından sağlık bakanlığına arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

  
Doç.Dr. K. Okhan AKIN  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul  
Pınarbaşı Mahallesi Sanatoryum Cad.  
Ardahan Sokak No:25 Keçiören / ANKARA  
Web: [www.akeah.gov.tr](http://www.akeah.gov.tr)

**EK-5. ÖLÇEK İZİN BELGESİ**

Kimden: **soaydemir@yahoo.com**  
Gönderme tarihi: 30 Aralık 2013 Pazartesi 18:29:51  
Kime: İlknur Demirhan ([ilknur0603@hotmail.com](mailto:ilknur0603@hotmail.com))

Merhaba İlknur Hanım,  
Hastane anksiyete ve depresyon ölçeğini çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.  
Çalışmalarınızda başarılar dilerim.  
Ömer Aydemir

---

**From:** İlknur Demirhan <ilknur0603@hotmail.com>  
**Date:** Mon, 30 Dec 2013 15:38:02 +0200  
**To:** soaydemir@yahoo.com<soaydemir@yahoo.com>  
**Subject:** FW: Ölçek izni

Merhaba Hocam,  
İsmim İlknur Demirhan. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans yapmaktayım. Tezimde 'Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği' ni kullanabilir miyim izninizle? Saygılarımla.

## **EK-6. ÖZGEÇMİŞ**



<b>KİŞİSEL BİLGİLER</b>	
<b>ADI SOYADI</b>	İlknur DEMİRHAN
<b>DOĞUM TARİHİ</b>	06.03.1988
<b>DOĞUM YERİ</b>	Ankara
<b>MEDENİ HALİ</b>	Bekar
<b>UYRUĞU</b>	T.C.
<b>ADRES</b>	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
<b>TEL</b>	(0312) 324 1555
<b>E-MAİL</b>	ilknurdemirhan88@hotmail.com
<b>EĞİTİM</b>	
<b>LİSE</b>	Kocatepe Mimar Kemal YDA Lisesi
<b>LİSANS</b>	Ufuk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu
<b>YABANCI DİL BİLGİSİ</b>	
<b>İNGİLİZCE</b>	YDS: 50 (2013) IELTS: 5.00 / 70 (2013)