

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ERKEN DOĞUM TEHDİDİ TANISI ALAN VE
ALMAYAN GEBELERDE DEPRESYON VE KAYGI
ORANLARININ İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Songül ŞEN

İSTANBUL, 2019

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ERKEN DOĞUM TEHDİDİ TANISI ALAN VE
ALMAYAN GEBELERDE DEPRESYON VE KAYGI
ORANLARININ İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Songül ŞEN

Öğrenci No:

165590019

Danışman:

Dr. Öğretim Üyesi Hüseyin EBADİ

İSTANBUL, 2019

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “ERKEN DOĞUM TEHDİDİ TANISI ALAN VE ALMAYAN GEBELERDE DEPRESYON VE KAYGI ORANLARININ İNCELENMESİ” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 14/06/2019

Songül ŞEN



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

14/06/2019

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 165590019 numaralı *Songül ŞEN*'in "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Erken Doğum Tehdidi Tanısı Alan Ve Almayan Gebelerde Depresyon Ve Kaygı Oranlarının İncelenmesi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 28/05/2019 tarih ve 2019/22 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince (5.) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında oyçokluğu/oybirliği ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

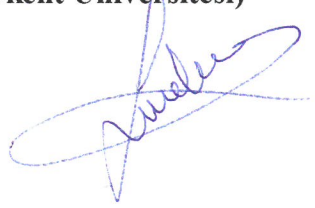
DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin EBADİ
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE
Prof. Dr. Orhan DOĞAN
(Üsküdar Üniversitesi)



ÜYE
Dr. Öğr. Üyesi Neslim GÜVENDEĞER DOKSAT
(Beykent Üniversitesi)



Adı ve Soyadı : Songül ŞEN
Danışmanı : Dr. Öğretim Üyesi Hüseyin EBADİ
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans 2019
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Gebe, Erken Doğum, Depresyon, Kaygı

ÖZ

ERKEN DOĞUM TEHDİDİ TANISI ALAN VE ALMAYAN GEBELERDE DEPRESYON VE KAYGI ORANLARININ İNCELENMESİ

Araştırma erken doğum tehdidi tanısı alan ve almayan gebelerin depresyon ve kaygı puanlarının tespit edilmesi amacıyla ilişkisel tarama modeli olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini İstanbul Zeynep Kamil Hastanesi'nde erken doğum tehdidi tanısı alarak tedavi gören 20-37 haftalık gebeler (Erken Doğum Tehdidi) ve kontrollerini Zeynep Kamil Hastanesi'nde yaptıran 20-37 haftalık sağlıklı gebeler (Kontrol Grubu) oluşturmaktadır. 19 Kasım 2018- 20 Mayıs 2019 tarihleri arasında hastaneye başvuran 100 erken doğum tehdidi tanısı alan ve 100 sağlıklı gebe üzerinden anket çalışması yürütülmüştür. Anket formu Sosyodemografik Bilgi Formu'ndan, Beck Depresyon Envanteri'nden ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği'nden oluşmaktadır. Ölçekler uluslararası çalışmalarda geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış sorulardan oluşmaktadır. Araştırmada veri analizi SPSS 22 paket programı ile yapılmıştır. Araştırma sonucunda erken doğum tehdidi tanısı alan gebelerin depresyon ve kaygı puanları erken doğum tehdidi tanısı almayan gebelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin erken doğum tehdidi tanısı almaları, depresyon ve kaygı puanlarını arttırmaktadır.

Name and Surname : Songül ŞEN
Thesis Advisor : Ass. P. Hüseyin EBADİ
Thesis Type and Date : Master, 2019
Study Field : Clinical Psychology
Key Words : Pregnancy, Premature Birth, Depression, Anxiety

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE DEPRESSION AND PURPOSE RATIOS IN PREGNANT AND WITHOUT EARLY BIRTH TRAUMA DIAGNOSIS

The study was planned as a relational screening model in order to determine the depression and anxiety perceptions of pregnant women who did not take premature birth threat. The population of the study consisted of 20-37 weeks pregnant women (Premature Birth Threat) and 20-37 weeks old healthy pregnant women (Control Group) who were diagnosed with birth threat in İstanbul Zeynep Kamil Hospital. A questionnaire study was conducted on 100 healthy pregnant women who were admitted to the hospital between 19 November 2018 and 20 May 2019. The questionnaire consists of Sociodemographic Information Form, Beck Depression Inventory and Hamilton Anxiety Rating Scale. The scales consist of questions that have proven validity and reliability in international studies. Data analysis was done by SPSS 22 package program. As a result of the research, it was determined that the pregnant women who had premature birth threat were more likely to have depression and anxiety perceptions than those who did not receive premature birth threats. Pregnancy threats of pregnant women increase the perception of depression and anxiety.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	v
KISALTMALAR LİSTESİ	vi
GİRİŞ	1
1. KURAMSAL ÇERÇEVE	4
1.1. Gebelik Kavramı	4
1.1.1. Gebelik	4
1.1.2. Gebelikte Fizyolojik, Psikolojik ve Sosyolojik Değişimler.....	6
1.1.2.1. İlk Trimester.....	8
1.1.2.2. İkinci Trimester.....	9
1.1.2.3. Üçüncü Trimester.....	11
1.2. Erken Doğum Kavramı	11
1.2.1. Erken Doğum Tanımı.....	12
1.2.2. Erken Doğumda Tanı	12
1.2.3. Erken Doğumun Etiyolojisi	14
1.2.3. Erken Doğumun Patofizyolojisi.....	16
1.2.4. Erken Doğumun Etkileri	17
1.2.5. Erken Doğumda Tedavi	18
1.3. Depresyon.....	23
1.3.1. Depresyon Kavramı	23
1.3.2. Depresyonun Görülme Nedenleri	24
1.3.3. Depresyonun Tanı Kriterleri	25
1.3.4. Depresyonla İlgili Kuramlar	26
1.3.4.1. Psikanalitik Kuram ve Depresyon.....	26
1.3.4.2. Davranışçı Kuram ve Depresyon	27
1.3.4.3. Bilişsel Kuram ve Depresyon	28
1.3.4.4. Varoluşçu Kuram ve Depresyon	29
1.3.5. Gebelikte Depresyon.....	30
1.4. Kaygı	31
1.4.1. Kaygı Kavramı	32

1.4.2. Kaygı Türleri.....	33
1.4.2.1. Durumluk Kaygı	33
1.4.2.2. Sürekli Kaygı	34
1.4.3. Gebelikte Kaygı	34
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
2.1. Araştırmanın Modeli	36
2.2. Evren ve Örneklem.....	36
2.3. Veri Toplama Aracı.....	37
2.3.1. Beck Depresyon Envanteri.....	37
2.3.2. Hamilton Anksiyete (Kaygı) Değerlendirme Ölçeği	37
2.4. Veri Analizi	37
3. BULGULAR.....	39
3.1. Demografik Özelliklere Yönelik Bulgular	39
3.2. Gebelik Durumuna Yönelik Bulgular	41
3.3. Depresyon Puanına Yönelik Bulgular.....	43
3.4. Kaygı Puanına Yönelik Bulgular	47
3.5. Gebelerde Kaygı ve Depresyon Arasındaki İlişki.....	53
4. TARTIŞMA	55
SONUÇ.....	63
ÖNERİLER	68
KAYNAKÇA	69
EKLER.....	76
Ek-1: Sosyo-Demografik Form	76
Ek-2: Beck Depresyon Envanteri (BDE)	78
Ek-3: Hamilton Anksiyete (Kaygı) Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)	81
ÖZGEÇMİŞ.....	83

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Erken Doğumda Risk Faktörleri	14
Tablo 2. Tokoliz Tedavi Sürecinde Yararlanılan Tokolitik Ajanlar	21
Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	39
Tablo 4. Demografik Özelliklerin Gruplara Göre Karşılaştırılması	40
Tablo 5. Gebelik Durumunun Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	41
Tablo 6. Gebe Olma Durumunun Gruplara Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 7. Depresyon Puanına Yönelik Tanımlayıcı İstatistikler	43
Tablo 8. Erken Doğum Tehdidi Konan ve Konmayan Gebelerin Depresyon Puanı	43
Tablo 9. Demografik Özelliklere Göre Depresyon Puanının İncelenmesi	44
Tablo 10. Gebelik Durumuna Göre Depresyon Puanının İncelenmesi	45
Tablo 11. Gebe Olma Durumuna Göre Depresyon Puanı.....	46
Tablo 12. Kaygı Puanına Yönelik Tanımlayıcı İstatistikler.....	48
Tablo 13. Erken Doğum Tehdidi Konan ve Konmayan Gebelerin Kaygı Puanı.....	48
Tablo 14. Demografik Özelliklere Göre Kaygı Puanının İncelenmesi	49
Tablo 15. Gebelik Durumuna Göre Kaygı Puanının İncelenmesi	50
Tablo 16. Gebe Olma Durumuna Göre Kaygı Puanı	52
Tablo 17. Gebelerin Kaygı ve Depresyon İlişkileri	54

KISALTMALAR LİSTESİ

BDE	Beck Depresyon Envanteri
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EDT	Erken Doğum Tehdidi
HADÖ	Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
KG	Kontrol Grubu
TDK	Türk Dil Kurumu

GİRİŞ

Erken doğum, bebeğin mortalite durumunu artıran önemli sebeplerden biri olarak değerlendirilmektedir. Erken doğuma bağlı olarak bebeklerde mortalite oranı artmakla beraber doğum ağırlığı arttıkça mortalite oranının düştüğü belirlenmiştir (Çoban vd, 2013, s. 13-14). Erken doğumun yenidoğan ölümleri üzerinde önemli bir risk faktörü olması, erken doğum tehdidi tanısı konan kadınların kaygı ve depresyon puanlarını arttırabilir.

Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi, problemleri, sayıtları, sınırlılıkları ve araştırmada kullanılan kavramlara ilişkin tanımlar bulunmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı erken doğum tehdidi tanısı konan ve konmayan gebelerin depresyon ve kaygı puanları arasındaki ilişkilerin tespit edilmesidir.

Araştırmanın Önemi

Hayatın dönüm noktalarından biri olarak gebelik, gelişimsel bir kriz olarak ifade edilmektedir. Kadının gebelik sürecinde kendisini anne olarak temsil edebilmesi ve fetüsle olan ilişkisini sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesinde ruhsal olarak iyilik halinin yüksek olması önemlidir. Bununla beraber gebelerin ruhsal iyilik hallerini olumsuz yönde etkileyen ve gebelik sürecinin seyrini önemli şekilde değiştiren en önemli olgulardan biri erken doğum tehdididir. Erken doğum tehdidi, bebeğin süresi dolmadan dünyaya gelme durumu olarak görülmektedir. Erken doğum tehdidi tanısı konan kadın, bebeği ve kendisi için olumsuz düşünceler içinde olabilir. Bu durum annenin depresyon ve kaygı puanlarını yükseltebilir. Gebelerde depresyon ve kaygı, gebeliğin gelişimsel seyrini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin depresyon ve kaygı puanlarının tespit edilmesi ve bu yönde gerekli tedbirlerin alınması adına belirlenecek olan stratejiler açısından önemlidir.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

H₁: Erken doğum tehdidi tanısı konan ve konmayan gebelerin demografik özellikleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

H₂: Erken doğum tehdidi tanısı konan ve konmayan gebelerin gebelikle ilgili özellikleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

H₃: Erken doğum tehdidi tanısı konan ve konmayan gebelerin depresyon puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

H₄: Erken doğum tehdidi tanısı konan ve konmayan gebelerin kaygı puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

Araştırmanın Sayıltıları

Araştırmada yer alan örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

Araştırmada yer alan katılımcıların verilerini toplamak için kullanılan “Sosyodemografik Bilgi Formu”nun katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, “Beck Depresyon Envanteri (BDE)” nin katılımcıların depresyon düzeylerini, “Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)” nin katılımcıların anksiyete düzeylerini doğru bir şekilde ölçtüğü varsayılmıştır.

1. Araştırma örnekleminde yer alan katılımcıların “Sosyodemografik Bilgi Formu”, “(BDE)”, “ (HADÖ)” nde yer alan soruları dürüst ve gerçek durumlarını gösterecek şekilde yanıt verdikleri varsayılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmaya İstanbul Zeynep Kamil Hastanesi’nde erken doğum tehdidi tanısı olarak tedavi gören 20-37 haftalık gebeler (EDT-Erken Doğum Tehdidi) ve kontrollerini Zeynep Kamil Hastanesi’nde yaptıran 20-37 haftalık sağlıklı gebeler (KG-Kontrol Grubu) katılmıştır.

2. 19 Kasım 2018- 20 Mayıs 2019 tarihleri arasında hastaneye başvuran 100 erken doğum tehdidi tanısı konan ve 100 sağlıklı gebe ile sınırlıdır.
3. Araştırmaya tek fetüse sahip gebeler dahil edilmiştir.
4. Araştırma “Sosyodemografik Bilgi Formu”, “(BDE)”, “ (HADÖ)” nde yer alan sorular ile sınırlıdır.

Tanımlar

Erken Doğum: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından erken doğum, yenidoğanın kaç kilo olduğu fark etmeksizin, gebelik sürecinin 37. Haftasından önce doğumun gerçekleşmesi durumu olarak tanımlanmıştır (Blencowe vd, 2013, s. 2).

Depresyon: Boşluk hissi, kaygı, evde kapalı kalma isteği, kaba motor hareketlerinde yavaşlama, iştahsızlık ve yorgunluk gibi durumlarla kendini açığa çıkarmaktadır. Karar alamama ve yaşamdan zevk almamaya başlama gibi durumlar kendini göstermektedir (Tutarel-Kışlak ve Göztepe, 2017, s. 27).

Kaygı: Yapısal açıdan hissedilen veya algılanan tehdide yönelik hazır olma sırasında hissedilen kuvvetsizlik duygusunun, duygusal durumu şeklinde ifade edilmektedir (Koç, 2004, s. 45).

1. KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Gebelik Kavramı

Gebelik süreci kadınlar açısından bir o kadar zor, bir o kadar karmaşık ve bir o kadar güzel bir süreçtir. Gebelik sürecinde kadınlar ve onların yakınları farklı bir deneyim yaşamakta ve gittikçe hayatları farklılaşmaktadır. Bu sürecin anlaşılması adına bu bölümde gebelik ile gebelik sürecinde ortaya çıkan değişimler açıklanacaktır.

1.1.1. Gebelik

Gebelik genel olarak pozitif duyguların hakim olduğu fizyolojik bir olay olarak değerlendirilmektedir. Kadınların yaşamları gebelik sürecinde oldukça farklılaşmaktadır. Kadınlar açısından gebelik yapısal olarak krizlerden biri olmakla birlikte çift olmaktan aile olmaya bir geçiş ile bir fiziksel durumdan diğer bir fiziksel duruma geçiş dönemidir. Kadınlar açısından önemli değişiklikler olduğu gibi erkekler açısından da önemli değişikliklerin olduğu bir dönemi ifade etmektedir (Arslan vd, 2011, s. 80).

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde gebelik, döllenme ile doğum süreci arasındaki süreç ve gebe olma hali olarak ifade edilmektedir (TDK, 2018, s. 1). Gebelik, yumurtalıklardan atılmış olan yumurtanın erkenden gelmiş olan spermle döllenmesi neticesinde ortaya çıkan embriyonun zaman içerisinde gelişmesiyle birlikte anne adayında açığa çıkan tüm değişimleri içeren sürece denilmektedir. Bu süreç kapsamında 10. Haftaya kadar olan süre içinde rahimdeki bebeğe embriyo adı verilmekteyken bu haftadan sonra ve doğuma kadar olan süreç içerisinde bebeğe fetus adı verilmektedir. Bu bağlamda ilk 10. haftaya kadar olan dönem embriyonik dönem, bunu takip eden dönem ise fetal dönem olarak adlandırılmaktadır (Ergün, 2017, s. 185). Gebelik süreci kapsamında anne adayının geçirmiş olduğu bu değişimler sadece iç genital bölgede sınırlı olmayıp, iskelet-kas sistemi, tüm gastrointestinal sistem, endokrin sistemi, üriner sistem, periferik sinir sistemi, kardiovasküler sistem, meme ile süt kanalları, hemodinamik yapı, solunum sistemi gibi yapıları etkilemektedir.

Gebelik süreci kapsamında kadınlar bağımsız olmaktan uzaklaşmakta ve başka bir canlı açısından hayat boyu süreceklerini düşündükleri bir kaygı hissine kapılmaktadırlar. Bu değişim ve kaygı hali bir paradigma değişimi biçiminde ele alınabilmektedir. Değişim, yenidoğanın önemli bir parça olarak ele alındığı, farklı öğeler ile unsurlar ilgili sorunları çözme yeteneklerinin yeniden değerlendirilmesi gerektiği bir süreç haline dönüşmesi gerekmektedir. Kadınlar gebelik süreci kapsamında önem verdikleri unsurlarla ilgili yeniden bir değerlendirme yapmakta, geçmişte yönelmiş olduklarından vazgeçerek yeni yollara yönelmeye başlamaktadır. Ortaya çıkan bu değişim ve gelişimsel büyüme süreçleri gebelik tecrübesi esnasında genel olarak yüzleşilen gelişimle ilgili görevleri yapmayı gerekli kılmaktadır (Coşkun, 2016, s. 29-30).

Gelişimle ilgili görev ve sorumluluklar, kişinin hayatının belli bir sürecinde ya da sonrasında açığa çıkan görev ve sorumlulukları ifade etmektedir. Söz konusu görevlerin yerine getirilmesiyle ilgili başarısızlık yaşandığında zorluklar, çevresel baskı ve uyum eksikliği ile yüzleşilirken, başarı sağlandığında ise denge sağlama, ileriki görevlerde başarı ihtimalinin artması ve uyum sağlama gibi öğeler sağlanmaktadır. Kadınlarda gebelik durumunun olduğunun düşünülmesine sebep olan unsurlar şunlardır (Güler, 2008, s. 21):

- Adette gecikme durumu
- Kusma ile bulantı
- Yorgunluk
- Ağızda tat değişikliği
- Karında şişkinlik
- Memelerde hassasiyet ve dolgunluk
- Sık idrara çıkmadır.

Gebelik süreci kapsamında kadının bedeninde anatomik gelişme, büyüme olmakla birlikte fetüsün büyümesi ve gelişmesini sağlamak adına fizyolojik açıdan bir değişim gerekli olmaktadır. Gelişimsel bir büyümenin ortaya çıktığı bu süreç, kaygı ve stresin ortaya çıktığı bir dönem de olmaktadır (Gümüş vd, 2011, s. 8). Söz

konusu süreç kapsamında kadın; iş hayatı, iktisadi durum, bakıma erişme, gibi konulara strese yönelik duyarlı ruhsal açıdan hassas bir yapıda olmaktadır.

Kadınlarda çocuk sahibi olabilmek açısından en uygun yaş aralığının 18 ile 25 yaş aralığı olduğu ifade edilmektedir. Söz konusu dönemin başında kadın, bedeniyle ilgili gelişimi tamamlamakta ve bu bakımdan bebek sahibi olabilmek adına uygun hale gelmektedir. Bununla birlikte 30 yaşının ardından gebe kalınması ile ilgili bazı sorunlar artış göstermekteyken 35 yaşın ardından bu sorunlar daha da artış göstermektedir. Gebeliğin olabildiğince erken tespit edilmesi, gebelikle ilgili izlenimlerin artması açısından önemli olacaktır (Güler, 2008, s. 22).

Gebelik kırk haftalık bir süreci kapsamakla birlikte üç trimester altında ele alınmaktadır. Bu trimester dönemlerin süreleri şu şekilde ifade edilebilecektir (Coşkun, 2016, s. 6):

- İlk trimester: Fetal sürecin başladığı ilk 12 haftalık süredir.
- İkinci trimester: 13 ile 27. Haftaları kapsayan dönemi ifade etmektedir.
- Üçüncü trimester: 28. Haftadan doğuma kadar olan süreyi ifade etmektedir.

1.1.2. Gebelikte Fizyolojik, Psikolojik ve Sosyolojik Değişimler

Kadınlar gebelik sürecinde fizyolojik, biyokimyasal değişimler yaşamakla birlikte psikososyal değişimler de yaşamak durumunda kalmaktadır. Gebelik dönemiyle birlikte giderek artan progesteron ve östrojen hormonları kadının tüm bedenine etki etmekte ve kadın bedeni buna yönelik olarak birtakım uyum mekanizmaları geliştirmektedir. Başta gebe kadınların üreme organları kapsamında önemli değişiklikler açığa çıkmaktadır. Gebelik sürecinin ilk dönemleri kapsamında östrojenin etkisiyle birlikte uterusun hacim, derinlik, genişlik ve boyutunda bir artış söz konusu olmaktadır (Ergün, 2017, s. 186).

Kadınlarda konsepsiyon sonrasında memelerde değişim yaşanmaya başlamaktadır. Özellikle progesteron ve östrojenle birlikte Montgomeri tuberküllerinde genişleme, pigmentasyonun artmasıyla beraber areolada koyulaşma

ile meme uçlarının daha belirgin hale gelmesi benzeri değişiklikler söz konusu olmaktadır. Hormonların artması ve serviks dokusu vaskülarizasyonu ile beraber fetüsün doğuma uygun olacak biçimde yumuşaması ve esnemesi söz konusu olmaktadır. Progesteronun tesiriyle birlikte vajinal akıntı katılarak servikal osun kapanmasını mümkün kılarak, fetüsün bakteriyel enfeksiyonlardan korunmasını sağlamaktadır (Witten vd, 2018, s. 125).

Gebelik sürecinde fizyolojik uyum en fazla hemodinamik ve kardiovasküler sistem kapsamında ortaya çıkmaktadır. Hemodinamik değişimlerle beraber sistemik vasküler rezistansta ve kan volümünde artış, kan basıncında düşüş ve kardiyak output ile plazmada artış gözlemlenmektedir. Düzgün bir gebelik sürecinde kan basıncında düşme söz konusu olurken damarlarda vazodilatasyonda artış olmaktadır (Lopes van Balen vd, 2017, s. 706). Gebeliğin 1. haftasıyla beraber kan hacmi ve plazmada artış ortaya çıkmakta ve üçüncü trimesterde maksimum seviyeye çıkmaktadır. Gebelik sürecinde plazma %45,6 oranında artış göstermektedir (De Haas vd, 2017, s. 177). Sinir sistemi ve serebral işlevlerin gebelik sürecindeki fizyolojik uyumu diğer sistemlere kıyasla daha uyumlu olmaktadır. Sinir sistemi kapsamında en iyi uyum sergileyen bu sistem vazodilatatif etmenlerin etkilerini yok etmektedir. Gebelik sürecinde sinir sistemi sitokinleri, steroidler, kemokinler ile büyüme faktörleri gibi hormonları salgılamaktadır. Söz konusu hormonlar ise overler, uterus ile plasentaya etki etmektedir (Johnson ve Cipolla, 2015, s. 139).

Gebelik sürecinden yalnızca anne etkilenmemekte tüm aile fertleri bu süreçten bir şekilde etkilenmektedir. Kadın gebelik dönemi kapsamında beden değişiminde ortaya çıkan farklılıklara adapte olmaya çalışırken ailesel ilişkilerini de düzenlemeye çalışmaktadır. Gebeliğe yönelik duygusal ve ruhsal tepkiler kültürel ve sosyal boyutlardan etkilenmekle birlikte her kadının gebeliğe adapte olmaya yönelik bazı ortak süreçlerinin olduğu ifade edilebilir.

İstenmeyen ve planlanmayan bir gebelik sürecinin ortaya çıkması kadında çatışma duyguları ile korkunun oluşmasına neden olabilmekte ve bu durum kadının sürece adapte olabilmemesini zorlaştırabilmektedir. Özellikle arzu edilmeyen ve planlanmayan bir gebeliği sürdürmek durumunda kalan bir kadın kaygı, depresyon

gibi duygusal durum bozuklukları yaşayabilmektedir (Yücel, Çayır ve Yücel, 2013, s. 84).

1.1.2.1. İlk Trimester

Kadın ilk olarak ilk trimester kapsamında menstruasyonun bitmesi ve gebelik testinin pozitif olarak çıkmasıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bununla birlikte bu süreç kapsamında kadınlar genel olarak ultrasonla birlikte gebelik kesesini görmeden gebelik sürecine inanmamaktadır (Gümüş ve diğerleri, 2011, s. 8). Bu sebepten dolayı, kadın bu evre kapsamında durmaksızın kendindeki değişiklikleri takip ederek süreci kabullenmeye çalışmaktadır (Yücel, Çayır ve Yücel, 2013, s. 84).

Gebeliğin kabulünden önce kadınların büyük bölümünde ambivalans duygular açığa çıkmaktadır. Söz konusu duyguların sebepleri, kariyer planları, gebeliğin yanlış zamanda olduğunun düşünülmesi, annelik rolünün benimsenmesiyle ilgili korkular, duygusal problemlerin var olması, gebenin kendi annesiyle yaşamakta olduğu duygusal problemler, hayatın yeniden düzenlenmesiyle ilgili olarak yaşanan endişeler olabilmektedir (Lederman ve Weis, 2009, s. 14). İlk trimester dönem kapsamında gebe, bebek yerine kendine odaklanmaktadır. Bu bağlamda gebe anne olmanın hayatında sebep olacağı değişiklikler üzerinde durmayı tercih etmektedir. Gebe bu duruma uyum sağlamaya çalışmaktadır (Lazoğlu, 2014, s. 8).

Kadın ilk trimester dönemde kusma, yorgunluk benzeri fiziksel değişimlerle karşılaşmakta ve bu durumda bebekten çok kendine odaklanmaktadır. Kusma, mide bulantısı, yorgunluk benzeri durumlarla birlikte ambivalans duyguların beraber gözlemlenmesi kadının fizyolojik ve psikolojik stres yaşamasına neden olmaktadır. Var olan bu değişikliklere rağmen bebek gerçekten varmış gibi algılanmamaktadır (Dağlı, 2017, s. 16).

Kadınlar ilk trimester dönemde ilk olarak gebeliği kabullenmek durumundadır. Kadınların gebeliği kabullenebilmesi pek çok etmenden etkilenebilmektedir. Özellikle gebelik sürecini korkuyla karşılayan ve gebeliği

planlamayan kadınların gebeliğe adaptasyonu sorunlu olabilmektedir. Gebeliği arzu etmeyen kadınlarda, gebeliğin sebep olduğu fiziksel rahatsızlıklar, sürecin olumsuz olarak algılanmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte kadınların gebeliği kabullenmesiyle birlikte doyum ve memnuniyet duygusu açığa çıkmaya başlamaktadır. Gebeliğin kabullenilmesi sürecinde kadının yaşı da etkili olmaktadır. Özellikle 35 yaş üstü kadınların genel olarak sorunları çözebilme kabiliyetleri gelişmiş olduğu için genç kadınlara kıyasla gebeliği kabullenme süreçleri daha kolay olabilmektedir. Kadınlarda genel olarak ilk trimester kapsamında gebeliğin reddedilmesi yaygın olarak rastlanmakta ve kadının bu süreci kabul etmesiyle bu durum ortadan kalkmaktadır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014, s. 205).

İlk trimester kapsamında en fazla rastlanan fiziksel semptomlar yorgunluk, bulantı, sık idrara çıkma, kusma ile düşük tehdididir (Yücel, Çayır ve Yücel, 2013, s. 84). Bulantı, yorgunluk ve kusma gebeliğin erken döneminde en fazla rastlanan semptomlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu semptomlarla kadınların %70'inden fazlası karşılaşmaktadır (Lee ve Saha, 2011, s. 1). Türkiye'de yapılan bir araştırmada ilk trimesterdeki kadınların %60,6'sının şiddetli seviyede kusma ve bulantı yaşadıkları ortaya konulmuştur (Timur ve Kızılırmak, 2011, s. 281). Gebeliğin ilk dönemlerinde bulantı ve kusma kadınların iş ve sosyal yaşamlarını oldukça etkileyebilmektedir. Bu bakımdan kusma, yorgunluk ve bulantının kadınların yaşam kalitesini negatif yönde etkilediğini ifade etmek mümkündür. Kadınlar ilk trimester dönemde kendilerini hasta olarak algılamaktadır.

1.1.2.2. İkinci Trimester

İlk trimestere kıyasla ikinci trimesterde süreç kadınlar açısından daha rahat ve problemsiz sürmektedir. Bu süreç kapsamında düşük tehdidi azalmakta, bulantılar genel olarak geçmektedir. Bununla birlikte ikinci trimesterde kadın gebelik sürecini kabullenmektedir. Özellikle ikinci trimester dönemde kadınların gebeliği gerçek olarak algılanmasına neden olan değişiklikler yaşanmaktadır. Abdomenin büyümesi, uterusun palpasyonu, kilo artışı, memedeki değişiklikler ikinci trimester dönemde ortaya çıkan fizyolojik değişimlerdir (Akpınar, 2018, s. 5). Kadınlar gebe imajını hem kendi hem de ailesi açısından pozitif olarak

algılamakta ve bu açıdan süreç kapsamında ortaya çıkan değişiklikleri pozitif olarak algılamaktadır. Kimi kadınların ise süreçle ilgili uyum göstermekte zorlandıkları gözlemlenmektedir. Bu kadınlar ortaya çıkan değişiklikleri beden imgesinin bozulması gibi algılayabilmektedir (Taşkın, 2017, s. 14).

Kadınlar bebeklerinin hareketini ilk hissettiğinde çok özel bir tecrübe yaşamaktadır. Bununla birlikte bebeklerinin ultrasondaki görüntüsüyle birlikte kalp atışını duyduklarında yaşamış oldukları deneyim onlara çok büyük bir mutluluk vermektedir. İkinci trimesterde ilk trimesterdeki problemlerin azalmış olması ve annenin fetüsü kabul etmesiyle birlikte kadın kendi yerine bebeğe odaklanmaya başlamaktadır. İkinci trimesterde annenin bebek güvenliği için çevre oluşturma, fetüsün bir birey olarak ele alınması ve anne ile bebek bağlanması konularıyla ilgili olarak eğitimler alması yerinde olacaktır. Kadınların ikinci trimesterde fetüsün korunması ile beslenmesi konularıyla ilgili bilgi düzeyleri ile ilgili endişeleri artış göstermektedir. Söz konusu endişelerin ise kadınlarda şu öğeleri ortaya çıkardığı gözlemlenmektedir (Doğan, 2018, s. 13):

- Narsisizm: İkinci trimester dönemde uygun kıyafetler seçmeye ve doğru besinleri tüketmeye normal durumlardan daha fazla önem vermektedir. Kadın bu süreç kapsamında kendini her şeyden önemli görmektedir.
- İntroversiyon (içe yönelme): Kadının sadece bebeğine ve gebeliğine odaklanması sebebiyle çevrede yaşanan olayların daha az farkında olmasını ifade etmektedir. Kadının içine yönelmesi hali bazı hallerde eşine yeterince ilgi gösterememesine sebep olmaktadır. Ortaya çıkan bu durum bazı durumlarda bazı problemlerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.

İkinci trimester dönemde kadınların doğmamış bebeklerinin cinsiyeti, görünümü, aile üzerindeki etkisi, davranışları gibi öğelerle ilgili bazı hayalleri bulunmaktadır. Fakat bu hayallerin gebelik riskli gebelik veya gebelik sürecinin ilerlemesiyle birlikte değişmesi söz konusu olabilmektedir. İkinci trimester

dönemin sonunda gebelik sürecine adapte olan anneler, bebeklerine bağlanmakta ve doğuma yönelik olarak kendilerini hazır olarak hissetmeye başlamaktadır.

1.1.2.3. Üçüncü Trimester

Üçüncü trimester süreç kadınların bebeklerinin doğumuyla ilgili kaygı yaşadıkları bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu süreç içerisinde karın bölgesi dışa çıkık ve oldukça belirgin olması sebebiyle kadınlar bu dönemde diğer bireyler tarafından hoş karşılanmaktadır. Üçüncü trimester dönem, gebelikle ilgili olarak bazı fizyolojik sorunların yeniden kendini gösterdiği bir dönem olmaktadır. Fetüsün oldukça büyümesi sebebiyle ödem, varis ve mide yanması gibi problemler açığa çıkmaktadır. Kadınlar bu dönem sonunda doğum yapacaklarıyla ilgili olarak kendilerini ikna sürecine geçmektedir (Doğan, 2018, s. 14).

Üçüncü trimester süreç kapsamında kadın bebeğinin doğumu sırasında yaşanacaklar, sağlığı ile ilgili olarak çeşitli endişelere sahip olmaktadır. Bebeğin ölme veya zarar görme ihtimali, doğumun ne biçimde gerçekleşeceği, sürecin gidiş biçimiyle ilgili çeşitli meraklara sahip olunmaktadır. İfade edilen bu sebepler, bu süreç kapsamında kadınların aile fertlerinden ve sağlık uzmanlarından destek almalarını gerekli kılmaktadır (Serçekuş ve Mete, 2010, s. 1001). Bununla birlikte üçüncü trimesterde kadınlardaki duygu karışıklığı yeniden açığa çıkmaktadır. Bu süreç kapsamında kadınlar bebeğin doğmasıyla birlikte artacak sorumluluklarından korkarak gebeliğin devam etmesini arzularken bir yandan da bu dönemde ortaya çıkan fiziksel rahatsızlıklardan yakınmaktadırlar (Akpınar, 2018, s. 5).

Üçüncü trimesterde kadınlara verilebilecek olan annelik rolüne hazırlanma, doğuma hazırlanma, lohusalık dönemi ve bebek bakımı ile ilgili eğitimler kadınların bilgisizlikleri, deneyimsizlikleri sahip oldukları kaygıların azaltılması açısından yardımcı olacaktır.

1.2. Erken Doğum Kavramı

Araştırmanın bu bölümünde erken doğum kavramı ile ilgili genel bilgilere yer verilmiştir.

1.2.1. Erken Doğum Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından erken doğum, yenidoğanın kaç kilo olduğu fark etmeksizin, gebelik sürecinin 37. Haftasından önce doğumun gerçekleşmesi durumu olarak tanımlanmıştır (Blencowe vd, 2013, s. 2). Bununla birlikte preterm eylemse 20 ile 37 hafta arasındaki gebeliğin 10 dakikada 2 kontraksiyon ya da 30 dakikada 3 ile 4 kontraksiyon ile en düşük 30 saniye devam eden uterin kontraksiyonlarıyla beraber dilatasyon ya da servikal efasmanın olması durumunu ifade etmektedir (Örüklü, 2013, s. 3).

Avrupa ve farklı gelişmiş ülkeler kapsamında erken doğum %5 ile %9 arasında görüldüğü ifade edilmekteyken, Amerika'da bu oranın %12 ile %13 civarlarında olduğu ifade edilmektedir. Türkiye'de preterm süreçle ilgili prevalans çalışması sayısı sınırlıdır. Bununla birlikte Konya'da 300 gebe üzerinde yapılan bir çalışma kapsamında erken doğum prevalansı'nın %17,3 olduğu belirlenmiştir (Örüklü, 2013, s. 3).

1.2.2. Erken Doğumda Tanı

Tekrarlanmakta olan uterin kontraksiyonlarla beraber dilatasyon ve servikal efasmanda değişikliğin ortaya çıkması halinde tanı konmaktadır. Ultrasonografi ile serviksin değerlendirilmesi erken doğum ve servikal uzunluk incelemesinde non-invaziv ve nesnel bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Ultrasonografi servikal biometri ile ilgili olarak bilgi sağlamaktayken bununla birlikte membranların herniasyonu, internal os'un durumuyla beraber uterin kontraksiyonlar, servikal dilatasyon ve fundal basının olması halinde serviksin ortaya koyduğu cevaplarla ilgili de önem arz eden bilgiler sağlamaktadır. Erken doğum tanısı açısından yararlanılan kriterler şu şekilde ifade edilebilir (Örüklü, 2013, s. 3):

- 20. Hafta gebeliğin sonrasında 37. Hafta bitmeden kontraksiyonların başlamış olması,
- Kontraksiyonların düzenli bir şekilde artması
- Efasmanın %80'den fazla olması, servikal açıklığın 2 cm'den fazla olması, servikal değişimlerden en az birinin olmasıdır.

Erken doğumun tanısının konulmasında bazı klinik göstergelerden yararlanılmaktadır. Bu klinik göstergelerin şu şekilde ifade edilmesi mümkündür (Fırat, 2005, s. 13-15):

1. Servikal Değişiklik: 34. Gestasyonel hafta öncesinde servikal efasmanı olan gebelerin %25'i erken doğum yapmaktadır. Servikal kriterler açısından önem arz eden etmen internal os'un açıklığıdır. Servikal sonografi, dijital değerlendirmeye kıyasla daha belirgin bulunmaktadır. Servix uzunluğunun 30 mm'nin altında olması durumunda erken doğum olayının tespit edilmesinde olumlu değeri %65'tir. Bununla birlikte servix uzunluğunun 39 mm'nin altında olmasının erken doğum riskini 4 kat artırdığı belirtilmektedir. Buna göre şu servikal değişiklikler kapsamında erken doğum riski;
 - 18-28 haftalarda servikal uzunluk ≤ 25 mm ise: ≤ 35 hafta doğum riski 6,5 kat, ≥ 35 hafta ise doğum riski 7,7 kat olmaktadır.
 - 35 haftadan önce erken doğum olma riski: 24. Haftada Servikal uzunluk ise ≤ 25 mm ise %31, 26-35 mm ise %16, ≥ 36 mm ise %8 olmaktadır.
2. Uterus Kontraksiyonları: Uterusla ilgili olarak iki tip kontraktıl aktivitenin olduğu ifade edilmektedir. Bunlardan ilki, düşük amplitüdü, yüksek frekanstır. İkincisi ise üst düzey amplitüdü, daha uzun aralıklarla ortaya çıkan dalga formlardır. Bu türdeki dalgalanmanın frekansı yaş ile birlikte artış göstermektedir. Braxton Hicks kontraksiyonlarının ayırıcı tanı kapsamında kullanılması gerekmektedir. İfade edilen kontraksiyonların niteliği ağrısız, irreguler olmaları ve amplitüdlarının 10 ile 15 mmHg arasında farklılık göstermeleridir. Erken doğuma neden olmazlar.
3. Vajinal Kanama: Erken doğum öncesinde vajinal kanama ve düşük doğum ağırlığı yaygın olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak yürütülen bir çalışmada birinci trimester dönemde kanaması olan gebelerde erken doğum riskinin iki kat yükseldiği ortaya konulmuştur. Bununla birlikte bu çalışma kapsamında vajinal

kanamanın doğum bakımından göreceli olarak düşük hassasiyette ancak yüksek pozitif prediktif değere sahip olduğu ortaya konulmuştur.

4. Fetal davranışlarındaki değişiklikler: Fetal solunum hareketlerinin gebelikle ilgili prognozun tespit edilmesinde önem arz ettiği ifade edilmektedir. Fetal solunum hareketleri gebelerin %92'sinde 7 günden fazla sürmüştür. Fetal solunum hareketleri belirlenemeyen gebelerin %76,8'inde ise gebelik 48 saatlik süre içinde neticelenmiştir.

1.2.3. Erken Doğumun Etiyolojisi

Erken doğum sürecinin oluşmasına sebep olan etmenler içerisinde servikal kısalık, rastlantısal olarak erken başlayan uterin kontraksiyonlar, gebeliğe komplike olan medikal problemler, erken membran rüptürü ile ilişkili olan koryoamniyonit gibi sebepler bulunmaktadır (Er, 2012, s. 3-8). Tablo 1'de erken doğumdaki risk faktörleri gösterilmiştir.

Tablo 1. Erken Doğumda Risk Faktörleri

Obstetrik Problemler	Servikal Yetmezlik veya Serviks Anomalisi Çoğul Gebelik Polihidroamnios Uterin Anomaliler
Enflamasyon	Üriner Enfeksiyonlar Akut İntraabdominal ya da Sistemik Enflamasyon Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
Desidual Kanama	Alkol/ Sigara/ Madde Kullanımı Vajinal Kanama Ablasyo Plasenta
Diğer Faktörler	Çalışılan İş ve Çalışılan Süre Yaş Yetersiz Antenatal Bakım Stres Önceki Doğum Öyküsü Kötü Sosyoekonomik Düzey Dengesiz ve Yetersiz Beslenme

Kaynak: Er, 2012, s. 3-8; Örüklü, 2013, s. 4-6.

Tablo 1’de görüldüğü gibi erken doğumda risk faktörleri obstetrik problemler, enflamasyon, desidual kanama ve diğer faktörler olarak ayrılmaktadır. Gebelerin erken doğumla ilgili olarak bilinçlendirilmesi açısından bu risk faktörlerinin gebelere ifade edilmesi yarar sağlayabilecektir. Bu sayede erken doğum riskinin azaltılabilmesi mümkün olacaktır.

Erken doğumun başlamasında birçok faktörün etkili olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte erken doğumun sistemsel olarak oluşmasında ise bazı enzimler ve yapısal olguların etkili olduğu ifade edilmektedir. Bu olgular şu şekilde sıralanabilir (Fırat, 2005, s. 7):

- a) Oksitosin: Uterus kasılmalarının ortaya çıkmasına neden olduğu ifade edilmektedir. Bununla birlikte fetus ve anneden kaynaklanan oksitosin, plasental kaynaklı oksitokinaz enzimiyle birlikte nötralize edilebilmektedir.
- b) Prostaglandinler: Pek çok hormon açısından myometrial membran reseptörleri olarak etkili olurlar. Çoğul gebelik halinde intrauterin ve hidroamnios enfeksiyon prostaglandin yapılışının artmasına sebep olarak myometrial kasılmaların oluşmasına sebep olmaktadır.
- c) Progesteron: Hücre içi kalsiyum iyonunun hapsetmesine neden olarak uyarının diğer komşu hücrelere yayılmasına ve myometrium kasılmalarına engel olmaktadır. Bununla birlikte adrenerjik β reseptörlerini de denetlemektedir.
- d) Anoksi: Fetüste stres meydana getirerek katekolamin ve ACTH salgılanmasına neden olarak doğum ağrılarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.
- e) Serum Magnezyum Seviyesinin Düşük Olması: Bu düzeyin düşük olması, adenilatsiklaz inhibisyonuna ve bu sayede sitoplazmik kalsiyum seviyelerinin yükselmesine sebep olarak uterin irritabilite uğramasına sebep olmaktadır. Doğum açısından 1,4 mg/dl’den az magnezyum seviyelerin preterm doğum açısından bir bulgu olduğu iddia edilmektedir.

1.2.3. Erken Doğumun Patofizyolojisi

Erken doğum genel olarak birçok faktörlü etiyolojisi olan bir durum olarak ele alınmaktadır. Bu sürecin ortaya çıkmasına genel olarak prostaglandinlerin salınmasını fazlalaştıran veya uterin irritabiliteyi artıran etmenler sebep olmaktadır (Fırat, 2005, s. 7). Bu yönden değerlendirildiğinde medikal, sosyo-demografik faktörler ve obstetrik etmenlerin kombinasyonunun uterin kontraksiyonların başlamasına neden olduğunu ifade etmek mümkün olabilecektir. Kimi gebeler açısından yalnızca bir risk faktörü erken doğumun başlamasına sebep olurken, kimi gebelerde birkaç tane risk faktörünün birlikte görülmesi gerekmektedir (Öröklü, 2012, s. 5).

Uterin/fetal membranların travmaya uğraması halinde veya myometrial gerginlik benzeri fiziksel stresörlerin olması durumunda lizozomlardan fosfolipaz A2 salınmakta ve yükselen progstaglandin sentezi myometrium kasılmasını uyarmaktadır. Abdominal travma, erken membran rüptürü, uterusun aşırı gerilmesine neden olan çoğul gebelikler, uterin anomaliler ile polihidroamniosa bağlı sebeplerle erken doğum ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte plasental veya uterin kan akımını azaltan haller de erken doğumun tetiklenmesine sebep olabilmektedir. Söz konusu durumlardan bazıları; denetim altına alınamayan diyabet, preeklampsi, plasenta previa ve kalp hastalığıdır. Sigara içme, kötü beslenme ve yasa dışı ilaçların kullanılması durumu da erken doğum gelişiminin uyarılmasına sebep olan etmenlerden bazıları olarak karşımıza çıkmaktadır (Er, 2012, s. 8-10; Kouchky vd, 2009, s. 17-18).

İfade edilen etmenlerle birlikte duygusal stresin de uterusu ve plasental işlevleri negatif etkileyen katekolaminlerin salınımını etkileyerek, prostaglandin sentezine ve plasental işlevlerde azalmaya sebep olduğu ifade edilmektedir. Erken doğumun ortaya çıkması kapsamında farklı bir diğer faktör ise bakteriyel endotoksinlerin interleukini uyarılmasıyla birlikte direkt veya dolaylı bir biçimde prostaglandin salınımına neden olmasıdır. Bu açıdan vajinal, fetal veya uterin ile üriner sistem enfeksiyonları da erken doğum sebebi olabilmektedir (Kouchky vd, 2009, s. 14).

1.2.4. Erken Doğumun Etkileri

Erken doğumda yenidoğanlar, genel olarak üst düzey risk altında ele alınmalarına rağmen, kısa ve uzun vadede mortalite ve morbidite riskiyle karşı karşıyadırlar. Bununla birlikte beslenme problemleri, hipotermi, solunum problemleri, sarılık gibi sebeplerden dolayı hastaneye yatış oranlarının erken doğan bebeklerde daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Bu durum erken doğumla dünyaya gelen bebeklerin sebep olduğu maliyetlerin zamanında doğan bebeklere kıyasla daha fazla olduğu ifade edilmektedir (Öröklü, 2018, s. 6).

Erken doğum, yenidoğanların ölümleri açısından en büyük en önemli sorun olarak ele alınmaktadır. Özellikle 5 yaşın altındaki çocuklarda, ölüm nedeni olarak pnömoniden sonra ikinci sırada erken doğum yer almaktadır. Erken doğumun yenidoğan ve fetus üzerindeki en önemli etkisi organlarda görülebilen matürite sorunlarıdır. Bu bağlamda mortalite ve morbiditeyi direkt olarak etkileyen bir sorun ise akciğer matüritesidir. Gebelik sürecinde 34. haftadan önce doğan bebeklerde, surfaktan sentezi az olduğu ve akciğer matürasyonu tamamlanamadığı için oksijen toksisitesine bağlı kronik bronkopulmoner displazi ve respiratuar distres sendromu ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte pulmoner veya intravasküler hemoraji, anemi, enfeksiyonlara yatkınlıkta artma, metabolik sorunlar, termoregülasyonda yetersizlik, nörolojik problemler ve hiperbilirubinemi gibi sorunlarda ortaya çıkabilmektedir (Blencowe vd, 2013, s. 4).

Erken doğum vakalarını değerlendirmek amacıyla 1990 ile 2009 yılları arasında erken doğan 14.000 bebeğin kayıtlarının değerlendirildiği bir araştırmada, perinatal mortalite sebepleri içerisinde ilk sırada %47,2 ile prematürite olduğu görülmüş ve prematürelere perinatal mortalite hızının ise %49,2 olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de oldukça düşük doğum ağırlığı olan bebeklerin mortaliteleriyle ilgili olarak yürütülen bir araştırma kapsamında doğum ağırlığı 750 gramın altında olan bebeklerde doğum ağırlığı arttıkça mortalite oranının düştüğü belirlenmiştir. Ayrıca her 250 gramlık artışla birlikte mortalite sırasıyla %45, %21 ve %10 olduğu ifade edilmiştir (Çoban vd, 2013, s. 13-14).

Erken doğan bebeklerin bakımı için yenidoğan bakım ünitelerine ihtiyaç duyulmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım üniteleri kısa ile uzun dönemde bazı

problemlerin açığa çıkmasına sebep olan bir sağlık hizmeti olarak karşımıza çıkmaktadır. Yenidoğan yoğun bakımından faydalanan bebeklerde, kısa dönemde intraventriküler kanama, nekrotizan enterokolit ve respiratuar distres sendromu görülebilmekteyken, uzun dönemde görme bozuklukları, işitme kayıpları, serebral palsi ve ileri düzey zihinsel yetersizlik gibi problemler görülebilmektedir (Lembet, 2002, s. 81). Prematürelde retinopati neticelerini tespit etmek amacıyla Erciyes Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalan 360 prematüre bebek değerlendirme altına alınmıştır. Bu bebeklerin %20,9'unda ise prematüre retinopatisi tespit edilmiştir (Öner vd, 2005, s. 105). Bununla birlikte yine aynı üniversitede yapılan farklı bir çalışmada ise serebral palsi vakalarında epilepsi, işitme ve görme problemlerinin sıklığı incelenmiş ve sonuçta görülen vakaların %40'nın prematüre oldukları tespit edilmiştir (Konuşkan vd, 2012, s. 245).

1.2.5. Erken Doğumda Tedavi

Erken doğumun önceden tahmin edilebilmesi ve bunun önlenmesi temel amaç olmak durumundadır. Erken doğum fiilinin oluşmasının önlenmesi açısından ilk yararlanacak etmenlerden biri tokolitik ilaçlardır. Tokoliz kapsamında en fazla kullanılan ritodrine, magnezyum sülfat, nipedifine, terbutaline ve indomethacindir. Sayılan tüm bu unsurların ciddi yan etkileri olmakla beraber ve bu unsurların uygulanması durumunda sıkı bir şekilde hasta takibinin yapılması gerekmektedir. Verilen bu ilaçlarla beraber aktivite kısıtlılığının gebeliği uzatabilme süresi 2 ile 7 gün arasında olmaktadır. Bu süreler de aynı zamanda akciğer gelişiminin sağlanabilmesi açısından steroid uygulanması olanağını sağlamaktadır. Bu süreç içerisinde aile ve gebeye oldukça fazla duygusal destek sağlanması gerekmektedir (Öröklü, 2018, s. 6).

Erken doğumun tedavi sürecinde yatak istirahati tavsiye edilse de bu tedavinin etkin olup olmadığı ile ilgili olarak net bir şey ifade edilememektedir. Yatak istirahatinin üç günden fazla olması durumunun kaygı ve korkuyu azalttığı ve tromboembolik komplikasyon ihtimalini artırdığı ifade edilmektedir (Akarsu ve Oksay, 2015, s. 90). Yatak istirahatinin fetüs açısından yararları göz önünde bulundurulurken maternal açıdan yan etkilerinin olduğunun göz önünde

bulundurulması gerekmektedir. Yatak istirahatindeki kısıtlamanın düzeyine göre yan etkilerin fazlaştığı dikkate alınmalıdır. Bu açıdan olası yan etkilerin oluşmasını önleyecek tedbirlerin alınması gerekmektedir (Öröklü, 2018, s. 6).

Gebeliğin erken dönemlerinde gebeliğin erken sonlanması korkusu yaşayan gebelerde sedasyon etkili bir tedavi olabilmektedir. Sedasyon uygulanacak kişilerin bireysel durumları göz önünde tutulması ve buna bağılı olarak bir doz ayarının belirlenmesi uygun olacaktır. Bu bağlamda fenobarbitalin intramüsküler veya oral yolla verilmesinin yenidoğanda solunum depresyonunun açığa çıkmasına sebep olabileceğinden dolayı tehlikelere yönelik olarak dikkatli olunması gerekmektedir (Öröklü, 2018, s. 7).

Erken doğumun tedavisi kapsamında kullanılan bir diğere yöntem hidrasyondur. Hidrasyon, uterusu olan kan akışının artmasını ve desidual lizozomların stabilize olmasını sağlamaktadır. Antidiüretik hormon ve oksitosin salgısının ve prostaglandin yapımının azalmasını sağlar. Özellikle tokolizden önce sıvı yüklemesi yapılmasının pulmoner ödem riskini fazlaştırdığı bilinmektedir. Bu riskin çoğul gebeliklerde daha fazla olduğu ifade edilmektedir. Yapılan rutin uygulamada 500 ml Ringer Laktat ya da %5 Dextrozun 60 dakika içinde verilmesi söz konusu olmaktadır. Takip yapılarak kontraksiyonlar sona erinceye kadar saatte 150 ml ile sürdürölmektedir. Servikal değışiklik gözlenmiyorsa ve uterus kontraksiyonları bitmişse hasta takibe alınmaktadır. Gerçek ve yalancı doğum eyleminin belirlenmesinde ya da erken doğum eyleminin tedavisinde rutin şekilde tavsiye edilmemektedir (Öröklü, 2018, s. 7).

Uterus kontraksiyonlarına neden olan genlerin baskılanması açısından progesteron tedavisinin kullanılması mümkün olmaktadır. Ayrıca nitrik oksitin salınımının fazlaştımasıyla beraber, relaksasyon süreci başlamaktadır. Progesteron, sitokin ve prostaglandin sentezini baskılamakta ve uterus kaslarına deprese etki göstermektedir. Oksitosin, prostaglandinin F2 alfadaki etkisini bloklamakta ve bununla birlikte alfa adrenerjik tokoliz etkisinin artmasını sağlamaktadır. Yalnızca progesteron kullanmakta olan kişilerde uterus kontraksiyon ve hospitalizasyon az görölmektedir. Bu durum ise progesteronun oksitosin inhibisyonu, anti-inflamatuar ile immün modölatör etkisi sebebiyle olabilmektedir.

Erken doğumun tedavisinde kullanılan bir diğer yöntem tokolizdir. Tokoliz, uterin kontraksiyonlarının durdurulması sürecidir. Bu tedavi sürecine başlanması açısından en makul zaman dilimi gebeliğin 24. Haftasıdır. Bu tedaviden faydalınım süreci genel olarak 24. ve 34. Haftalar arası olmaktadır (Kıvrak vd, 2011, s. 135).

Erken doğum tedavisi kapsamında kortikostreoidlerden de yararlanılmaktadır. Ancak kortikostreoidlerin kullanılması açısından fetüsün akciğer matürasyonunu tamamlamış olması gerekmektedir. Tedavi sürecinde 24 saat aralıklarla iki kez 12 betametazon veya 6 saat aralıklarla 4 kez 6 mg deksametazon uygulanması halinde respiratuar distres sendromunun düşürülebilmesi mümkün olmaktadır. Doğum sürecinin 24 saat ile 7 gün arasında ortaya çıkma olasılığı bulunmaktaysa sağladığı fayda yükselmektedir.

Erken doğum riskinin ortaya çıkmasında genital enfeksiyonlar da etkili olabilmektedir. Bu açıdan bu enfeksiyonların tedavi edilmesi maksadıyla kullanılan antibiyotikler de erken doğum riskinin azaltılması açısından önemlidir. Genital enfeksiyonların tedavisinde eritromisin, klindamisin ve ampisilin gibi antibiyotikler kullanılmaktadır. Farklı bir biçimi de bakteriyel vajinoziste yararlanan metronidazol, preterm doğum geçmişi olan gebelerde etki gösterdiği ifade edilmektedir (Dündar ve Özsoy, 2018, s. 154-155).

Tablo 2’de tokoliz tedavi sürecinde yararlanılmakta olan tokolitik ajanlar ve bunların özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 2. Tokoliz Tedavi Sürecinde Yararlanılan Tokolitik Ajanlar

İlaç Adı	Etki Sistemi	Dozu	Yan Etkileri	Kontrendikasyonları	Spesifik Uygulamaları
İndometazin	Prostaglandin Sentetaz İnhibitörü	100 mg'lık rektal supp. Yükleme dozunun ardından 6 saatte bir 25 mg oral idame doz veya 50 mg oral sonra 48 saat boyunca her 4 ile 6 saatte bir 25-50 mg En yüksek doz: 300 mg/ 24 saat	Maternal: Gastrik inflamasyon Fetal: Ductus arteriosusun intrauterin dönemde kapamasına sebep olması ve yeni doğanda devamlı fetal dolaşıma sebep olması, azalan amniyotik sıvı indeksi, azalan idrar outputu, oligohidroamnios	Trombosit bozuklukları, kanama diyatezi, aktif peptik ülser, AFI< 6 olması	Gün içinde AFI izlenir. AFI<6 olursa ilaç kesilir
Nifedipin	Kalsiyum kanal blokeri	Yükleme her 30 dakika bir 3 defa 20 mg oral veya uterin aktivitesi azalınca kadar (en fazla: 60 mg/90 dakika) Devam 48 saat boyunca her 3 ile 8 saatte bir 10 ile 20 mg Son yükleme dozundan 3 saat sonra devam dozuna geçiş yapılır	Baş ağrısı, hipotansiyon, ateş basması, taşikardi	Aort Stenozu, konjestif kalp yetmezliği, karaciğer fonksiyonlarında bozulma, sistolik kan basıncının < 90, diastolik kan basıncı > 60	15 dakikada bir yükleme dozu sonrasında pulsasyon ve kan basıncı ölçülür.
Terbutaline	Beta2 semptomimetik, intrasellüler serbest kalsiyumu azaltır.	3-4 saat boyunca 0,25 mg cilt altı, sadece kısa intervallerle	Genişlemiş nabız, taşikardi, yükselen laktat ve glikoz, aritmi, azalan potasyum	Pulmoner hipertansiyon, orta ağır maternal kalp hastalığı, kontrolsüz hipertiroidi, kontrolsüz diyabet	

Magnezyum Sülfat	İntrasellüler kalsiyum antagonisti	En az 20 dakika IV olarak 4-6 gram yükleme, sonra 2 ile 3 gr/saat IV	Kas güçsüzlüğü, vazodilatasyon, depresyon, respiratuar, azalan idrar çıkışı, magnezyum okistesisi, kardiyak arrest	Miyokardiyal hasar, kalp bloğu, bozulan böbrek fonksiyonu (idrar çıkışı < 30 ml/saat; kreatinin > 1.0 myestina gravis	Magnezyum toksitesi açısından tedavi, %10 kalsiyum glukonat 10 ml IV= 1 amp 2 dakika boyunca 1-2 kez yavaş yavaş itiş
Ritodrin Hidroklorür	Adrenerjik Agonist	0.0.5-.0,1 mg/dk doz ile başlanır.	Hipotansiyon, Taşikardi, hiperglisemi, titreme, hipokalemi	Pulmoner ödem olasılığı sebebiyle anneye 24 saatte 2500 ml'den fazla sıvı verilmemektedir.	

Kaynak: Örüklü, 2018, s. 9

1.3. Depresyon

Araştırmanın bu bölümünde depresyon kavramına yönelik genel bilgilere yer verilmiştir.

1.3.1. Depresyon Kavramı

Yaşamın bir bölümü pozitif olaylarla geçtiği bir bölümü de negatif olaylarla geçmektedir. Yaşamlarına belli hedefler kapsamında kişiler fiziksel ve psikolojik halleri korumayı sürdürmek adına meydana getirdikleri denetim ve kontrol hissini yitirmekten korkmaktadır. Kişisel denetim hislerinin tehlike altına girdiğini fark eden bireyler ise stres yaşamaya başlamaktadır (Ayten ve Sağır, 2014, s. 5). Ortaya çıkan bu ilişki uyum süreçlerinde bazı bozulmalara neden olmaktadır. Uyumda açığa çıkan problemler belli bir süre sonra düzelebilmektedir. Bu nedenle bu durumla ilgili olarak herhangi bir müdahale yapılması gerekli olmamaktadır. Genel anlamda psikolojik problemlerle ilgili kişilerin insanların derin bir bilgiye sahip olduklarını ifade edebilmek güçtür. Bununla birlikte insanların, gelişen teknoloji ile bilgiye ulaşmaları kolaylaşmış olsa da hatalı bilgilere ulaşım durumu da ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca iktisadi krizler, işsizlik, sağlık ve eğitim sorunları gibi olaylar karşısında bireylerin ruh sağlıklarının bozulma riski yükselmektedir. Ortaya çıkan olaylar neticesinde depresyonla karşı karşıya kalan bireylerin depresyon ilaçları kullanmaktan uzak durmaları veya tam tersine bu ilaçları gerekli gereksiz çok kullanmaları söz konusu olabilmektedir (Aslan vd, 2012, s. 60).

Bireylerin ruh halleri ve düşünceleri sosyal ilişkilerden, bedenden ve duygulardan etkilenmektedir. Bu süreç kapsamında depresyon önemli ruhsal bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Depresyon boşluk hissi, kaygı, evde kapalı kalma isteği, kaba motor hareketlerinde yavaşlama, iştahsızlık ve yorgunluk gibi durumlarla kendini açığa çıkarmaktadır. Karar alamama ve yaşamdan zevk almamaya başlama gibi durumlar kendini göstermektedir. Sebepsiz yere bireyin kendini suçlu hissetmesi durumuna rastlanmaktadır (Tutarel-Kışlak ve Göztepe, 2017, s. 27). Kişinin konsantrasyonunda düşüşlere rastlanmaktadır. Performansta çoğunlukla düşüşler görülmekte ve bununla birlikte odaklanmada sorunlara rastlanmaktadır. Depresyonun ileri yaş sebebi ile mevsimsel olarak görülebilmesi de mümkün olabilmektedir. Depresyon vakalarında genelde intihar girişimine fazla

rastlanmamaktadır. Fakat intihar olasılığına göre dikkatli olunması yerinde olacaktır. Depresyon genel anlamda duygulanım bozuklukları, fizyolojik bozukluklar, davranış bozuklukları ve kognitif bozukluklar üzerinden gösterecektir. Duygulanım bozuklukları kapsamında keder ve çaresizlik hisleri görülmektedir. Fizyolojik bozukluklar kapsamında cinsel istek kaybı ve kilo kaybı gözlemlenmektedir. Kognitif bozukluklar kendini monoton gecikmeli yanıt, kendini eleştirme, bazı durumlarda hiç konuşmama, konuşmanın yavaşlaması, karamsarlık, umutsuzluk, bireysel yetersizlik duyguları gibi durumlarla göstermektedir. Davranış bozukluğu açısından psikomotor retardasyon görülmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011, s. 66).

Erkeklere kıyasla kadınlarda depresyonun etkileri daha fazla hissedilmektedir. Duygusallığı daha fazla yaşayan kadınlar negatif duygular ile üzüntüyü yaşamaya daha yatkın olmaktadır. Bununla birlikte kadınların yaşadıkları annelik rolü de hoşgörülü ve şefkatli olmayı gerektirmektedir. Ayrıca kadınlarda ortaya çıkan ruhsal hastalık tutum ve davranışlarının toplumsal yapıya sergilemiş oldukları haklı tepkiler olduğu değerlendirilmektedir (Şen vd, 2012, s. 2).

1.3.2. Depresyonun Görülme Nedenleri

Yaşam sürecinde bireyler pek çok farklı sebebe bağlı olarak depresyonla karşı karşıya kalabilmektedirler. Uzun dönemli hastalıklar, ekonomik temelli sorunlar, aile içindeki sorunlar, sel baskınları, doğal felaketler gibi pek çok unsur depresyonun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Üstün ve Bayar, 2015, s. 385). Temelde depresyonun ortaya çıkma nedenlerini genetik, psikososyal ve biyolojik olarak ele almak mümkündür. Depresyon rastlanan bireylerde hipokampusta ve prefrontal kortekste atrofi nöron kayıplarının olduğu gözlemlenmiştir. Serotoninerjik, noradrenejik ve gaba-erjik sistemler ile nöropeptidlerin depresyonla ilişkili oldukları ifade edilmektedir (Uzbay, 2004, s. 6). Bedende dopamin hislerin, mutluluğun ile zevklerin düzenlenmesinde görev almaktadır. Dopaminin düzgün salgılanmaması durumunda depresyon ortaya çıkabilmektedir. Bir diğer hormon olan serotonin bedenin enerjik olmasında görev yapmaktadır. Bunun dışında noradrenalin ise sinir uçlarından salgılanmaktadır. Bu hormonların düzgün salgılanmaması halinde depresyon hali ortaya çıkabilmektedir. Depresyon ile

hipoglisemi ve tiroit bezi yetmezliği de ilişkili olabilmektedir. İnsan bedenindeki androjenler duygu durumları üzerinde etkili olabilmektedir. Bu androjenlerden biri olan testosteron bireylerin toplumsal davranışları, libido, iyilik halinin düzenlenmesi, saldırganlık, bilişsel işlevler, cinsel aktivite gibi durumların düzenlenmesine neden olmaktadır. Bu hormonun fazla veya az salgılanmasının kişinin duygusal durumunu değiştirebilmesi depresyon yaşayabilmesi açısından da etkili olabilecektir (Kartalcı, 2010, s. 457). Depresyonun sosyal olaylardan dolayı ortaya çıkabilmesi mümkün olabilmektedir. Bu duruma psikososyal sebep denilmektedir. Genetik olarak taşınan; kan grubu, ie kapanıklık, böbrek üstü bezlerinde sorunlar gibi olgular depresyonun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Depresyondaki iyileşmenin belirtilerini değerlendiren çalışmalar çoğunlukla hastalığın düzeyinin bu konuyla ilgili önem arz ettiğini ortaya koymaktadır (Akkaya vd, 2013, s. 123). Yapısal açıdan depresyon tedavi edilebilen ve yaygın olarak görülen psikolojik bir rahatsızlıktır.

1.3.3. Depresyonun Tanı Kriterleri

Depresyonun tanı kriterleri DSM-V kapsamında ele alınmaktadır. Buna göre depresyon belirtilerinin iki haftalık süre içinde neredeyse her görülen semptomlarından en az beş tanesinin var olması gerekmektedir. Bu semptomlar şu şekilde sıralanabilir (DSM-5, 2016, s. 10):

- Depresif ruhsal durum,
- Boşluk hissi,
- Çökkünlük hali,
- Uykusuzluk veya aşırı uyuma
- Zevklerin yitirilmesi,
- Kilo değerişimi ve iştah kayıpları,
- Enerji kaybı,
- Ajitasyon ve psikomotor retardasyon,
- İntihar ve ölüm düşünceleri,
- Suçluluk hissi,
- Konsantrasyon eksikliği

Yukarıda sayılan semptomlardan en az 5'inin beraber olması halinde depresyon tanısının koyulabilmesi mümkün olmaktadır. Depresyonun çocuklarda görülme biçimi farklı olabilmektedir. Bu açıdan çocuklarda depresyon tanısını koyabilmek zor olmaktadır. Öğrenme zorlukları, sinirlilik, gece kabusları, uyku problemleri, sosyalliğin düşmesi, utangaçlık, hırçınlık, dikkatsizlik rastlanılabilmektedir (DSM-5, 2016, s. 10).

1.3.4. Depresyonla İlgili Kuramlar

Literatürde depresyonun teorik olarak açıklanmasına yönelik çeşitli kuramlar mevcuttur. Araştırmanın bu bölümünde depresyon ile ilgili bazı kuramlara yer verilmiştir.

1.3.4.1. Psikanalitik Kuram ve Depresyon

Psikanalitik kurama göre, depresyon kapsamında bir sevgi unsurunun yitirilmesi ve bu durumla ilgili olarak bireyin benliğinde bir boşluk veya eksilme hissinin ortaya çıkması ile birlikte benlik saygısının azalması ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan depresif tutum ve davranışlar kaybedilen nesneye yönelik ortaya çıkan dürtü ve tepkilerin bireyin kendine yönlendirmesi olmaktadır. Birey yitirmiş olduğu nesne ile bir bağ kurmaktadır. Depresyonu, yalnızca sevilen objenin kaybolması değil bununla birlikte sevilmede olan diğer her türlü unsur tetikleme olarak görmektedir. Birey yas süreci kapsamında yaşamış olduğu kayıpla ilgili olarak büyük üzüntü yaşamaktadır. Bununla birlikte yas süreci kapsamında bireyde öfke davranışları, inkar gibi durumlar gözlemlenebilir. Bireyin geçmiş dönemde yas yaşamış olması halinde yeni yas döneminde kuvvetli olması söz konusu olmaktadır. Bireyin gelişim aşamalarının bir kısmında travma gibi sorunları bulunmamaktaysa yas sürecinin sıkıntısız atlatılması söz konusu olmaktadır (Annagür, 2008, s. 7). Ancak gelişim süreçlerinde birey bir sorun yaşamışsa yas süreçlerinde zorluk çekmektedir. Yaşanan kayıpla ilgili olarak kendini sorumlu tutmaktadır. Çoğunlukla suçluluk duygusu hakim olmaktadır. Bu durum bireyde şiddet ve öfkenin ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Bireyin öfke ve kızgınlık duyguları en üst düzeye çıkmaktadır. Oral ve anal oedipal saplantılar gelecekte depresyona sebep olmaktadır. Objeye yönelik olarak nefret ve sevgi ikilemelerinin yaşanması mümkündür. Kişi başarılı olamadığında melankoli hali içinde olmaktadır. Bu

durumda ise bireyin cezalandırma duygusu açığa çıkmış olmaktadır. Negatif geri bildirimlerin kişinin benlik saygısının azalmasına neden olduğu bilinmektedir.

1.3.4.2. Davranışçı Kuram ve Depresyon

Davranışçı kuram açısından uyumlu davranış, ruhsal açıdan sağlıklı olma olarak değerlendirilmektedir. Bireyin yaşamını sürdürmesini sağlayan ve sosyal ilişkilerini tespit eden en önemli unsur uyum davranışlarıdır. Davranışçı kuram açısından depresyon, kişinin uyumsuz davranış ve hareketlerinin çok çeşitli olması sebebiyle ortaya çıkan bir sorundur. Aktif uyumlu davranışların azalması ile pasif davranışların fazlaca kullanılmaya başlaması depresyonun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Depresyon yaşayan kişilerin sorumlulukları ile ilgili abartılı fikirleri ve kendilerine dönük yanlış düşünceleri doğrultusunda ortaya çıkmaktadır. Söz konusu yanlış algılar pozitif pekiştiricilerin düşmesine ve depresyon düzeyinin yükselmesine sebep olmaktadır.

Depresyonun ifade edilmesi kapsamında öğrenilmiş çaresizlik kuramının geliştirilmesi söz konusu olmuştur. Bu kuram açısından kişi çocukluk döneminden hayatının ilerleyen dönemlerine kadar olan süre içinde yüz yüze kaldığı negatif uyaranlardan uzak durmaya çalışmasına rağmen bunlardan uzak kalamıyorsa bireyde depresyon ortaya çıkmaktadır. Depresyondaki kişi çoğunlukla başarısızlık nedeniyle kendine farklılaşmayan sebepsel ve içsel yüklemelerde bulunmaktadır. Başarılı olunması halinde ise değişebilir ve dışsal olan yüklemelerde bulunmaktadır. Duygusal halde önem arz eden bu çaresizlik hissi, kişinin kendini denetim altına alması ile ilgili algısı olmaktadır (Angı, 2018, s. 14).

Davranışçı kuram bireyin sahip olduğu özelliklerden çok nasıl davrandığına ve neler yaptığına odaklanmaktadır. Davranışçı terapide hedef, uyumsuz davranışların düşürülmesi ve ortadan kaldırılması ve uyumlu davranışların öğretilmesi ve tepkilerin yükseltilmesidir. Davranışçı kuramda danışman ve danışan arasında ortak bir terapi bulunmakla birlikte danışman bir terapist olarak görülmektedir. Danışman danışanlar için bir örnek oluşturmakla beraber danışanına gerekli becerileri açıklayan bir terapist olmaktadır (Angı, 2018, s. 15).

1.3.4.3. Bilişsel Kuram ve Depresyon

Literatüre bilişsel kuramı Beck kazandırmıştır. Bu kuram kapsamında depresyondaki bireylerin bazı bilişsel sorunlarının olduğu ifade edilmektedir. Bu kuram açısından negatif inançlar, düşünceler ve simgeler depresyonun en büyük sebepleridir. Bu bağlamda kuram kapsamında depresyona sebep olan üç tane bilişsel etmeden bahsedilmektedir. Bu üç bilişsel etmen şu şekilde ifade edilebilir (Angı, 2018, s. 13):

- Bireyin kendisi: Bireyin geleceği ve yaşadığı ortamı negatif algılaması depresyon oluşumuna etki etmektedir. Depresyondaki birey kendini değersiz, mutsuz, umutsuz, istenmeyen biri ve yetersiz biri olarak nitelendirmektedir.
- Bireyin çevresi: Depresyondaki birey çevredeki ve dünyadaki güçlükler sebebiyle hedeflerine erişemeyeceğini ve çevresiyle olan ilişkilerinde problemlerle karşı karşıya olduğunu düşünmektedir.
- Bireyin geleceği: Birey geleceği devamlı olarak negatif biçimde değerlendirmektedir. Depresyondaki birey gelecekte sürekli olarak kayıplarla, başarısızlarla ve zorluklarla karşı karşıya kalacağını düşünmektedir.

Bilişsel terapinin hedefi yanlış bilgilerin işlenme süreçlerini tespit edip, bunları değiştirerek depresyona sebep olan düşünceleri, inançları daha uygun bir forma çevirebilmektir. Bilişsel terapi sürecinde danışanın kendiliğinden gelişen fikirleri üzerinde durulmaktadır. Kendiliğinden gelişen fikirler değerlendirilirken kişinin inançlarına erişilebilmesi mümkün olabilmektedir. Etkin bir değişimin sağlanabilmesi için daha fazla terapi yapılması gerekli olabilir. Bilişsel terapi, danışanlara durumlar ve vakalar karşısında yararlanabilecekleri sorun çözme stratejileri öğretmeyi hedeflemektedir (Türkçapar ve Sargın, 2012, s. 9).

Yanlış şematik bozukluklar ile temel inançlarını farklılaştırmak, depresyonun yeniden görülme ihtimalini ortadan kaldırmaktadır. Terapi süreçlerinde terapistler danışanlara farklı birçok soru yönelmektedir. Danışanlara sorulara yönelik olarak söyledikleri sorunlara göre farklı ödevler verilmektedir.

1.3.4.4. Varoluşçu Kuram ve Depresyon

Varoluşçu kuramın temel kaynağı, varoluşu değerlendiren çalışmalar ve varoluşçu felsefedir. Bu açıdan varoluşçu kuramın bireyin var olmasından kaynaklı mevzu ve konulara odaklandığını ifade edebilmek mümkündür. Varoluşçu kuramda, analitik yaklaşım kapsamında açığa çıkan Avrupa yaklaşımı ile bireylerin potansiyelleri ve etkileşimlerini ele alan yaklaşımın olduğu gözlemlenmektedir.

Bireylerin varlığı açısından temel dört adet varoluşçu temanın bulunduğu söylenmektedir. Bu temalar şunlardır (Angı, 2018, s. 15):

- Özgürlük,
- Ölüm
- Anlamsızlık
- İzolasyon

Varoluşçu kuram, bireylerin kim olduklarını tespit eden etmenin, bireylerin yapmış oldukları tercihler olduğunu ileri sürmektedir. Bireyin varoluşu açısından depresyon kaçınılmaz olmaktadır. Varoluşçu bireylerin ana düşüncesine göre birey özgürdür. Bu bakımdan kendini gerçekleştirme potansiyeline sahiptir ve bu durum kendi sorumluluğundadır. Bu sebepten dolayı varoluşçu terapinin hedefi, bireyleri negatif semptomlardan uzaklaştırmak ve onları özgürleştirmektir (Çelik, 2017, s. 418).

Varoluşçu kuram bakımından sağlıklı olabilmenin en geçerli hali otantiklik olarak ifade edilmektedir. Otantiklik, bireyin var olamama kaygısı yaşamasına yönelik kararlı ve cesaretli olmasını ifade etmektedir. Bu açıdan varoluşçu terapide danışanın özgür ve otantik olması temin edilmeye çalışılmaktadır. Bu bakımdan terapistler ise fikir veren birey olarak ele alınmaktadır. Danışanların otantik bir hayat sürebilmeleri arzu edilmektedir. Otantik hayat biçimi, varoluşun ve hayatın önem arz eden konularını irdelemeyi ve ölümü kabullenmeyi kapsamaktadır (Çelik, 2017, s. 418).

1.3.5. Gebelikte Depresyon

Gebelik döneminde ortaya çıkan depresyonun postnatal depresyon kadar yoğun düzeyde olmadığı ifade edilmekle birlikte gebelikte depresyonun çoğunlukla en fazla ilk trimester süreç gerçekleştiği ifade edilmektedir. Gebelikte depresyona sebep olan bazı faktörler olduğu değerlendirilmektedir. Bu faktörler şu şekilde ifade edilebilir (Pişirgen, 2011, s. 17-18):

- **Genetik Faktörler:** Genetik faktörlerle ilgili net bilgilere erişilememiştir. Fakat gebelik depresyonun yaklaşık olarak %40 ile %50'si arasında genetik faktörler ilgili olduğu düşünülmektedir. Araştırmalarda genetik faktörler ile çevresel faktörlerin birlikte hareket ettikleri söylenmekte ve bu nedenle beraber değerlendirilmeleri gerektiği belirtilmektedir.
- **Psikolojik Faktörler:** Gebenin depresyon yaşaması, gebeliği ile ilgili zıt duygulara sahip olması, geçmişinde depresyon hikayesinin olması, geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsünün olması benzeri sebepler psikolojik faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal etmenlerle birlikte psikolojik faktörler gebeliği en fazla etkileyen faktörler olmaktadır.
- **Çevresel Faktörler:** Duygusal, fiziksel ve mental travma, stres, kronik hastalıklar, viral enfeksiyonlar, bazı sedatif ilaçlar, oral kontraseptif kullanma gibi çevresel faktörler gebelik depresyonuna neden olmaktadır. Çevresel faktörler gebelik depresyonunun oluşmasına yalnız başına etkili olmayıp genetik etmenlerle birlikte bu riskin artmasını sağlamaktadırlar.
- **Sosyal Faktörler:** Evlilik problemleri, ekonomik seviyenin düşüklüğü, sosyal izolasyon, sosyal destek yokluğu ya da azlığı, yalnız yaşama, aile içi şiddet, yabancı ve alkol tüketimi, cinsel, fiziksel ve duygusal şiddet öyküsünün bulunması gebelik depresyonuna etki eden sosyal faktörlerdir.
- **Biyolojik Faktörler:** Gebelik depresyonunun biyolojik faktörlerle ilişkisini tespit etmek oldukça güçtür. Biyolojik faktörler hormonlar üzerinde etki ederek gebelik depresyonuna etki etmektedir.

Dengesiz ve yetersiz gıda alımı sebebiyle gebede ortaya çıkan beslenme bozukluğu, hormonal ve nörotransmitter fonksiyonlarda bozulmaya sebep olarak gebelik depresyonunun ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir.

- Hormonal Faktörler: Prolaktin, östrojen, troidi stimüle eden hormon (TSH), triodothronine/ thyoxine ve progesteron hormonlarının düzeyleri gebelikte oldukça değişkenlik göstermektedir. Progesteron ve östrojen seviyelerindeki yükselişle gebelik depresyonu arasında bir ilişkinin söz konusu olmadığı, fakat seviyesi artan TSH hormonuyla gebelik depresyonu arasında kuvvetli bir etkileşimin olduğu ifade edilmektedir.

Gebelik sürecinde depresyon tanısı konulabilmesi, yapısal olarak gebeliğin subsendromal nitelikler sergilemesi ve gebelik sürecinde fizyolojik değişiklik ve yakınmaların depresyonla benzer nitelikler taşıması sebebiyle oldukça güçleşmektedir. Bu sebepten dolayı, sağlık çalışanlarının gebeyi iyi takip etmeleri, ruhsal ve fiziksel yönden iyi değerlendirmeleri ve depresyon tanısını koyabilmeleri için depresyonla ilgili belirtileri ve özellikleri iyi bilmeleri gerekmektedir (Pişirgen, 2011, s. 19).

Gebelikte depresyon genel olarak kendini birinci trimesterde göstermektedir. Bu süreçteki depresyon belirtileri; duygulanım durumlarında dalgalanma, iştah ve uyku değişiklikleri, libido kaybı, konsantrasyon bozukluğu ve aşırı yorgunluktur. Gebeliğin üçüncü trimesterinde de iştah bozuklukları, anksiyete, uyku sorunları gibi problemlere rastlanılabilmektedir (Pişirgen, 2011, s. 19). Gebelik sürecinde depresyon belirtilerinin olağan dönemdeki depresyon belirtilerinden farkı olmadığı ifade edilmekle beraber hamile depresyondaki kişilerde diğer depresyondaki kişilere kıyasla daha fazla mide ağrısı, bulantı, baş ağrısı ve sık soluk alıp verme görüldüğü ifade edilmektedir (Öztürk, 2017, s. 23).

1.4. Kaygı

Kaygı birey hayatında önemli psikolojik sorunlardan biri olarak görülmektedir. Araştırmanın bu bölümünde kaygı kavramına ilişkin temel bilgilere yer verilmiştir.

1.4.1. Kaygı Kavramı

Kaygı kavramı, endişe, korku, gerginlik gibi kişisel olan, bir duygu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu duygu bireyin bütünlüğünün tehlike altına girdiği durumlarda açığa çıkabilmektedir. Kaygı kelimesinin kökeni eski Yunancadaki “anxietas” kelimesinden gelmektedir. Kaygı, yapısal açıdan hissedilen veya algılanan tehlide yönelik hazır olma sırasında hissedilen kuvvetsizlik duygusunun, duygusal durumu şeklinde ifade edilmektedir. Kaygı, kişinin yaşamında dönemsel olarak karşılaştığı ve ilerleyen hayatında da karşı karşıya kalabileceği zorlu olaylarla ilgili olarak hissettiği çatışma, kararsızlık ve güvensizlikler kapsamında yansıttığı tepkileri ifade etmektedir (Koç, 2004, s. 45).

Kişinin bir uyararla yüz yüze geldiği durumlarda yaşamış olduğu duygusal, fiziksel ve ruhsal değişimler ile açığa çıkan uyarılmış durumuna kaygı denilmektedir. Bir diğer tanımda kaygı, genel olarak gelecekle ilgili olan, bireyi sıkıntıya sokan ve üzülmeye neden olan bekleme hali olarak ifade edilmektedir. Farklı bir ifadeyle güvensizlik hissi ve kompleks bir heyecan içinde olma durumudur (Yolcu, 2015, s. 48)

Kaygının olay, durum ve kişilikten kaynaklanan üç değişik türü bulunmaktadır. Kimi bireylerde devamlı olarak görülen bir durum olan kaygı, bu bireylerin kişiliklerinin bir parçasıdır. Durum kaynaklı kaygı denildiğinde belli bir olay ve durumla karşılaşıldığında ortaya çıkan içsel bir tepki olarak ifade edilmektedir. Olaydan kaynaklanan kaygı ise, belli olaylarla birlikte ortaya çıkmaktadır. Kaygı seviyesi olması gerekenin üzerinde olan bireylerde ruhsal ve fizyolojik semptomlar açığa çıkabilmektedir. Kaygının yoğunluğunun ve devamlılığının artması halinde bir problem haline gelmeye başlamaktadır. Kaygının sahip olduğu özelliklerin şu şekilde ifade edilmesi mümkündür (Aksu, 2018, s. 9):

- Her birey yaşayabilmektedir ve bu sebepten evrenseldir.
- Kişinin düşüncelerini ve algısını etkileyebilmektedir.
- Açığa çıkardığı iç sıkıntının ifade edilmesi oldukça güçtür.

- Çoğunlukla tehdide yönelik uyarıcı, tehlike habercisi ve koruyucu görev üstlenmektedir.
- Bilinmeyenlerin ve belirsizlikleri açığa çıkarma girişimidir. Bir tehdide yönelik hissedilen gerilim ve huzursuzluktur.
- Kişinin benliğini bilinç üzerinden kavradığı ve algıladığı bir durumu ifade etmektedir.
- Belirsiz bir tehlikeye yönelik otonom sinir sisteminin harekete geçmesi ile birlikte kişinin kendini gergin hissetmesidir.

1.4.2. Kaygı Türleri

Kaygı kendi içinde iki başlık altında ele alınmaktadır. Bunlar durumluk kaygı ve sürekli kaygıdır. Bu bölümde bu kaygı türlerine yer verilecektir.

1.4.2.1. Durumluk Kaygı

Kaygı, bireylerin en temel duygularından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Tehditlerin ve tehlikeli durumların açığa çıkardığı kaygı, çoğunlukla her birey tarafından yaşanan geçici, kısa süreli bir duyguyu ifade etmektedir. Bu geçici ve kısa süreli kaygıya ise “durumluk kaygı” adı verilmektedir. Durgun, sakin kişilerde durumluk kaygının gözlemlenmediği ifade edilirken, sinirlilik hali, endişelenme, gerilme orta seviyelerde durumluk kaygı seviyesi gözlemlenir, negatif düşünceler, korkma hissi ve açıklanamayan panik davranışlar ise üst düzey durumluk kaygı seviyesini ifade etmektedir (Karabulut vd, 2013, s. 244). Durumluk kaygı kuramının ana varsayımları şunlardır (Aksu, 2018, s. 9-10):

1. Bireyin tehlikeli olarak değerlendirdiği durumlarda “durumluk kaygı” açığa çıkmaktadır.
2. Durumluk kaygı tepkisinin şiddeti, birey açısından tehlikeli durumun düzeyi ile ilgilidir.
3. Durumluk kaygı tepkisinin süresi, bireyin tehlikeli durumla ilgili yorumunun ne kadar kalıcı olduğu ile ilgilidir.
4. Genel olarak karşılaşılan stresli durumlar, bireyin bazı savunma mekanizmaları ve başa çıkma tepkileri geliştirmesine sebep

olmaktadır. Bunların hepsi durumluk kaygının azaltılması açısından kullanılmaktadır.

1.4.2.2. Sürekli Kaygı

İnsanlardan bazıları sürekli olarak mutsuz ve huzursuz olabilmektedir. Bu durum sürekli kaygı içerisinde bulunan bireyler için geçerli bir durumdur. Sürekli kaygının bir uyarınca başlatılması durumunda belli bir düzeni olmayan bir tepkime şeklinde ortaya çıkmaktadır (Ekşi ve Dilmaç, 2010, s. 436).

Sürekli kaygı, kazanılmış nesnel davranışsal yatkınlık ya da bir güdü olarak, bireyin önemli düzeyde tehdit içermeyen halleri tehlikeli olarak algılama eğilimi ve bunlara nesnel tehdidin düzeyine göre orantılı olmayan şiddette kaygı ile bir tepki sergilemesi durumudur. Kaygı kişinin hayatına olan eğilimidir ve bu durum ise bireyin var olduğu şartları genellikle stresli olarak hissetmesine veya stres biçiminde değerlendirmesine neden olabilmektedir. Nesnel şartlara göre belli bir tarafı olmayan durumların birey tarafından tehdit ve bütünlüğünü tehlikeye sokan bir unsur olarak algılanması neticesinde açığa çıkan negatif duygular sürekli kaygıyı ifade etmektedir (Aksu, 2018, s. 11).

1.4.3. Gebelikte Kaygı

Gebelik sürecinde kaygının ortaya çıkmasında farklı faktörlerin etkisinin olduğu ifade edilmektedir. Söz konusu faktörlerin şu şekilde ifade edilmesi mümkündür (Demirtaş, 2018, s. 10-13):

- Sosyoekonomik durum: Gelir seviyesi düşük ailelerde yaşayan gebelerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte eğitim düzeyi ile kaygı düzeyleri arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.
- Yaş: Bazı çalışmalarda genç yaştaki gebelerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte geç yaşlardaki gebelerde de kaygı düzeyinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

- Genel Kaygı: Genel olarak endişeli olan kadınların gebelik dönemlerinde daha yüksek kaygı düzeylerine sahip oldukları görülmüştür. Bu durum genelde kaygılı olan kadınların gebelik sürecinde daha fazla kaygıya kapıldıklarının düşünülmesine neden olmaktadır.
- Kişisel Kaynaklar: Bireyin kendine ait inançlarını kapsamaktadır. İyimser tutum, benlik saygısı, bireyin kendini kontrol edebilme becerisi bireyin kişisel kaynaklarıdır. Gebenin kişisel kaynaklarının düşük seviyede olması kaygı düzeyini yükselttiğini ifade eden çalışmalar bulunmaktadır. Genel olarak daha az iyimser olan kadınlarda gebelik sırasında kaygı görülme olasılığının arttığını ifade etmek mümkün olacaktır.
- İlişkiler ve sosyal destek: Gebelerin eşlerinden ve yakınlarından sosyal destek almaları kaygı düzeyleri üzerinde pozitif etkiye sahip olabilecektir.
- Gebeliğe yönelik tutumlar: Gebelik sürecini isteyerek ve planlı bir biçimde gerçekleştiren kadınlarda kaygı düzeyinin daha düşük çıktığını ifade eden çalışmalar bulunmaktadır.
- Tıbbi risk: Riskli gebelik sürecinde olan kadınlarda kaygı düzeyi daha yüksek olabilmektedir. Bununla birlikte geçmişte ölü doğum ve düşük gibi negatif gebelik tecrübesi yaşamış kadınlarda kaygı düzeyi daha fazla olabilmektedir.
- Parite: Daha önce doğum yapmış olan gebelerde kaygı düzeyinin daha düşük olduğu ifade edilmektedir. Burada gebenin tecrübeli olması ve gebelik sürecinde neler yaşayacağını bilmesi kaygı düzeyinin azalmasında etkili olabilmektedir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma ilişkisel tarama modeli olarak kurgulanmıştır. Tarama yönteminin amacı nesnelerin, toplumların, kurumların, olayların doğasını ve özelliklerini tanımlamaktır. İlişkisel tarama modeli kapsamında farklı iki grup arasındaki algı farklılıkları tespit edilmeye çalışılmıştır (Gençtürk ve Memiş, 2010, s. 1041).

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul Zeynep Kamil Hastanesi'nde erken doğum tehdidi tanısı alarak tedavi gören 20-37 haftalık gebeler (EDT-Erken Doğum Tehdidi) ve kontrollerini Zeynep Kamil Hastanesi'nde yaptıran 20-37 haftalık sağlıklı gebeler (KG-Kontrol Grubu) oluşturmaktadır. 19 Kasım 2018- 20 Mayıs 2019 tarihleri arasında hastaneye başvuran 100 erken doğum tehdidi tanısı konan ve 100 sağlıklı gebe üzerinden anket çalışması yürütülmüştür.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- Araştırmaya gebeliği 20-37. haftaları arasında olan,
- Tek fetüse sahip gebeliği olan,
- Türkçe konuşup ve anlayabilen gebeler dâhil edilmiştir.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- Tanılanmış ruhsal problemi olan,
- Veri toplama sürecinde vücut ağırlığı ölçülemeyen,
- Gebelik öncesi kilosunu bilmeyen,
- Beş gün ya da daha fazla mutlak yatak istirahatini gerektirecek sağlık sorunu olan,
- Kendi bildirim ölçeklerini tam olarak dolduramayan gebeler araştırmaya dâhil edilmemiştir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Anket formu Sosyodemografik Bilgi Formu'ndan, (BDE)'nden ve (HADÖ)'nden oluşmaktadır. Ölçekler uluslararası çalışmalarda geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış sorulardan oluşmaktadır.

2.3.1. Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Beck (1961) tarafından erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek üzere geliştirilmiştir. Hisli (1989) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 21 sorudan oluşan ölçek 4'lü likert formundadır. Ölçek puanlaması 0-3 arasında yapılmaktadır. Puan yükseldikçe katılımcıların depresyon puanı yükselmektedir (Uğuz vd, 2004, s. 42). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,812 olarak tespit edilmiştir.

2.3.2. Hamilton Anksiyete (Kaygı) Değerlendirme Ölçeği

Hamilton Anksiyete (Kaygı) Değerlendirme Ölçeği (HADÖ): Ölçek 1959 yılında Hamilton ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek ile bireylerin kaygı düzeyleri belirlenmeye çalışılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1998 yılında Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 14 sorudan oluşan ölçek 5'li likert formundadır. Ölçek puanlaması 0-4 arasında yapılmaktadır. Puan yükseldikçe katılımcıların Kaygı puanı yükselmektedir. Ölçek iki alt boyuttan oluşmaktadır. 1,2,3,5 ve 6. maddeler psişik alt boyut ve 4,7,8,9,10,11,12,13,14. maddeler somatik alt boyut olarak hesaplanır (Varma vd, 2005, s. 109-115). Bu çalışmada Cronbach's Alpha katsayısı psişik alt boyut için 0,854, somatik alt boyut için 0,825 ve toplam kaygı puanı için 0,836 olarak tespit edilmiştir.

2.4. Veri Analizi

Araştırmada veri analizi SPSS 22 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin analiz edilmesi sürecinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerden, Kikare testi, t testi ve ANOVA testinden faydalanılmıştır. Araştırmada ayrıca hipotez testleri için Pearson Korelasyon testinden faydalanılmıştır.

Test seçiminde alt boyutların normallik durumunu sağlama koşulları dikkate alınmıştır. Alt boyutların çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiş ve tüm alt boyutların çarpıklık ve basıklık değerleri +1 ile -1 arasında yer aldığı için parametrik testler olan t testi, ANOVA testi ve Pearson Korelasyon testinin kullanılmasına karar verilmiştir (Demir, Saatçioğlu ve İmrol, 2016, s. 133).



3. BULGULAR

3.1. Demografik Özelliklere Yönelik Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde demografik özelliklere ilişkin istatistiksel bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri

	F	%
Yaş		
18-24	24	12,0
25-30	74	37,0
31-35	88	44,0
36 ve üzeri	14	7,0
Bitirilen Okul		
Okur-yazar	11	5,5
İlköğretim	34	17,0
Lise	18	9,0
Üniversite ve üzeri	137	68,5
Meslek		
Ev Kadını	59	29,5
Memur	29	14,5
İşveren	2	1,0
Ücretli Çalışan	110	55,0
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	151	75,5
Geniş Aile	49	24,5
Ekonomik Durum		
Gelirim giderimden az	38	19,0
Gelirim giderime denk	139	69,5
Gelirim giderimden fazla	23	11,5

Araştırmaya katılan gebelerin %44'ü 31-35 yaş arasında, %68,5' ü üniversite mezunu, %55'i ücretli çalışan, %75,5'i çekirdek aileye sahip ve %69,5'inin geliri giderine denktir.

Tablo 4. Demografik Özelliklerin Gruplara Göre Karşılaştırılması

	EDT		KG		Ki-kare (sd)	P
	F	%	f	%		
Yaş						
18-24	6	6,0	18	18,0	22,998(3)	0,001
25-30	42	42,0	32	32,0		
31-35	38	38,0	50	50,0		
36 ve üzeri	14	14,0	-	-		
Bitirilen Okul						
Okur-yazar	8	8,0	3	3,0	2,973 (3)	0,396
İlköğretim	15	15,0	19	19,0		
Lise	8	8,0	10	10,0		
Üniversite ve üzeri	69	69,0	68	68,0		
Meslek						
Ev Kadını	23	23,0	36	36,0	7,694 (3)	0,053
Memur	19	19,0	10	10,0		
İşveren	2	2,0	-	-		
Ücretli Çalışan	56	56,0	54	54,0		
Aile Tipi						
Çekirdek Aile	93	93,0	58	58,0	33,113	0,001
Geniş Aile	7	7,0	42	42,0		
Ekonomik Durum						
Gelirim giderimden az	18	18,0	20	20,0	0,156 (2)	0,925
Gelirim giderime denk	70	70,0	69	69,0		
Gelirim giderimden fazla	12	12,0	11	11,0		

EDT: Erken Doğum Tehdidi**KG:** Kontrol Grubu

Demografik özelliklere göre erken doğum tehdidi tanısı konan ve konmayan gebeler karşılaştırıldığında, eğitim durumu (Kikare:2,983; sd.3; $p>0,05$), meslek durumu (Kikare:7,694; sd.3; $p>0,05$) ve ekonomik duruma (Kikare:0,156; sd.3; $p>0,05$) göre gruplar arasında bir farklılık olmadığı, bununla beraber yaşa (Kikare: 22,998; S. 3; $p<0,05$), aile tipine (Kikare: 33,113; S. 1; $p<0,05$) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Erken doğum tehdidi tanısı konan kadınların %52'si 31 yaşın üzerindeyken bunların %14'ü 36 yaş ve üzerindedir. Kontrol grubundaki kadınların %50'si 31-35 yaş arasındadır. Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin %93'ü çekirdek aile yapısına sahipken, kontrol grubunun %58'i çekirdek aile yapısına sahiptir.

3.2. Gebelik Durumuna Yönelik Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde araştırmaya katılan gebelerin gebelik durumlarına yönelik genel bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 5. Gebelik Durumunun Gruplara Göre Karşılaştırılması

		Ortalama	Std. Sapma	T (sd)	P
İlk Gebelik Yaşı	EDT	29,31	4,64	5,281 (198)	0,001
	KG	25,92	4,43		
Gebelik Haftası	EDT	35,67	13,04	1,270 (198)	0,229
	KG	33,66	10,33		
Gebelik Kilosu	EDT	68,20	16,25	1,502 (198)	0,135
	KG	72,20	21,09		
Gebelikte Alınan Kilo	EDT	10,32	3,80	0,380 (198)	0,705
	KG	10,07	5,37		

EDT: Erken Doğum Tehdidi

KG: Kontrol Grubu

Gebelik durumuna göre erken doğum tehdidi tanısı konan ve konmayan gebeler karşılaştırıldığında, gebelik haftası (t:1,270; sd.198; p>0,05), gebelik kilosu (t:1,502; sd.198; p>0,05) ve gebelikte alınan kilo durumuna (t:1,380; sd.198; p>0,05) göre gruplar arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Bununla beraber ilk gebelik yaşına göre gruplar arasında istatistiksel farklılık mevcuttur (t:5,281; sd. 195; p<0,05). Erken doğum tehdidi tanısı konmuş olan gebelerin ilk gebelik yaşlarının ortalaması (29,31±4,64), kontrol grubundaki gebelerin ilk gebelik yaşları ortalamasından (25,92±4,43) yüksektir. Bu durum gebelik yaşının, erken doğum tehdidi için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Tablo 6. Gebe Olma Durumunun Gruplara Göre Karşılaştırılması

	EDT		KG		Ki-kare (sd)	P
	F	%	f	%		
Gebeliğin Planlı Olması						
Evet	57	57,0	70	70,0	3,646	0,056
Hayır	43	43,0	30	30,0	(1)	
Şu Anki Gebelikte Rahatsızlık Durumu						
Evet	18	18,0	22	22,0	3,514	0,075
Hayır	82	82,0	78	78,0	(1)	
Gebelik Sayısı						
1	45	45,0	37	37,0	26,214	0,001
2	32	32,0	28	28,0	(3)	
3	12	12,0	15	15,0		
4 ve üstü	11	11,0	20	20,0		
Doğum Sayısı						
0	50	50,0	42	42,0	18,214	0,001
1	38	38,0	30	30,0	(4)	
2	8	8,0	13	13,0		
3	5	5,0	10	10,0		
4 ve üstü	2	2,0	5	5,0		
Kürtaj Sayısı						
0	84	84,0	86	86,0	2,541	0,361
1	11	11,0	9	9,0	(2)	
2	5	5,0	5	5,0		
Ölü Doğum Yapma Durumu						
Evet	5	5,0	7	7,0	2,321	0,129
Hayır	95	95,0	93	93,0	(1)	
Bir Önceki Gebelikte Problem Durumu						
Evet	33	33,0	20	20,0	3,749	0,082
Hayır	61	61,0	80	80,0	(1)	

EDT: Erken Doğum Tehdidi**KG:** Kontrol Grubu

Gebe olma durumuna göre erken doğum tehdidi tanısı konan ve konmayan gebeler karşılaştırıldığında, gebeliğin planlı olması (Kikare:3,646; sd.1; $p>0,05$), şu anki gebelikte rahatsızlık durumu (Kikare:3,514; sd.1; $p>0,05$), kürtaj sayısı (Kikare:2,541; sd.2; $p>0,05$), ölü doğum yapma durumu (Kikare:2,321; sd.1; $p>0,05$), bir önceki gebelikte problem durumuna (Kikare:3,749; sd.1; $p>0,05$) göre gruplar arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p>0,05$). Bununla beraber gebelik sayısı (Kikare:26,214; sd.3; $p<0,05$) ve doğum sayısına (Kikare:18,214; sd.4; $p<0,05$) göre gruplar arasında istatistiksel farklılık mevcuttur.

Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin %45'inin gebelik sayısı bir ve %32'sinin ikidir. Kontrol grubundaki gebelerin ise %37'sinin gebelik sayısı bir ve %28'inin ikidir. Erken doğum tehdidi tanısı konan kadınların gebelik sayıları kontrol grubuna göre daha azdır.

Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin %50'si hiç doğum yapmamış ve %38'i bir doğum yapmıştır. Kontrol grubundaki gebelerin ise %42'si hiç doğum yapmamış ve %30'u bir doğum yapmıştır. Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin doğum sayısı kontrol grubuna göre daha azdır.

3.3. Depresyon Puanına Yönelik Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde depresyon puanına yönelik elde edilen bulgulara yer verilmiş ve demografik özelliklere göre kıyaslama yapılmıştır.

Tablo 7. Depresyon Puanına Yönelik Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	Çarpıklık	Basıklık
Depresyon	200	,00	28,00	9,12	6,804	0,792	0,177

Depresyon ölçeğinin çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, değerlerin +1 ile -1 arasında değiştiği görülmektedir. Bu durumda parametrik testler olan t testi ve ANOVA testinin kullanılmasına karar verilmiştir.

Tablo 8. Erken Doğum Tehdidi Tanısı Konan ve Konmayan Gebelerin Depresyon Puanı

	Ortalama	Std. Sapma	t (sd)	P
EDT	11,46	4,52	5,168 (198)	0,001
KG	6,78	7,84		

EDT: Erken Doğum Tehdidi

KG: Kontrol Grubu

Erken doğum tehdidi tanısı konan ve konmayan gebelerin depresyon puanı incelendiğinde, erken doğum tehdidi tanısı konan ve konmayan gebelerin depresyon puanlarının birbirinden farklılaştığı tespit edilmiştir (t:5,168; sd: 198;

p<0,05). Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin depresyon puanları (11,46±4,52), erken doğum tehdidi tanısı konmayan gebelere göre (6,78±7,84) daha yüksektir. Gebelere erken doğum tehdidi tanısı konması, depresyon puanlarını arttırmaktadır.

Tablo 9. Demografik Özelliklere Göre Depresyon Puanının İncelenmesi

Yaş	Ortalama	Std. Sapma	F (sd)	p
18-24	10,22	8,52	1,926	0,132
25-30	8,52	7,86	(3;196)	
31-35	8,63	8,61		
36 ve üzeri	9,21	6,12		
Bitirilen Okul	Ortalama	Std. Sapma	F (sd)	p
Okur – yazar	12,38	10,30	1,968	0,120
İlköğretim	10,70	5,11	(3;196)	
Lise	9,47	8,34		
Üniversite ve üzeri	8,42	6,56		
Meslek	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Ev Kadını	10,54	6,18	2,020	0,092
Memur	8,35	4,48	(3;196)	
İşveren	10,00	0,00		
Ücretli Çalışan	7,37	6,53		
Aile Tipi	Ortalama	Std. Sapma	T	p
Çekirdek Aile	9,08	6,98	0,123	0,902
Geniş Aile	9,22	6,29	(198)	
Ekonomik Durum	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Gelirim giderimden az	16,02	2,54	35,513	0,001
Gelirim giderime denk	7,95	6,75	(2;197)	
Gelirim giderimden fazla	4,73	3,31		

Demografik özelliklere göre depresyon puanı incelendiğinde, katılımcıların yaşlarına (F:1,926; sd:3;196; p>0,05), bitirdikleri okul durumunda (F:1,968; sd:3;196; p>0,05), meslek durumlarına (F:2,020; sd:3;196; p>0,05) ve aile tiplerine (F:0,123; sd:198; p>0,05) göre depresyon puanının farklılık göstermediği, bununla beraber ekonomik duruma göre depresyon puanının farklılık gösterdiği (F: 35,513; sd: 2;197; p>0,05) tespit edilmiştir.

Ekonomik duruma göre depresyon puanındaki farklılığın tespit edilmesi amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi yapılmıştır. Test sonuçlarına göre geliri

giderinden az olan grubun depresyon düzeyi ($16,02 \pm 2,54$), diğerlerine göre daha yüksektir.

Tablo 10. Gebelik Durumuna Göre Depresyon Puanının İncelenmesi

Gebelik Yaşı	Ortalama	Std. Sapma	F (sd)	p
18-24	8,65	5,41	5,514 (3;196)	0,001
25-30	9,21	6,85		
31-35	10,20	8,56		
36 ve üzeri	11,26	6,21		
Gebelik Haftası	Ortalama	Std. Sapma	F (sd)	p
20-25 hafta	11,85	7,55	3,514 (2;197)	0,005
26-31	10,22	6,59		
32-37	8,21	9,51		
Gebelik Kilosu	Ortalama	Std. Sapma	F	p
60 kg altı	9,54	6,85	2,125 (3;196)	0,085
61-70 kg	10,26	8,22		
71-80 kg	9,22	7,65		
81 kg ve üstü	8,12	6,65		
Gebelikte Alınan Kilo	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Hiç kilo almamış	9,12	8,11	1,912 (3;196)	0,135
1-5 kilo	8,69	7,63		
6-10 kilo	9,41	6,25		
11 kilo ve üzeri	10,55	7,12		

Gebelik durumuna göre depresyon puanı incelendiğinde, katılımcıların gebelik kilosuna ($F:2,125$; $sd:3;196$; $p>0,05$) ve gebelikte alınan kiloya ($F:1,912$; $sd:3;196$; $p>0,05$) göre depresyon puanının farklılık göstermediği, bununla beraber gebelik yaşına ($F:5,514$; $sd:3;196$; $p<0,05$) ve gebelik haftasına ($F:3,514$; $sd:2;19$; $p<0,05$) göre depresyon puanının farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Gebelik yaşına göre depresyon puanındaki farklılığın tespit edilmesi amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi yapılmıştır. Test sonuçlarına göre yaş 36 ve üzeri olan gebelerin depresyon düzeyi ($11,26 \pm 5,51$) diğerlerine göre daha yüksektir.

Gebelik haftasına göre depresyon puanındaki farklılığın tespit edilmesi amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi yapılmıştır. Test sonuçlarına göre gebelik haftası 20-25 arasında olan gebelerin depresyon düzeyi ($11,85 \pm 7,55$) diğerlerine göre daha yüksektir.

Tablo 11. Gebe Olma Durumuna Göre Depresyon Puanı

Gebeliğin Olması	Planlı	Ortalama	Std. Sapma	t (sd)	p
Evet		7,59	6,19	3,152 (198)	0,001
Hayır		11,02	7,70		
Şu Anki Gebelikte Rahatsızlık Durumu		Ortalama	Std. Sapma	T	p
Evet		8,90	7,53	0,149 (198)	0,882
Hayır		8,76	5,10		
Gebelik Sayısı		Ortalama	Std. Sapma	F	p
1		8,42	5,23	1,215 (3;196)	0,314
2		8,88	5,92		
3		10,12	7,53		
4 ve üstü		9,51	7,23		
Doğum Sayısı		Ortalama	Std. Sapma	F	p
0		8,65	4,56	1,312 (4;195)	0,292
1		8,45	5,85		
2		8,16	5,74		
3		7,56	5,96		
4 ve üstü		9,52	5,88		
Kürtaj Sayısı		Ortalama	Std. Sapma	F	p
0		7,45	4,56	1,712 (2;197)	0,202
1		9,56	5,42		
2		9,85	6,51		
Ölü Doğum Yapma Durumu		Ortalama	Std. Sapma	T	p
Evet		10,25	5,12	3,541 (198)	0,001
Hayır		6,21	4,58		
Bir Önceki Gebelikte Problem Durumu		Ortalama	Std. Sapma	T	p
Evet		9,59	4,52	3,596 (198)	0,001
Hayır		7,12	5,32		

Gebe olma durumuna göre depresyon puanı incelendiğinde, şundaki gebelikte rahatsızlık durumu (t:0,149; sd:198; p>0,05), gebelik sayısı (F:1,215; sd:3;196; p>0,05) doğum sayısı (F:1,312; sd:4;195; p>0,05) ve kürtaj sayısına (F:1,712; sd:2;197; p>0,05) göre depresyon puanının farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bununla beraber gebeliğin planlı olması (t:3,152; sd:198; p<0,05), ölü doğum yapma durumu (t:3,541; sd:198; p<0,05) ve bir önceki gebelikte problem olma durumuna (t:3,596; sd:198; p<0,05) göre depresyon puanının farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Gebeliğin planlı olması durumuna göre depresyon puanı incelendiğinde, gebeliği planlı olan kadınların depresyon puanlarının (7,59±6,19), gebeliği planlı olmayan kadınların depresyon puanlarından (11,02±7,70) daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Ölü doğum yapma durumuna göre depresyon puanı incelendiğinde, ölü doğum yapan kadınların depresyon puanlarının (10,25±5,12), ölü doğum yapmayan kadınların depresyon puanlarından (6,21±4,58) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bir önceki gebelikte sıkıntı olma durumuna göre depresyon puanı incelendiğinde, bir önceki gebelikte problem yaşayan kadınların depresyon puanlarının (10,25±5,12), bir önceki gebelikte problem yaşamayan kadınların depresyon puanlarından (6,21±4,58) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

3.4. Kaygı Puanına Yönelik Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde kaygı puanına yönelik elde edilen bulgulara yer verilmiş ve demografik özelliklere göre kıyaslama yapılmıştır. Aşağıdaki tabloda alt ölçeklere göre tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir.

Tablo 12. Kaygı Puanına Yönelik Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	Çarpıklık	Basıklık
Somatik Kaygı	200	0,00	17,00	6,00	4,03	0,301	0,307
Psişik Kaygı	200	0,00	29,00	10,32	6,34	0,682	0,016
Genel Kaygı	200	2,00	46,00	16,32	9,85	0,723	0,108

Kaygı ölçeğinin ve alt boyutlarının çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, değerlerin +1 ile -1 arasında değiştiği görülmektedir. Bu durumda parametrik testler olan t testi ve ANOVA testinin kullanılmasına karar verilmiştir.

Tablo 13. Erken Doğum Tehdidi Konan ve Konmayan Gebelerin Kaygı Puanı

		Ortalama	Std. Sapma	t (sd)	p
Somatik Kaygı	EDT	6,90	3,43	3,345 (198)	0,001
	KG	5,13	4,36		
Psişik Kaygı	EDT	11,81	5,83	3,468 (198)	0,001
	KG	9,84	6,50		
Genel Kaygı	EDT	18,88	9,45	3,615 (198)	0,001
	KG	13,77	9,67		

EDT: Erken Doğum Tehdidi

KG: Kontrol Grubu

Erken doğum tehdidi tanısı konan ve konmayan gebelerin kaygı puanları incelendiğinde, Erken doğum tehdidi tanısı konan ve konmayan gebelerin somatik kaygı (t:3,345; sd:198; p<0,01), psişik kaygı (t:3,468; sd:198; p<0,01) ve genel kaygı (t:3,615; sd:198; p<0,01) algılarının farklılaştığı tespit edilmiştir. Somatik kaygı puanında erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin puanları (6,90±3,43), kontrol grubu gebelerinin puanlara göre (5,13±4,36) daha yüksektir. Psişik kaygı puanında erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin puanları (11,81±5,83), kontrol grubu gebelerinin puanlara göre (9,84±6,50) daha yüksektir. Genel kaygı

puanında erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin puanları (18,18±9,45), kontrol grubu gebelerinin puanlara göre (13,77±9,67) daha yüksektir.

Gebelere erken doğum tehdidi tanısı konması, kaygı puanlarını arttırmaktadır.

Tablo 14. Demografik Özelliklere Göre Kaygı Puanının İncelenmesi

Yaş	Somatik Kaygı		Psşik Kaygı		Genel Kaygı	
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
18-24	5,22	3,24	8,51	4,52	14,52	8,54
25-30	6,15	3,56	8,66	5,63	15,65	7,63
31-35	6,11	3,85	9,41	6,84	16,54	8,92
36 ve üzeri	7,15	3,69	10,23	5,98	14,69	7,55
F (sd)	1,150 (3;196)		0,931 (3;196)		1,212 (3;196)	
P	0,329		0,421		0,295	
Bitirilen Okul	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
Okur - yazar	5,36	4,96	7,81	5,26	13,18	10,16
İlköğretim	7,11	3,74	11,88	6,50	19,00	9,74
Lise	6,17	3,28	10,41	5,17	16,58	8,32
Üniversite ve üzeri	5,75	4,09	10,13	6,48	15,88	9,98
F (sd)	1,148 (3;196)		1,305 (3;196)		1,311 (3;196)	
P	0,331		0,274		0,272	
Meslek	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
Ev Kadını	7,86	4,64	10,98	5,34	12,84	7,10
Memur	5,55	3,04	7,51	5,95	15,06	8,87
İşveren	8,51	0,00	10,00	0,00	14,51	0,00
Ücretli Çalışan	6,12	3,54	9,47	4,94	13,24	7,23
F (sd)	1,152 (3;196)		1,312 (3;196)		1,322 (3;196)	
P	0,328		0,268		0,250	
Aile Tipi	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
Çekirdek Aile	5,86	4,05	10,17	6,62	16,04	10,12
Geniş Aile	6,40	3,95	10,77	5,42	17,18	9,00
t (sd)	0,815 (1;198)		0,571 (1;198)		0,701 (1;198)	
P	0,416		0,569		0,484	
Ekonomik Durum	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
Gelirim giderimden az	10,21	2,84	19,00	4,38	29,21	7,07
Gelirim giderime denk	5,33	3,65	8,89	4,51	14,22	7,47
Gelirim giderimden fazla	3,13	2,73	4,60	5,22	7,73	7,15
F (sd)	39,558 (2;197)		23,046 (2;197)		20,463 (2;197)	
P	0,001		0,001		0,001	

Demografik özelliklere göre kaygı puanı incelendiğinde, katılımcıların yaş, bitirdikleri okul durumunda, meslek durumlarına ve aile tiplerine göre kaygı

puanının farklılık göstermediği (sd:3;196; p>0,05), bununla beraber ekonomik duruma göre kaygı puanının farklılık gösterdiği (sd:2;197; p<0,05) tespit edilmiştir. Ekonomik duruma göre kaygı puanındaki farklılığın tespit edilmesi amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi yapılmıştır. Somatik kaygı puanında geliri giderinden az olan grubun puanı (10,21±2,84) diğerlerine göre daha yüksektir. Psikik kaygı puanında geliri giderinden az olan grubun puanı (19,00±4,38) diğerlerine göre daha yüksektir. Genel kaygı puanında geliri giderinden az olan grubun puanı (29,21±7,07) diğerlerine göre daha yüksektir.

Tablo 15. Gebelik Durumuna Göre Kaygı Puanının İncelenmesi

Gebelik Yaşı	Somatik Kaygı		Psikik Kaygı		Genel Kaygı	
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
18-24	5,12	3,45	6,21	5,12	10,11	8,56
25-30	6,12	3,85	9,21	4,63	15,19	8,12
31-35	7,92	4,63	10,54	3,59	16,77	6,41
36 ve üzeri	8,11	3,94	11,96	5,22	19,65	8,61
F (sd)	4,521 (3;196)		5,621 (3;196)		5,931 (3;196)	
P	0,001		0,001		0,001	
Gebelik Haftası	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
20-25 hafta	5,32	4,32	7,22	5,12	14,22	10,22
26-31	7,17	3,65	11,18	6,36	17,12	9,62
32-37	6,85	3,81	10,61	5,29	16,67	8,311
F (sd)	1,152 (2;197)		1,319 (2;197)		1,323 (2;197)	
P	0,342		0,253		0,268	
Gebelik Kilosu	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
60 kg altı	7,72	4,12	10,22	5,11	12,22	7,10
61-70 kg	5,23	3,22	7,18	5,16	15,12	8,87
71-80 kg	8,69	3,28	10,32	3,21	14,45	0,00
81 kg ve üstü	6,33	3,32	9,18	4,87	13,42	7,23
F (sd)	1,168 (3;196)		1,362 (3;196)		1,312 (3;196)	
P	0,312		0,259		0,272	
Gebelikte Alınan Kilo	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
Hiç kilo almamış	7,12	3,54	9,51	3,54	12,66	6,51
1-5 kilo	6,22	3,69	10,56	4,56	13,58	5,12
6-10 kilo	7,18	4,51	9,84	5,12	12,82	6,85
11 kilo ve üzeri	7,15	4,21	8,10	4,25	15,94	6,22
F (sd)	1,215 (3;196)		1,418 (3;196)		1,512 (3;196)	
P	0,368		0,190		0,158	

Gebelik durumuna göre kaygı puanı incelendiğinde, katılımcıların gebelik haftasına (sd:2;197; $p<0,05$), gebelik kilosuna (sd:3;196; $p>0,05$) ve gebelikte alınan kiloya (sd:3;196; $p>0,05$) bağlı olarak kaygı puanının farklılık göstermediği, bununla beraber gebelik yaşına (sd:3;196; $p<0,05$) göre kaygı puanının farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Gebelik yaşına göre kaygı puanındaki farklılığın tespit edilmesi amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi yapılmıştır. Test sonuçlarına göre yaşı 36 ve üzeri olan gebelerin somatik kaygı düzeyi ($8,11\pm3,94$), psikik kaygı düzeyi ($11,96\pm5,22$) ve genel kaygı düzeyi ($19,65\pm8,61$) diğerlerine göre daha yüksektir. Gebelerin yaşları arttıkça, kaygı puanları da artmaktadır.

Tablo 16. Gebe Olma Durumuna Göre Kaygı Puanı

		Somatik Kaygı		Psşik Kaygı		Genel Kaygı	
Gebeliğin Olması	Planlı	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
Evet		5,75	3,45	9,33	5,33	15,09	8,10
Hayır		6,42	4,87	12,04	7,54	18,46	12,08
t (sd)		1,130 (198)		2,955 (198)		2,357 (198)	
P		0,260		0,004		0,019	
Şu Anki Gebelikte Rahatsızlık Durumu		Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
Evet		5,04	4,45	10,14	5,39	16,18	9,42
Hayır		6,77	3,18	10,34	7,24	16,11	10,13
t (sd)		0,521 (198)		0,220 (198)		1,388 (198)	
P		0,428		0,826		0,167	
Gebelik Sayısı		Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
1		5,15	3,74	9,21	5,45	16,24	8,71
2		6,10	3,35	10,69	4,41	17,51	7,46
3		7,33	4,76	11,46	5,34	16,15	9,54
4 ve üstü		7,45	5,14	10,60	6,21	16,21	9,14
F (sd)		1,521 (3,196)		1,628 (3,196)		1,746 (3,196)	
P		0,412		0,356		0,292	
Doğum Sayısı		Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
0		6,12	3,12	9,54	4,56	15,45	8,54
1		5,45	3,14	7,57	5,12	16,22	8,25
2		6,22	4,21	8,52	5,66	17,68	8,36
3		5,94	3,56	10,54	6,14	17,32	7,45
4 ve üstü		7,12	3,85	11,14	6,85	16,82	8,33
F (sd)		1,426 (4, 195)		1,510 (4, 195)		1,610 (4, 195)	
P		0,493		0,422		0,362	
Kürtaj Sayısı		Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
0		8,24	3,45	10,32	5,11	16,32	9,43
1		6,28	4,25	10,11	6,12	15,85	10,24
2		7,14	3,96	9,56	5,36	17,47	9,85
F (sd)		1,712 (2,197)		1,752 (2,197)		1,821 (2,197)	
P		0,302		0,281		0,209	
Ölü Doğum Yapma Durumu		Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
Evet		10,12	5,41	12,32	6,52	20,12	5,42
Hayır		5,12	3,20	8,56	5,11	15,11	6,52
t (sd)		8,451 (198)		8,514 (198)		9,856 (198)	
P		0,001		0,001		0,001	
Bir Gebelikte Problem Durumu	Önceki	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
Evet		10,13	5,63	13,58	6,55	20,85	5,56
Hayır		5,14	4,18	8,42	5,85	15,23	6,12
t (sd)		7,542 (198)		8,631 (198)		7,982 (198)	
P		0,001		0,001		0,001	

Gebe olma durumuna göre kaygı puanı incelendiğinde, şundaki gebelikte rahatsızlık durumu (sd:198; $p>0,05$), doğum sayısı (sd:4;195; $p>0,05$) ve kürtaj sayısına (sd:2;197; $p>0,05$) göre kaygı puanının farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bununla beraber gebeliğin planlı olması (sd:198; $p<0,05$), ölü doğum yapma durumu (sd:198; $p<0,05$) ve bir önceki gebelikte problem olma durumuna (sd:198; $p<0,05$) göre kaygı puanının farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Gebeliğin planlı olması durumuna göre kaygı puanı incelendiğinde, gebeliği planlı olan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarının ($5,75\pm3,45$; $9,33\pm5,33$; $15,08\pm8,10$), gebeliği planlı olmayan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarından ($6,42\pm4,87$; $12,04\pm7,54$; $18,46\pm12,08$) daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Ölü doğum yapma durumuna göre kaygı puanı incelendiğinde, ölü doğum yapan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarının ($10,14\pm5,41$; $12,32\pm6,52$; $20,12\pm5,42$), ölü doğum yapmayan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarından ($5,12\pm3,20$; $8,56\pm5,11$; $15,11\pm6,52$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bir önceki gebelikte sıkıntı olma durumuna göre kaygı puanı incelendiğinde, bir önceki gebeliğinde problem yaşayan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarının ($10,13\pm5,63$; $13,58\pm6,55$; $20,85\pm5,56$), problem yaşamayan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarından ($5,14\pm4,18$; $8,42\pm5,85$; $15,23\pm6,12$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

3.5. Gebelerde Kaygı ve Depresyon Arasındaki İlişki

Araştırmanın bu bölümünde gebelerde kaygı ve depresyon arasındaki ilişki korelasyon testi ile incelenmiştir.

Tablo 17. Gebelerin Kaygı ve Depresyon İlişkileri

		Depresyon	Somatik Kaygı	Psişik Kaygı	Genel Kaygı
Depresyon	r	1	,744**	,658**	,729**
	p		,000	,000	,000
	N	200	200	200	200
Somatik Kaygı	r		1	,792**	,919**
	p			,000	,000
	N		200	200	200
Psişik Kaygı	r			1	,968**
	p				,000
	N			200	200
Genel Kaygı	r				1
	p				
	N				200

Gebelerin kaygı ve depresyon puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, depresyon puanı ile somatik, psişik ve genel kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$), güçlü ve pozitif yönde ilişki mevcuttur. Gebelerin kaygı ve depresyon puanları birbirleriyle doğru ilişkilidir.

4. TARTIŞMA

Bu araştırmada erken doğum tehdidi olan ve olmayan gebelerin karşılaştırmaları yapılarak depresyon ve kaygı puanları incelenmiştir.

Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin yaş ortalamaları, kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalamalarından daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Ayrıca erken doğum tehdidi tanısı almış olan gebelerin ilk gebelik yaşlarının ortalaması, kontrol grubundaki gebelerin ilk gebelik yaşları ortalamasından yüksektir. Bu durum gebelik yaşının, erken doğum tehdidi için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Er (2012, s. 28) alışmasında 35 yaş üstü kadınların erken doğum riskinin 35 yaş altındaki kadınlara göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Kadının alışma hayatına geçişiyle beraber en yüksek doğurganlık yaşı 20-24 yaş arasından 25-29 yaş arasına kaymıştır. Ancak gebeliklerde yaşın ilerlemesiyle beraber risk faktörlerinin arttığı ifade edilmektedir (Er, 2012, s. 28). Aydemir ve Hazar (2014, s. 831) alışmalarında erken doğum riskinde anne yaşının önemli olduğu bununla beraber annenin doktor kontrollerinin erken doğumda etken bir faktör olduğu ifade edilmiştir. İleri yaş annelerde erken doğum riski yüksek olsa da gelişmiş ülkelerde gebelerin doktor kontrollerinin düzenli olmasının, risk faktörünü azalttığı belirtilmiştir. İleri yaş gebelikte rutin kontrollerin yapılması ve gebenin sürekli olarak takip edilmesi gerekmektedir. Kadınlarda 35 yaş üzeri gebelik için önemli risk faktörleri taşımaktadır. Bu nedenle özellikle 35 yaş üzeri kadınlarda gebeliğin ve bebeğin gelişiminin sürekli olarak izlenmesi ve takip edilmesi gerekmektedir.

Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin %93'ü çekirdek aile yapısına sahipken, kontrol grubunun %58'i çekirdek aile yapısına sahiptir. Aydemir ve Hazar (2014, s. 831) alışmalarında ailenin sosyo-demografik durumunun ve aile gelirinin erken doğum tehdidinde risk faktörleri olduğunu belirtmişlerdir. Geniş ailelerde gebeye sosyal desteğin daha fazla verilebilmesi, erken doğum tehdidini azaltıyor olabilir. Gümüşdaş vd. (2014, s. 41) alışmalarında ise aile tipinin gebelikte risk faktörü oluşturmadığını tespit etmişlerdir. Geniş ailelerde gebelere ev

işlerinde destek sağlanması yanı sıra aile üyeleri tarafından sosyal desteğin sağlanması gebelerin daha rahat bir gebelik geçirmelerini sağlayabilir.

Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin %45'inin gebelik sayısı bir ve %32'sinin ikidir. Kontrol grubundaki gebelerin ise %37'sinin gebelik sayısı bir ve %28'inin ikidir. Erken doğum tehdidi tanısı konan kadınların gebelik sayıları kontrol grubuna göre daha azdır. Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin %50'si hiç doğum yapmamış ve %38'i bir doğum yapmıştır. Kontrol grubundaki gebelerin ise %42'si hiç doğum yapmamış ve %30'u bir doğum yapmıştır. Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin doğum sayısı kontrol grubuna göre daha azdır. Farklı olarak Aydemir ve Hazar (2014, s. 831) çalışmalarında gebelik sayısının artmasının erken doğum tehdidi için bir risk faktörü oluşturduğunu belirtmişlerdir. Araştırma örneklemelerinin farklı olması nedeniyle gebelik sayısından bağımsız olarak başka faktörlerinde erken doğumu etkilediğini göstermektedir.

Depresyon puanı, gebelerin erken doğum tehdidi tanısı alma durumlarına göre farklılık göstermektedir. Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin depresyon puanları, erken doğum tehdidi tanısı konmayan gebelere göre daha yüksektir. Gebelere erken doğum tehdidi tanısı konması, depresyon puanlarını arttırmaktadır. Glynn vd. (2008, s. 50) çalışmalarında erken doğum tehdidinin gebelerde depresyon düzeyinin önemli bir yordayıcısı olduğunu tespit etmişlerdir. Doğan (2018, s. 99) çalışmasında riskli gebeliklerde kadınların depresyon puanlarının yükseldiğini ifade etmiştir. Gümüldaş vd. (2014, s. 41) çalışmalarında gebelerde erken doğum tehdidinin psiko-sosyal reaksiyonlara sebep olduğunu ifade etmişlerdir. Farklı bir açıdan ise Er (2012, s. 29) çalışmasında ise gebelerde depresyon puanının erken doğum riski oluşturduğunu ifade etmiştir. Schetter ve Tanner, L. (2012, s. 146) çalışmalarında birçok faktörün gebelikte risk oluşturduğunu bunların arasında erken doğum tehdidinin de mevcut olduğunu ifade etmişlerdir. Erken doğum tehdidi konan kadınların depresyon düzeyleri yükselmekle beraber depresyon puanının yüksek olması da erken doğum tehdidini arttırmaktadır. Erken doğum tehdidi, depresyon düzeyinde önemli bir risk

faktörüdür. Bu durum erken doğum tehdidi ve depresyon arasında karşılıklı ilişki olduğunu göstermektedir.

Kaygı puanı, gebelerin erken doğum tehdidi tanısı konma durumlarına göre farklılık göstermektedir. Somatik kaygı, psişik kaygı ve genel kaygı puanında erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin puanları, kontrol grubu gebelerinin puanlarına göre daha yüksektir. Doğan (2018, s. 99) çalışmasında riskli gebeliklerde kadınların anneliğe uyumunun ve psikolojik durumunun olumsuz yönde geliştiğini belirtmiştir. Farklı bir açıdan ise Aydemir ve Hazar (2014, s. 831) çalışmalarında gebelik döneminde kaygı gibi psikolojik sıkıntılar yaşayan kadınların, erken doğum riski taşıdıklarını ifade etmişlerdir. Depresyon puanında olduğu gibi kaygı puanı ve erken doğum tehdidi arasında karşılıklı ilişki tespit edilmiştir.

Depresyon gebelikte sıklıkla yaşanan problemler arasında yer almaktadır. Lancaster vd. (2010, s. 5) çalışmalarında depresyonun gebelikte en sık görülen komplikasyonlardan biri olduğunu ifade etmişlerdir. Gebe kadınların %12,7'sinin büyük bir depresif bozukluk yaşadığı ifade edilmekle beraber özellikle bazı profesyonel kuruluşlar tarafından artık gebelik döneminde depresyon için rutin tarama önerildiği ifade edilmiştir. Yine Whisman vd. (2011, s. 375) çalışmalarında depresyonun gebelikte önemli bir risk faktörü olduğunu ifade etmişlerdir. Gebelik döneminde kadının bebeği ve kendisi için risk algısının yüksek olması bu dönemde depresyon düzeyini de önemli düzeyde yükseltmektedir. Gebeliğin kadın için farklı bir deneyim olması ve gebelik döneminde bebeğin ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik olarak beklentilerinin söz konusu olması nedeniyle depresyon düzeyi yüksek olabilmektedir. Ayrıca bu dönemde kadınlarda yaşanan çeşitli hormonal değişiklikler de depresyon düzeyini etkileyebilir.

Gebelerin depresyon düzeylerinin demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Gebelerin yaşları arttıkça, depresyon puanları da artmaktadır.

Araştırmada gebelik haftası arttıkça, depresyon puanının azaldığı tespit edilmiştir. Demirbaş ve Kadioğlu (2014, s. 205) çalışmalarında kadınların gebelik erken dönemlerinde, gebeliğe alışma süresi nedeniyle psikolojik rahatsızlıklarının

gebelik geç döneme göre daha sıklıkla yaşandığını belirtmişlerdir. Gebelik haftası arttıkça kadının erken doğum tehdidinin azalması ve bebeğin gelişimini sürdürmesi nedeniyle kadının depresyon durumu azalıyor olabilir.

Gebeliğin planlı olması durumuna göre depresyon puanı incelendiğinde, gebeliği planlı olan kadınların depresyon puanlarının, gebeliği planlı olmayan kadınların depresyon puanlarından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Whisman vd. (2011, s. 375) çalışmalarında gebelikte önemli bir risk faktörünün gebelik öncesindeki depresyon düzeyi olduğu ifade edilmiştir. Bu durum gebeliğin planlı olup olmaması ile ilişkili olmaktadır. Gebelik öncesinde kadının depresyon düzeyinin yüksek olması ve beraberinde gebeliğin planlı olmaması durumu, gebelik süresinde kadının depresyon düzeyini daha fazla etkilemektedir. Gebeliğin planlı olmaması, kadınlar tarafından olumsuz olarak algılanabilmekte ve geleceğe yönelik kaygı düzeyi yükselebilmektedir. Kadınların geleceğe yönelik kaygılarının yüksek olması ise depresyon düzeylerini olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Kadınların planlı bir gebeliğe sahip olmamaları, bebek ve gebeliğe kendilerini hazır hissetmemelerine neden olabilmekte ve bu durum depresyon düzeylerini etkileyebilmektedir.

Ölü doğum yapma durumuna göre depresyon puanı incelendiğinde, ölü doğum yapan kadınların depresyon puanlarının, ölü doğum yapmayan kadınların depresyon puanlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Arslan vd. (2011, s. 82) çalışmalarında ölü doğum yapan gebelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir.

Bir önceki gebelikte sıkıntı olma durumuna göre depresyon puanı incelendiğinde, bir önceki gebelikte problem yaşayan kadınların depresyon puanlarının, bir önceki gebelikte problem yaşamayan kadınların depresyon puanlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Arslan vd. (2011, s. 82) çalışmalarında bir önceki gebelikte düşük yaşayan gebelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Ölü doğum yapmış olan kadınların mevcut gebelik dönemlerinde psikolojik olarak bu durumdan kötü etkilenmelerinin sağlanmasına yönelik olarak özellikle sağlık profesyonelleri tarafından psikolojik desteğin sağlanması gerekmektedir. Önceki gebelik

deneyiminden etkilenmiş olan kadınlar mevcut gebeliklerinde de önemli psikolojik sorunlar yaşayabilirler.

Kaygı durumu gebelikte önemli psikolojik problemlerden biri olarak görülmektedir. Gebelerin bebekleri ve kendileri ile ilgili gelecek planlamalarında problem yaşayabileceklerini düşünmeleri kaygı düzeylerini yükseltme de önemli bir faktördür. Deklava vd. (2015, s. 625) çalışmalarında gebelikte kaygı düzeyinin önemli bir psikolojik risk faktörü olduğu ifade edilmektedir. Özellikle gebelerin bebekleri ve kendileri ile ilgili beklentilerini karşılayamayacakları düşüncesi kaygı düzeyini etkileyen önemli bir faktör olarak görülür.

Gebelerin kaygı düzeylerinin demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Somatik, psişik ve genel kaygı puanında geliri giderinden az olan grubun puanı diğerlerine göre daha yüksektir. Gebelerin yaşamış oldukları maddi sıkıntılar geleceğe yönelik olarak kaygı düzeylerinin artıran önemli bir faktör olarak görülmektedir. Gelecek dönemde özellikle bebeğin ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik olarak maddi kaygıların bulunması gebelerde önemli psikolojik problemlere neden olabilmektedir.

Araştırmada gebelerin yaşları arttıkça, kaygı puanları da artmaktadır. Er (2012, s. 29) çalışmasında gebelerin yaşları arttıkça erken doğum risklerinin arttığını ve bu durumun psikolojik rahatsızlıklara neden olabildiğini belirtmiştir. Farklı bir şekilde Deklava vd. (2015, s. 625) çalışmalarında 18-25 yaş arasındaki gebelerin en yüksek kaygı seviyesine sahip olduklarını tespit etmiştir. Özellikle genç kadınların bedensel değişiklik algılarının yüksek olması ve bedenlerinin eski formundan uzaklaşacağı algısı, kadınların kaygı düzeylerini yükseltmektedir. Bu sonuçlar, kadınların farklı kültürlere sahip olmalarının yaşlarına bağlı olarak kaygı düzeylerinin de farklılık göstermelerine neden oluyor olabilir. Kadınların bebeklerinin gelişimlerine veya kendi bedensel değişimlerine odaklanmaları, kaygı düzeyleri üzerinde farklı etkiler yaratıyor olabilir.

Gebeliğin planlı olması durumuna göre kaygı puanı incelendiğinde, gebeliği planlı olan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarının, gebeliği planlı olmayan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarından daha düşük olduğu

tespit edilmiştir. Micali vd. (2011, s. 150) araştırmalarında gebelik öncesinde kadınların kaygı durumlarının gebelik üzerinde de etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Gebeliğin planlı olmaması durumu ise kaygı durumunu arttıran önemli faktörlerden biri olarak görölmektedir. Gebelik öncesinde kadının kaygı ve diğer psikolojik problemlerinin yüksek olması, gebelik dönemindeki kaygı düzeyini de yükseltmektedir. Gebelerin yaşamış oldukları zorlu sürece hazırlıksız olarak yakalanmaları, geleceğe ilişkin planlamalarında değişikliğe gitme zorunluluğuunda olmaları, kaygı düzeyleri üzerinde etkili olabilir. Plansız gebelikler, kadınların tüm yaşamları üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Bebeğin bakım ihtiyaçlarının karşılanması ve doğum sonrası süreçte yaşanabilecek çeşitli olumsuz durumlar, kadınların kaygıları üzerinde olumsuz bir etki yaratabilir.

Ölü doğum yapma durumuna göre kaygı puanı incelendiğinde, ölü doğum yapan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarının, ölü doğum yapmayan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Arslan vd. (2011, s. 82) çalışmalarında ölü doğum yapan gebelerin kaygı puanlarının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Geçmiş gebelik döneminde ölü doğum yapmış olan gebelerin kaygı düzeyleri yükselmektedir.

Bir önceki gebelikte sıkıntı olma durumuna göre kaygı puanı incelendiğinde, bir önceki gebeliğinde problem yaşayan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarının, problem yaşamayan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Arslan vd. (2011, s. 82) çalışmalarında bir önceki gebelikte düşük yaşayan gebelerin kaygı puanlarının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Gümüşdaş vd. (2014, s. 41) çalışmalarında gebelerin bir önceki gebeliklerinde problem yaşamalarının psiko-sosyal rahatsızlıklara neden olduğu belirtilmiştir. Gebelerin önceki gebeliklerinde çeşitli sıkıntılar ile karşı karşıya kalmaları mevcut gebeliklerinde de aynı sıkıntıları yaşayabileceklerine yönelik kaygı durumlarını arttırmaktadır. Bu nedenle özellikle sağlık profesyonelleri tarafından daha önceki gebeliklerinde problem yaşamış olan gebelerin psikolojik sorunlarının iyileştirilmesine yönelik olarak girişimsel çalışmaların yürütölmesi gerekmektedir.

Gebelerin kaygı ve depresyon puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, depresyon puanı ile somatik, psişik ve genel kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı, güçlü ve pozitif yönde ilişki mevcuttur. Gebelerin kaygı ve depresyon puanları birbirleriyle doğru ilişkilidir. Benzer şekilde Arslan vd. (2011, s. 82) çalışmalarında gebelerin depresyon ve kaygı puanları arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Kaygı ve depresyon düzeyleri birbirlerini tetikleyen önemli psikolojik problemler arasında yer almaktadır. Özellikle Gebelik döneminde kaygı ve depresyon düzeylerinin birbirlerini desteklemesi ile beraber gebelerin psikolojik problemleri daha da artabilir. Bu durum erken doğum tehdidini etkilerken aynı zamanda bebeğin gelişimsel özellikleri üzerinde de etkili olacaktır. Bu nedenle özellikle geçmiş gebelik dönemlerinde problem yaşamış olan gebelere ve ileri yaş gebelere yönelik olarak gerekli girişimsel çalışmaların yürütülmesi sağlık profesyonellerinin önemli rolleri arasında görülebilir. Gebeliğin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi ve bebeğin gelişiminin sağlanmasına yönelik olarak kadının psikolojik durumunun değerlendirilmesi ve bu yönde çalışmalarının yürütülmesi gerekmektedir.

Erken doğum tehdidi gebelerin depresyon ve kaygı düzeylerini arttırdığı gibi ters ilişki olarak gebelerde yaşanan kaygı ve depresyon erken doğum tehdidini artırmaktadır. Staneva vd. (2015, s. 179) yapmış oldukları araştırmalarında gebelerde yaşanan depresyon, kaygı ve stres düzeyinin erken doğum tehdidi ile doğrudan ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Gebelerde erken doğum faktöründe özellikle depresyon ve kaygı düzeyinin önemli bir risk faktörü olduğu ifade edilmiştir. Bu konuda özellikle ebeler ve hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Gebelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin azaltılmasına yönelik olarak ebe ve hemşirelerin girişimsel çalışmalar yürütmeleri önemli olarak değerlendirilebilir. Gebelerde yaşanan depresyon ve kaygı düzeyinin kaynaklarının tespit edilmesi ve bunlara ilişkin düzenleyici çalışmaların yürütülmesinde gebelere yönelik bilgilendirici çalışmaların yapılması ebe ve hemşirelerin rol ve sorumlulukları arasında yer almaktadır.

Depresyon ve kaygı düzeyine bağlı olarak gebelerde erken doğum tehdidinin oluşması bebeklerin gelişim sürecini de olumsuz yönde

etkileyebilmektedir. Ibanez vd. (2012, s. 643) Araştırmalarında erken doğum tehdidinde depresyon ve kaygı düzeyinin önemli bir faktör olduğu tespit edilmekle beraber bu faktörlerin aynı zamanda bebeğin gelişimini olumsuz yönde etkilediği ifade edilmiştir. Kaygı ve depresyon düzeyine bağlı olarak bebeğin doğum ağırlığı düşmektedir. Bebeğin gelişimini olumsuz yönde etkilemekte olan kaygı ve depresyon düzeyinin tespit edilmesi ve bu kapsamda gerekli girişimsel çalışmaların yürütülmesi önemli olarak değerlendirilmektedir. Anne ve bebek sağlığının korunmasına yönelik olarak özellikle annenin psikolojik durumları göz önünde bulundurulması ve psikolojik durumundaki olumsuzlukların giderilmesine ilişkin girişimsel faaliyetlerin sağlık profesyonelleri tarafından düzenlenmesi önemlidir.



SONUÇ

Erken doğum, bebeklerin mortalite oranlarını arttıran en önemli risk faktörlerinden biri olarak görülmektedir. Bu durum erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin psikolojik durumlarını olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Gebelerin psikolojik durumlarının olumsuz yönde gelişmesi, gebeliğin ileriki safhaları için hem bebek hem de kadın için risk faktörü oluşturabilmektedir. Bu nedenle erken doğum tehdidi tanısı konan kadınların gebeliklerinde yaşadıkları depresyon ve kaygı durumlarının belirlenmesi ve erken doğumda risk faktörlerinin tespit edilmesi, gelecek dönem klinik çalışmalar için önem arz etmektedir.

Erken doğum, yenidoğanların ölümleri açısından en büyük en önemli sorun olarak ele alınmaktadır. Özellikle 5 yaşın altındaki çocuklarda, ölüm nedeni olarak pnömoniden sonra ikinci sırada erken doğum yer almaktadır. Erken doğumun yenidoğan ve fetus üzerindeki en önemli etkisi organlarda görülebilen matürite sorunlarıdır. Bu bağlamda mortalite ve morbiditeyi direkt olarak etkileyen bir sorun ise akciğer matüritesidir. Erken doğumda yenidoğanlar, genel olarak üst düzey risk altında ele alınmalarına rağmen, kısa ve uzun vadede mortalite ve morbidite riskiyle karşı karşıyadırlar. Bununla birlikte beslenme problemleri, hipotermi, solunum problemleri, sarılık gibi sebeplerden dolayı hastaneye yatış oranlarının erken doğan bebeklerde daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Bu durum erken doğumla dünyaya gelen bebeklerin sebep olduğu maliyetlerin zamanında doğan bebeklere kıyasla daha fazla olduğu ifade edilmektedir.

Erken doğum tehdidi gebelerde psikolojik ve sosyal problemlere neden olabilmektedir. Özellikle erken doğum tehdidi ile beraber gebelerde kaygı ve depresyon yükselebilmektedir. Bu durum gebelerin sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. Gebelerin yoğun bir şekilde yaşadıkları depresyon ve kaygı durumları, gebelikte erken doğumu da tehdit etmektedir.

Bu araştırmada erken doğum tehdidi tanısı konan ve konmayan gebelerin kaygı ve depresyon puanları incelenmiştir. Ayrıca çalışmada erken doğum tehdidinde risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik olarak gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ve gebelik özelliklerine göre karşılaştırma yapılmıştır.

Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin yaş ortalamaları, kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalamalarından daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Ayrıca erken doğum tehdidi tanısı almış olan gebelerin ilk gebelik yaşlarının ortalaması, kontrol grubundaki gebelerin ilk gebelik yaşları ortalamasından yüksektir. Yaş gebelik döneminde önemli faktörlerden biri olarak tespit edilmiştir. Kadınların yaşlarına bağlı olarak gebelik ile ilgili yaşamış oldukları problemler birbirinden farklılık gösterebilir. Araştırmada erken doğum tehdidi almış olan kadınların yaşları daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Bu durum kadının yaşını erken doğum tehdidin de önemli bir risk faktörü oluşturduğunu göstermektedir. Kadının yaşı gereği vücudundaki değişimler gebelik için uygunluğunu kaybediyor olabilir. Kadının özellikle 35 yaş sonrasında gebelik ile ilgili problemlerin arttığını söylemek mümkündür. Bu nedenle özellikle 35 yaş sonrasında gebe olan kadınların rutin kontrollerini aksatmamaları önemli kriterlerden biri olarak değerlendirilir.

Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin %93'ü çekirdek aile yapısına sahipken, kontrol grubunun %58'i çekirdek aile yapısına sahiptir. Erken doğum tehdidi kapsamında özellikle gebelerin almış oldukları sosyal destek önemlidir. Gebelik döneminde aile tarafından sağlanan sosyal destek ve ev işlerinde yardımcı olabilecek aile üyelerinin varlığı gebelerde erken doğum tehdidi azaltıcı faktörler arasında değerlendirilebilir.

Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin %45'inin gebelik sayısı bir ve %32'sinin ikidir. Kontrol grubundaki gebelerin ise %37'sinin gebelik sayısı bir ve %28'inin ikidir. Erken doğum tehdidi tanısı konan kadınların gebelik sayıları kontrol grubuna göre daha azdır. Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin %50'si hiç doğum yapmamış ve %38'i bir doğum yapmıştır. Kontrol grubundaki gebelerin ise %42'si hiç doğum yapmamış ve %30'u bir doğum yapmıştır. Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin doğum sayısı kontrol grubuna göre daha azdır.

Depresyon puanı, gebelerin erken doğum tehdidi tanısı alma durumlarına göre farklılık göstermektedir. Erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin depresyon puanları, erken doğum tehdidi tanısı konmayan gebelere göre daha yüksektir. Gebelerin erken doğum tehdidi almaları, depresyon puanlarını arttırmaktadır.

Kaygı puanı, gebelerin erken doğum tehdidi tanısı alma durumlarına göre farklılık göstermektedir. Somatik kaygı, psişik kaygı ve genel kaygı puanında erken doğum tehdidi tanısı konan gebelerin puanları, kontrol grubu gebelerinin puanlarına göre daha yüksektir. Gebelerin depresyon düzeylerinin demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Gebelerin yaşları arttıkça, depresyon puanları da artmaktadır.

Araştırmada gebelik haftası arttıkça, depresyon puanının azaldığı tespit edilmiştir. Gebelik haftası arttıkça kadının gebeliği alışması ve erken doğum tehdidinin giderek azalması nedeniyle kadının depresyon düzeyi düşmektedir.

Gebeliğin planlı olması durumuna göre depresyon puanı incelendiğinde, gebeliği planlı olan kadınların depresyon puanlarının, gebeliği planlı olmayan kadınların depresyon puanlarından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gebeliğin planlı olmaması kadının geleceğe yönelik endişe ve kaygılarını yükselterek depresyon düzeyini arttırabilir.

Ölü doğum yapma durumuna göre depresyon puanı incelendiğinde, ölü doğum yapan kadınların depresyon puanlarının, ölü doğum yapmayan kadınların depresyon puanlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Daha önceki gebeliklerinde problem yaşayan veya ölü doğum yapmış olan kadınların depresyon düzeyleri daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Bu durum kadının daha önceki deneyimleri doğrultusunda gebeliği ve doğuma yönelik olarak kaygı durumunun yükseldiğini göstermektedir. Daha önce ölü doğum yapmış olan gebelerin kaygı durumlarının azaltılmasına yönelik olarak özellikle sağlık profesyonelleri tarafından sosyal destek girişimlerinde bulunulması önemlidir. Bu konuda özellikle gebelere yönelik olarak gerekli bilgilendirici çalışmaların yapılması ve psikolog eşliğinde gebelere yönelik girişimlerde bulunulması gerekmektedir.

Bir önceki gebelikte sıkıntı olma durumuna göre depresyon puanı incelendiğinde, bir önceki gebelikte problem yaşayan kadınların depresyon puanlarının, bir önceki gebelikte problem yaşamayan kadınların depresyon puanlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin kaygı düzeylerinin demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Somatik, psişik ve genel kaygı puanında geliri giderinden az olan grubun puanı diğerlerine göre daha yüksektir. Gebelerin yaşamış oldukları maddi sıkıntılar psikolojik problemler yaşamalarında önemli bir faktör olarak görülebilir. Maddi sıkıntılar doğrultusunda gelecek ile ilgili kaygılar gebelerde erken doğum tehdidi artırıcı önemli bir risk faktörü olarak görülebilir.

Araştırmada gebelerin yaşları arttıkça, kaygı puanları da artmaktadır. Gebeliğin planlı olması durumuna göre kaygı puanı incelendiğinde, gebeliği planlı olan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarının, gebeliği planlı olmayan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ölü doğum yapma durumuna göre kaygı puanı incelendiğinde, ölü doğum yapan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarının, ölü doğum yapmayan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bir önceki gebelikte sıkıntı olma durumuna göre kaygı puanı incelendiğinde, bir önceki gebeliğinde problem yaşayan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarının, problem yaşamayan kadınların somatik, psişik ve genel kaygı puanlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Gebelerin kaygı ve depresyon puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, depresyon puanı ile somatik, psişik ve genel kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı, güçlü ve pozitif yönde ilişki mevcuttur. Ayrıca erken doğum tehdidinin gebelerin kaygı ve depresyon düzeyleri üzerinde doğrudan etkili olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin erken doğum tehdidi tanısı almaları, gebeliklerine ve bebeklerine yönelik risk algısı hissetmelerine neden olabilmekte ve bu durum kaygı ve depresyon düzeylerini arttırmaktadır.

Gebelerin yaşamış olduğu kaygı ve depresyon durumu erken doğum tehdidini artırabilecek önemli psikolojik problemler arasında yer almaktadır. Bu nedenle farklı nedenlerden dolayı erken doğum tehdidi tanısı almış olan gebelerin

kaygı ve depresyon durumlarının azaltılmasına yönelik olarak gerekli girişimsel çalışmaların yürütülmesi önemlidir. Bu konuda özellikle hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin gebelere yönelik sosyal destek sağlayıcı girişimlerde bulunması gerekmektedir. Ayrıca erken doğum sonucunda oluşabilecek risklerin göz önünde bulundurulması ve bu kapsamda ebelere yönelik bilgilendirici çalışmaların yapılması önemli hususlardan biridir.



ÖNERİLER

Araştırma kapsamında öneriler şu şekildedir:

Ülkemizde gebelik öncesi danışmanlık hizmetlerine yönelik çalışmaların arttırılması ve kadınların bu yöndeki bilgi düzeylerinin arttırılmasına ilişkin kamuoyu faaliyetlerinin yürütülmesi önemli olabilir.

Erken doğum tehdidi tanısı konan kadınlara yönelik psikolojik destek ve rehberlik hizmetleri sağlık hizmetleri bünyesinde sunulabilir.

Gebelerde erken doğum risk faktörlerinin tespit edilmesine yönelik daha geniş örneklerde kapsayıcı çalışmalar yapılabilir.

İleride yapılacak olan çalışmalarda kent ve kırsal ayrımı yapılarak farklı sosyo-ekonomik özelliklere sahip bölgelerde yaşayan gebeler üzerinde çalışma yapılabilir ve erken doğum risk faktörleri karşılaştırılabilir.

İleride yapılacak olan çalışmalarda gebelerle görüşmeler yapılarak nitel veri analizleri ile çalışmalar desteklenebilir.

KAYNAKÇA

- Akarsu, R. H., & Oskay, Ü. (2015). Gebelikte Venöz Tromboemboli Ve Hemşirelik Bakımı. *Medeniyet Medical Journal*, 30(2), s. 89-95.
- Akkaya, C., Eker, S. , Sarandöl, A. & Cangür, S. , Kırılı, S. (2013). Major Depresif Bozuklukta Düzelmenin Öngörücüleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, s. 122-129.
- Akpınar, F. Z. (2018). *Gebelikte Yaşanan Distres İle Gebelikteki Yakınmalar Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, s. 5.
- Aksu, O. (2018). *Karate Sporcularının Sürekli Kaygı Düzeyleri, Duygusal Zekâ Ve Kişilik Özelliklerinin Çeşitli Değişkenlere Göre Belirlenmesi*. Bartın Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, s. 9-11.
- Angı, U. (2018). *Üniversite Öğrencilerinde Umutsuzluk Düzeyleriyle Depresyon Ve Anksiyete Belirtilerinin İlişkisinin İncelenmesi*. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, s. 13-15.
- Annagür, B. (2008). *Depresyon Hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Sıklığı*. Türkiye Cumhuriyeti Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, s. 7.
- Arslan, B., Arslan, A., Kara, S. , Öngel, K., & Mungan, M. T. (2011). Gebelik Anksiyete Ve Depresyonunda Risk faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 21(2), s.79-84.
- Aslan, A. A., Sarı, B. A., & Kuruoğlu, A. (2012). Depresif Duygudurumdan Major Depresyona Klinik Spektrum. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15(1), s. 56-64
- Aydemir, H., & Hazar, H. U. (2014). Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik Ve Ebenin Rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), s. 815-833.

- Ayten, A., & Sağır, Z. (2014). Dindarlık, Dinî Başa Çıkma Ve Depresyon İlişkisi: Suriyeli Sığınmacılar Üzerine Bir Araştırma. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 47(47), s. 5-18.
- Babacan Gümüş, A., Çevik, N., Hataf Hyusni, S. , Biçen, ř., Keskin, G., & Tuna Malak, A. (2011). Gebelikte Benlik Saygısı Ve Beden İmajı İle İlişkili Özellikler. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 5(1), s. 7-14.
- Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, Kinney M, Lawn J. (2013). *Born Too Soon: The Global Epidemiology of 15 Million Preterm Births. Reproductive Health*, 10 (Suppl), s. 1-14.
- Çelik, G. (2017). Varoluş Felsefeleri, Varoluşçu Terapi Ve Sosyal Hizmet. *Dokuz Eylul University Journal of Graduate School of Social Sciences*, 19(3), s. 417-439.
- Çoban A, Bilgen H, Karatekin G, Önal E, Tatlı M. (2013). Neonatal Mortalitenin Daha da Azaltılması İçin Geliştirilecek Stratejiler Konusunda Öneriler. *Türk Neonatoloji Derneği Bülteni*. 25, s. 13-20.
- Dağlı, K. (2017). *Gebelikte Bebeğe Yönelik Yapılan Hazırlıkların Prenatal Bağlanma İle İlişkisi*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi, s. 16.
- De Haas, S. , Ghossein-Doha, C., Van Kuijk, S. M. J., Van Drongelen, J., & Spaanderman, M. E. A. (2017). Physiological Adaptation of Maternal Plasma Volume During Pregnancy: a Systematic Review And Meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 49(2), s. 177-187.
- Deklava, L., Lubina, K., Circenis, K., Sudraba, V., & Millere, I. (2015). Causes of Anxiety During Pregnancy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 205, s. 623-626.
- Demir, E., Saatçioğlu, Ö., & İmrol, F. (2016). Uluslararası Dergilerde Yayımlanan Eğitim Araştırmalarının Normallik Varsayımları Açısından İncelenmesi. *Current Research in Education*, 2(3), s. 130-148.

- Demirbaş, H., & Kadioğlu, H. (2014). Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu Ve İlişkili Faktörler. *MÜSBED 4(4)*, s. 200-206
- Demirtaş, M. (2018). *Gebelikle İlgili Kaygı Ölçeği-Revize 2 Formunun Türkçeye Uyarlanması Ve Geçerlik Güvenirlik alışması*, Uzmanlık Tezi, Sakarya Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, s. 10-13.
- Doğan, N. G. (2018). *Riskli Gebeliklerde Kadının Gebelik Ve Anneliğe Uyumunun Değerlendirilmesi*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitusu Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, s. 13-99.
- DSM-5 2016 <https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update2016.pdf>
- Ekşi, H., & Dilmaç, B. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Genel Erteleme, Karar Vermeyi Erteleme Ve Akademik Erteleme Düzeylerinin Sürekli Kaygı Açısından İncelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(2), s. 433-450.
- Er, N. (2012) *Riskli Erken Doğumda Antenatal Risk Faktörlerinin Analizi*, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitusu, Edirne, s. 9-20.
- Ergün, E. (2017). Birinci Trimester Ultrasonografi İncelemesi, *Türk Radyoloji Seminerleri, Trd Sem; 5*, s.185-201.
- Fırat, A. (2005). *Preterm Eylem Tedavisinde Nifedipin'in Etkinliğinin Araştırılması*. Sağlık Bakanlığı / SSK İst. Bakırköy Doğ. Kadın ve oc. Has. Eğt. ve Arş. Hast. Tıpta Uzmanlık Tezi, s. 7-15.
- Gençtürk, A., & Memiş, A. (2010). İlkogretim Okulu Öğretmenlerinin Öz-yeterlik Algıları Ve İş Doyumlarının Demografik Faktörler Açısından İncelenmesi. *İlkogretim Online*, 9(3), s. 1037-1054.
- Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2008). Pattern of Perceived Stress and Anxiety in Pregnancy Predicts Preterm Birth. *Health Psychology*, 27(1), s. 43-51.

- Gümüşdaş, M., Apay, S. E., & Özorhan, E. (2014). Riskli Olan Ve Olmayan Gebelerin Psiko-sosyal Sağlıklarının Karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*, 1(2), s. 32-42.
- Hisli, N. (1989) Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7, s. 3-13.
- Ibanez, G., Charles, M. A., Forhan, A., Magnin, G., Thiebaugeorges, O., Kaminski, M., EDEN Mother–Child Cohort Study Group. (2012). Depression and Anxiety in Women During Pregnancy and Neonatal Outcome: Data From the EDEN Mother–child Cohort. *Early Human Development*, 88(8), s. 643-649.
- Johnson, A. C., & Cipolla, M. J. (2015). The Cerebral Circulation During Pregnancy: Adapting to Preserve Normalcy. *Physiology*, 30(2), s. 139-147.
- Karabulut, E. O., Atasoy, M., Kaya, K. & Karabulut, A. (2013). 13-15 Yaş Arası Erkek Futbolcuların Durumluk Ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Farklı Değişkenler Bakımından İncelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(1), s. 243-253.
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon Ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45, s. 65-74.
- Kartalcı, Ş., (2010). Testosteron Ve Depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), .s. 457.
- Kıvrak, Y., Ülker, K., Gündüz, S. , & Arı, M. (2011). Gebelikte Elektrokonvülsif Tedavi. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, (3), s. 133-138.
- Koç, H., (2004). *Profesyonel Futbolcularda Durumluk Kaygı Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya, s. 45.

- Konuşkan B, Per H, Gümüş H, Kumandaş S. (2012). Serebral Palsili Olgularda Görme Ve İşitme Bozuklukları Ve Epilepsi Sıklığı. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 3(2), s. 245-249
- Koucky M, Germanova A, Parizek A, Kalouse M, Kopecky P. (2009). Pathophysiology of Preterm Labour. *Prauge Medikal Report*, 110(1), s. 13 - 24.
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk Factors For Depressive Symptoms During Pregnancy: A Systematic Review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), s. 5-14.
- Lazoğlu, M. (2014). *Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz-Yeterlilik Puanının Karşılaştırılması*. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, s. 8.
- Lederman R, Weis K. (2009). *Psychosocial Adaptation in Pregnancy: Assessment of Seven Dimensions of Maternal Development*, 3 rd. Ed., New York, Springer Science Business Media, s. 14.
- Lee, N. M., & Saha, S. (2011). Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Gastroenterology Clinics*, 40(2), s. 309-334.
- Lembet A. (2002). Prematürenin Sonuçları Ve Epidemiyolojisi. *Perinatoloji Dergisi*. 10(2), s. 81-87.
- Lopes van Balen VA, Van Gansewinkel TAG, De Haas S, Van Kuijk SMJ, Van Drongelen J, Ghossein-Doha C, Spaanderman MEA. (2017). Physiological Adaptation of Endothelial Function to Pregnancy: Systematic Review and Meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 50(6), s. 697-708.
- Micali, N., Simonoff, E., & Treasure, J. (2011). Pregnancy and Post-partum Depression and Anxiety in a Longitudinal General Population Cohort: The Effect of Eating Disorders and Past Depression. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), s. 150-157.

- Öner, A., Özkırış, A., Güneş, T., Karaküçük, S. , Erkilic, K., & Çetin, N. (2005). Prematüre Retinopatisi: 2 Yıllık Tarama Sonuçlarımız. *Erciyes Tıp Dergisi*, 27, s. 104-109.
- Öröklü, C. (2018). *Erken Doğum Tehdidi (Edt) Olan Gebelerde Derin Gevşeme Egzersizlerinin Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s. 3-9.
- Öztürk, G. (2017). *Gebelikte Depresyon Belirtilerinin Ortaya Çıkmasında Psikososyal Faktörlerin ve Kişilerin Psikososyal Faktörlerin ve Kişilerin Psikolojik Dayanıklılığının Etkileri*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, s. 23.
- Pişirgen, N. (2011) *Riskli Gebeliklerde Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerin Değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, s. 17-19.
- Schetter, C. D., & Tanner, L. (2012). Anxiety, Depression and Stress in Pregnancy: Implications For Mothers, Children, Research, and Practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), s. 141-148.
- Serçekuş, P., & Mete, S. (2010). Effects of Antenatal Education on Maternal Prenatal and Postpartum Adaptation. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), s. 999-1010.
- Staneva, A., Bogossian, F., Pritchard, M., & Wittkowski, A. (2015). The Effects of Maternal Depression, Anxiety, and Perceived Stress During Pregnancy on Preterm Birth: A Systematic Review. *Women and Birth*, 28(3), s. 179-193.
- Şen, S. , Egeliöglu, N., & Saruhan, A. (2012). The Relationship Between Migration and Depression, Anxiety Level and Social Support in Pregnancy. *Journal of Human Sciences*, 9(2), s. 1-13.
- Timur, S. , & Kızılırmak, A. (2011). Erken Gebelikte Bulantı-Kusma Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(3), s. 281-286.

- Türkçapar, M. H., & Sargın, A. E. (2012). Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe Ve Gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, s. 7-14.
- Uğuz, Ş., Toros, F., İnanç, B. Y., & Çolakkadıoğlu, O. (2004). Zihinsel Ve/Veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon Ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 7(1), s. 42-7.
- Uzday, T. (2004). Anksiyete Ve Depresyonun Nörobiyolojisi. Gata Tıp Fakültesi, *Klinik Psikiyatri*, 4, s. 3-11.
- Üstün, A., Bayar, A. (2005). Üniversite Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(1), s. 384-390.
- Varma, G. S. , Oğuzhanoğlu, N. K., Karadağ, F., Özdel, O., & Amuk, T. (2005). Doğal Ve Cerrahi Menopozda Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle Cinsel Doyum Arasındaki İlişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8(3), s. 109-115.
- Whisman, M. A., Davila, J., & Goodman, S. H. (2011). Relationship Adjustment, Depression, and Anxiety During Pregnancy and The Postpartum Period. *Journal of Family Psychology*, 25(3), s. 375:383.
- Witten, J., Samad, T., & Ribbeck, K. (2018). Selective Permeability of Mucus Barriers. *Current Opinion In Biotechnology*, 52, s. 124-133.
- Yolcu, M.A. (2015). Aile Sosyo-Ekonomik Durumu Ve Anne-Baba Tutumlarının Sınav Kaygısı Düzeyleri Üzerine Etkilerinin İncelenmesi (Konya Örneğinde Üniversite Sınavına Dershaneye Giderek Hazırlanan Öğrencilere Bir Uygulama). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, s. 48
- Yücel, P., Çayır, Y., & Yücel, M. (2013). Birinci Trimester Gebelerde Depresyon Ve Anksiyete Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 16, s. 83-87.

EKLER

Ek-1: Sosyo-Demografik Form

Tarih:

Ad-Soyadı:

1- Kaç yaşındasınız?

2- En son hangi okulu bitirdiniz?

- a) Okur-yazar değil
- b) Okur- yazar
- c) İlköğretim
- d) Lise
- e) Üniversite ve üzeri

3- Mesleğiniz?

- a) Ev Kadını
- b) Memur
- c) İşveren
- d) Diğer

4- Aile Tipi?

- a) Çekirdek Aile
- b) Geniş Aile

5- Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) Gelirim giderimden az
- b) Gelirim giderime denk
- c) Gelirim giderimden fazla

6- İlk gebelik yaşıınız?

7- Gebelik haftanız?

8- Gebelik kilosu:

9- Gebeliğinizde kaç kilo aldınız:

10. Şu anki gebeliğiniz planlanmış bir gebelik midir?

- a) Evet
- b) Hayır

11- Şu an ki gebeliğinizde herhangi bir rahatsızlığınız var mı?

- a) Evet b) Hayır
- e) Bulantı
- f) Kusma
- e) Diğer.....

13- Kaçınıcı gebeliğiniz?

- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üstü

14- Kaç doğum yaptınız?

- a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 ve üstü

15- Kaç kürtajınız var?

a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 ve üstü

16- Ölü doğum yaptınız mı?

a) Evet b) Hayır

17- Bir önceki gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

a. Evet b. Hayır



Ek-2: Beck Depresyon Envanteri (BDE)

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) CezKONANDırıldığımı düşünmüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezKONANDırılabileceğimi hissediyorum.
(c) CezKONANDırılmayı bekliyorum.
(d) CezKONANDırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnutum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum; fakat bunu yapmam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim; ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskiye göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

20. (a) Sağlığım beni pek ilgilendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri dūřünmek zor geliyor.
(d) Bu tūr sıkıntılarım beni öylesine endiřelendiriyor ki artık bařka hiçbir řey dūřünemiyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskişine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.



Ek-3: Hamilton Anksiyete (Kaygı) Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)

Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği

0.Yok

1.Hafif (düzenli olmamakla beraber kısa sürelerle ortaya çıkar)

2.Orta (çoğunlukla görülür)

3.Şiddetli (tamamen hastanın yaşamında etkisini sürdürür)

4.Çok şiddetli

Her madde için rakamlardan birini işaretleyin.

1.Anksiyeteli mizaç: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş.

0 1 2 3 4

2.Gerilim: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, çabuk ağlayabilme, ürpermeler, gevşeyememe yerinde duramamalar

0 1 2 3 4

3.Korkular: Karanlık, trafik, kalabalık korkuları, yabancılar, yalnız bırakılma, hayvanlar

0 1 2 3 4

4.Uykusuzluk: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyandırıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.

0 1 2 3 4

5.Entellektüel(kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması

0 1 2 3 4

6.Depresif mizaç: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, erken uyanma, depresyon, gün içinde dalga KONANmalar

0 1 2 3 4

7.Bedensel (Musküler): Ağrılar, seğirmeler, miyoklonik sızramalar, artmış kas tonusu, kas gerginliği, ağrılar, diş gıcırdatmalar, titrek şekilde konuşmalar.

0 1 2 3 4

8.Somatik(duyusal): Beden ısısında farklılıklar, Kulağın çınlaması, görmenin bulanıklaşması, Güçsüzlük hisleri, sıcak soğuk basmaları, karınc KONANma duyumu.

0 1 2 3 4

9.Kardiyovasküler semptomlar: Taşikardi, göğüste ağrılar, çarpıntı, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller

0 1 2 3 4

10.Solunum semptomları: Göğüste baskı hissetme veya sıkışma, boğulma duygusu içinde olma, iç çekme, dispne

0 1 2 3 4

11.Gastrointestinal semptomlar: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz oluşma, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybetme, konstipasyon.

0 1 2 3 4

12.Genitoüriner semptomlar: Sık sık idrar çıkarma, amenore, menoraji, frijidite gelişimi, boşalmanın erken olması, libido kaybı, empotans

0 1 2 3 4

13.Otonomik semptomlar: Ağızda kuruluğu, yüzün kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, başın dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.

0 1 2 3 4

14.Görüşme sırasındaki davranış: Yerinde duramama ve huzursuz gezinme, ellerinde titremeler olması, alında kırışma, gergin görünen yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüzün soluk olması, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmuS.

0 1 2 3 4



ÖZGEÇMİŞ

05.10.1974 yılında Konya'nın Akşehir ilçesinde doğdum. Konya Sağlık Meslek Lisesinden 1993 yılında mezun oldum. 1993 yılından itibaren Bayburt, Bilecik, İzmir, Erzurum illeri kamu sağlık kuruluşlarında Ebe olarak görev yaptım. 2006 yılından itibaren İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Yeni Doğan İşitme Tarama Ünitesinde görev yapmaktayım. Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünü 2011 yılında bitirdim.

Songül ŞEN