



T.C.

HİTİT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YÜKSEK RİSKLİ GEBELİĞİ OLAN KADINLARDA GÖRÜLEN
EMOSYONEL SORUNLAR VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Yüksek Lisans Tezi

Tuğçe Döndü SAVAŞIR

Çorum- 2023

**YÜKSEK RİSKLİ GEBELİĞİ OLAN KADINLARDA EMOSYONEL
SORUNLAR VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Tuğçe Döndü SAVAŞIR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. NURİYE BÜYÜKKAYACI DUMAN

Çorum 2023

Tuğçe Döndü Savaşır tarafından hazırlanan “Yüksek Riskli Gebeliği Olan Kadınlarda Emosyonel Sorunlar Ve Etkileyen Faktörler” adlı tez çalışması 15/06/2023 tarihinde aşağıdaki jüri üyeleri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN

.....

Dr. Öğr. Üyesi Derya Yüksel KOÇAK

.....

Doç. Dr. Rukiye HÖBEK AKARSU

.....

Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulunun .../.../..... tarih ve sayılı kararı ile Tuğçe Döndü SAVAŞIR'ın Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans derecesi alması onanmıştır.

(İmza)

Prof. Dr. Muhammed Asif YOLDAŞ

Enstitü Müdürü V.

TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını beyan ederim.

Tuğçe Döndü SAVAŞIR

YÜKSEK RİSKLİ GEBELİĞİ OLAN KADINLARDA EMOSYONEL SORUNLAR VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tuğçe Döndü SAVAŞIR

ORCID: 0000-0001-6405-3492

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Yüksek Lisans

Haziran 2023

ÖZET

Bu araştırma, yüksek riskli gebelik tanısı almış gebelerin yaşadıkları emosyonel sorunları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma örneklemini 18-35 yaşları arasında, Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi' nin Perinatoloji servisi ve polikliniğine 08.06.2022-29.01.2023 tarihleri arasında başvuran yüksek riskli gebelik tanısı almış ve daha önce herhangi bir psikolojik destek almamış 135 gebe tarafından oluşmuştur. Etik Kurul İzni, Kurum İzni ve kullanılacak olan ölçeklerin izinlerinin alınmasının ardından veri toplamaya başlanmıştır. Veri toplama aracı olarak, 'Gebe Değerlendirme Anketi (GDA)' 'Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)' 'Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)' 'Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ) kullanılmıştır. Veri analizi yapılırken Independent Sample T Testi, One Vay ANOVA Testi, ve Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin %17,8'i hipertansif hastalıklar, % 8,1'i pyelonefrit, %5,2'si şiddetli hiperemesis gravidarum, %11,9'u preterm eylem, %3,0'ü kilo alımında anormallikler, %1,5'i postterm gebelik, %3,7'si intrauterin gelişim geriliği, %2,2'si çoğul gebelik, % 8,1'i polihidroamniyoz ve oligohidroamniyos, % 3,7'si akut cerrahi problemler, %4,4'ü RH uyumsuzluğu, %5,9'u prezentasyon anomalileri, %9,6'sı DM, %1,5'i uygun olmayan fundus yüksekliği, %13,3'i antenatal kanama tanılarını almıştır. Yapılan istatistik sonuçlarına göre ölçeklerin ortama ve standart sapma değerleri BDÖ (16,78±8,45), BAÖ (19,25±10,82) ve GSDÖ (63,06±17,48) şeklinde elde edilmiştir. Anksiyete, depresyon ve gebelik stresine etki eden

faktörler incelendiğinde gebelerin obstetrik özelliklere göre parite arttıkça gebelik stresinde azalma olduğu, abortus arttıkça depresyon ve anksiyetede artış olduğu, kürtaj sayısı arttıkça gebelik stresinde azalma olduğu, görülmüştür. Gebelik takiplerine düzenli gitmeyen gebelerde ise depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ($p < \alpha = 0,05$). Evlilik ilişkilerinin emosyonel sorunlara etkilerine bakıldığında evlilik hayatı kötüye yakın gebelerin ve cinsel hayatı olumsuz etkilenen gebelerin anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ($p < \alpha = 0,05$). Sosyodemografik özelliklerin etkilerine bakıldığında gebelerin eğitim düzeyi azaldıkça depresyon düzeyi artmıştır. Geliri giderinden az olanların anksiyete ve gebelik stresi düzeylerinin daha yüksek, sosyal güvencesi olmayan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır ($p < \alpha = 0,05$). Gebelerin meslek gruplarının, eşiyile aralarındaki akrabalık durumlarının, evlenme yaşının, gebelerin çalışma durumlarının, alınan tıbbi tanının depresyon, anksiyete ve gebelik stresi ile ilgili ilişki varlığı tespit edilememiştir ($p > 0,05$). Pearson korelasyon analizi sonucuna göre BDÖ ile BAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta derecede ve pozitif yönde bir ilişkinin olduğu anlaşılmıştır ($p < 0,05$, $r = 0,627$).

Sonuç olarak bu çalışmaya göre, yüksek riskli gebeliği olan kadınlarda görülen anksiyete depresyon ve gebelik stresi gibi emosyonel sorunlar sosyodemografik özelliklerden etkilendiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kavramlar: Yüksek Riskli Gebelik, Anksiyete, Gebelik Stresi, Depresyon

Bilim Kodu: 1032.03

EMOTIONAL PROBLEMS AND AFFECTING FACTORS IN WOMEN WITH HIGH RISK PREGNANCY

Tuğçe Döndü SAVAŞIR

ORCID:0000-0001-6405-3492

HITIT UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL

Master of Science

June 2023

ABSTRACT

This research was conducted as a descriptive study to determine the emotional problems experienced by pregnant women diagnosed with high-risk pregnancy and the affecting factors. The research sample consisted of 135 pregnant women aged 18-35 who applied to the Perinatology service and polyclinic of Hitit University Erol Olcok Training and Research Hospital between 08.06.2022 and 29.01.2023, diagnosed with high-risk pregnancy and did not receive any psychological support before. After obtaining the permissions of the Ethics Committee, Institutional Permission and the scales to be used, data collection began. As a data collection tool, 'Pregnant Assessment Questionnaire (GDA)' 'Beck Depression Scale (BDS)' 'Beck Anxiety Scale (BAI)' 'Pregnancy Stress Assessment Scale (GSS)' was used. Independent Sample T Test, One Way ANOVA Test, and Pearson Correlation Test were used for data analysis. Of the pregnant women participating in the study, 17.8% had hypertensive diseases, 8.1% pyelonephritis, 5.2% severe hyperemesis gravidarum, 11.9% preterm labor, 3.0% abnormalities in weight gain, 1.5 postterm pregnancy, 3.7% intrauterine growth retardation, 2.2% multiple pregnancy, 8.1% polyhydramnios and oligohydramnios, 3.7% acute surgical problems, 4%, 4 were diagnosed with RH incompatibility, 5.9% with presentation anomalies, 9.6% with DM, 1.5% with inappropriate fundus height, and 13.3% with antenatal bleeding. According to the statistical results, the mean and standard deviation values of the scales were obtained as BDI (16.78±8.45), BAI (19.25±10.82), and GSSS (63.06±17.48). When the factors affecting anxiety, depression and pregnancy stress were examined, it was seen that as the parity of pregnant women increased, there was a decrease in pregnancy stress, as abortion increased, there was an increase in depression and anxiety, and as the number of abortions

increased, there was a decrease in pregnancy stress. Depression and anxiety levels were found to be higher in pregnant women who did not go to pregnancy follow-ups regularly ($p < \alpha = 0.05$). When the effects of marital relations on emotional problems were examined, anxiety and depression levels were found to be higher in pregnant women whose marital life was close to bad and those whose sexual life was adversely affected ($p < \alpha = 0.05$). Considering the effects of sociodemographic characteristics, the level of depression increased as the education level of pregnant women decreased. It is understood that those with less income than their expenses have higher levels of anxiety and pregnancy stress, and individuals who do not have social security have higher levels of anxiety and depression ($p < \alpha = 0.05$). No relationship was found between the occupational groups of the pregnant women, their kinship with their spouses, the age of marriage, the employment status of the pregnant women, the medical diagnosis received, and depression, anxiety and pregnancy stress ($p > 0.05$). According to the results of Pearson correlation analysis, it was found that there was a statistically significant, moderate and positive relationship between BDI and BAI ($p < 0.05$, $r = .627$).

In conclusion, according to this study, it was determined that emotional problems such as anxiety, depression and pregnancy stress in women with high-risk pregnancy are affected by sociodemographic characteristics.

Key Terms: High Risk Pregnancy, Anxiety, Pregnancy Stress, Depression

Science Code: 1032.03

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecim ve tez çalışmamın tüm sürecinde destekleyici yaklaşımı, sabrı, önemli yönlendirmeleriyle araştırmama ışık tutan tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN' a

Yüksek lisans eğitimi boyunca bilgileriyle destekleyen Dr. Öğr. Üyesi Derya YÜKSEL KOÇAK' a
Tez jürim olarak görev alan, önerilerde bulunan Doç. Dr. Rukiye HÖBEK AKARSU' ya

Yüksek lisans eğitimim boyunca yardımlarıyla beni destekleyen Arş. Gör. Fatma YILDIRIM' a
Tez aşamasına verilerin değerlendirmesinde sevgili hocam Ebru TURGAL' a

Tüm yüksek lisans sürecim boyunca destek ve motivasyonlarını benden eksik etmeyen biricik annem Fatma SAVAŞIR' a, sevgili babam Mustafa SAVAŞIR' a ve en değerli hazinem canım kardeşim İbrahim SAVAŞIR' a

Yüksek lisansa başvuru aşamasından itibaren beni her daim destekleyen ve yanımda olan değerli meslektaşım ve yol arkadaşım olan Soner SAVUR' a

En içten sonsuz teşekkürlerimle...

TUĞÇE DÖNDÜ SAVAŞIR

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xvi
GİRİŞ.....	1

1. BÖLÜM GENEL BİLGİLER

1.1. Yüksek Riskli Gebelik.....	1
1.1.1. Dünyada Ve Türkiye' De Riskli Gebelikler	1
1.1.2. Yüksek Riskli Gebeliğin Risk Faktörleri	2
1.2. Trimestirlara Göre Yaşanan Duygusal Dalgalanmalar	4
1.3. Yüksek Riskli Gebeliklerde Yaşanan Emosyonel Sorunlar	5
1.3.1. Depresyon.....	5
1.3.2. Anksiyete.....	17
1.3.3. Gebelik ve Anksiyete Bozuklukları.....	25
1.3.4. Gebelik Stresi	27
1.4. Antenatal Hemşirelik Süreci.....	31

2. BÖLÜM MATERYAL YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli.....	34
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zaman	34
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
2.6. Veri Toplama Araçları.....	35
2.7. Verilerin Toplanması	35
2.7.1. Gebe Değerlendirme Anketi.....	36

2.7.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	36
2.7.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	36
2.7.4. Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ)	37
2.8. Çalışma Takvimi Çalışma Takvimi	37
2.9. Veri Analizi.....	37
2.10. Araştırmanın Etiği	38

3. BÖLÜM

BULGULAR

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri Ve Sosyodemografik Özelliklerin BDÖ, BAÖ, GSDÖ Üzerine Etkilerine Yönelik Tartışma	61
4.2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri Ve Obstetrik Özelliklerin BDÖ, BAÖ, GSDÖ Üzerine Etkilerine Yönelik Tartışma	64
4.3. Katılımcıların Evlilik İlişkileri Ve Evlilik İlişkilerinin BDÖ, BAÖ, GSDÖ Üzerine Etkilerine Yönelik Tartışma.....	67
4.4. Katılımcıların Almış Oldukları Riskli Gebelik Tanıları Ve Bu Tanıların BDÖ, BAÖ, GSDÖ Üzerine Etkilerine Yönelik Tartışma	69
4.5. GSDÖ, BDÖ Ve BAÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Tartışma.....	70

5.BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

KAYNAKÇA.....	74
EKLER.....	85
EK-1 Gebe Değerlendirme Anketi	85
EK-2 Beck Depresyon Ölçeği.....	89
EK-3 Beck Anksiyete Ölçeği.....	92
EK-4 Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği.....	93
EK-5 Kurum İzni.....	96
EK-6 Ölçek İzinleri.....	97
EK-7 Bilgilendirilmiş Onam Formu	100

TABLULAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 3.1. Yüksek Riskli Gebelere Ait Demografik Verilerin Dağılımı	39
Tablo 3.2. Yüksek Riskli Gebelerin Evlilik İlişkilerine ait Verilerin Dağılımı	40
Tablo 3.3. Yüksek Riskli Gebelerin Obstetrik İlişkilerine ait Verilerin Dağılımı-1.....	41
Tablo 3.4. Yüksek Riskli Gebelerin Obstetrik İlişkilerine ait Verilerin Dağılımı-2.....	42
Tablo 3.5. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerine ait İstatistikler	42
Tablo 3.6. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Yaş Değişkenine Göre Farklılığının Analizi	43
Tablo 3.7. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Gebelik Haftası Değişkenine Göre Farklılığının Analizi.....	43
Tablo 3.8. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılığının Analizi.....	44
Tablo 3.9. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Meslek Değişkenine Göre Farklılığının Analizi	45
Tablo 3.10. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Gelir Durumuna Göre Farklılığının Analizi	46
Tablo 3.11. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Gebelik Sırasında Çalışma Durumuna Göre Farklılığının Analizi.....	46
Tablo 3.12. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Sosyal Güvenceye Göre Farklılığının Analizi.....	47
Tablo 3.13. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Göç Durumuna Göre Farklılığının Analizi	47
Tablo 3.14. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Evlenme Yaşına Göre Farklılığının Analizi	48
Tablo 3.15. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Eş Eğitim Durumuna Göre Farklılığının Analizi	49

Tablo 3.16. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Eş Mesleğine Göre Farklılığının Analizi.....	50
Tablo 3.17. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Eş ile Akrabalık Durumuna Göre Farklılığının Analizi.....	50
Tablo 3.18. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Evlilik Hayatına Göre Farklılığının Analizi.....	51
Tablo 3.19. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Cinsel Yaşam Olumsuz Etkilenme Durumuna Göre Farklılığının Analizi.....	52
Tablo 3.20. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Sigara İçme Durumuna Göre Farklılığının Analizi	52
Tablo 3.21. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Farklılığının Analizi	53
Tablo 3.22. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Sürekli İlaç Kullanma durumuna Göre Farklılığının Analizi.....	53
Tablo 3.23. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Uyku Düzeni Değişimine Göre Farklılığının Analizi.....	54
Tablo 3.24. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Engelli çocuğa sahip olma durumuna Göre Farklılığının Analizi	55
Tablo 3.25. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Yardımcı üreme tekniği kullanma durumuna Göre Farklılığının Analizi	55
Tablo 3.26. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Gebeliğin İstemli Gerçekleşme Durumuna Göre Farklılığının Analizi	56
Tablo 3.27. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Gebelik Takiplerine Düzenli Gitme Durumuna Göre Farklılığının Analizi	57
Tablo 3.28. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Hastaneye Yatma Durumuna Göre Farklılığının Analizi	57
Tablo 3.29. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçekleri ile Canlı Doğum Sayısı Arasındaki İlişkinin Analizi	58

Tablo	Sayfa
Tablo 3.30. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçekleri ile Ölü Doğum Sayısı Arasındaki İlişkinin Analizi.....	59
Tablo 3.31. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçekleri ile Kürtaj Sayısı Arasındaki İlişkinin Analizi	59
Tablo 3.32. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçekleri ile Abortus Sayısı Arasındaki İlişkinin Analizi	60
Tablo 3.33. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçekleri Arasındaki İlişkinin Analizi.....	60



SİMGELER VE KISALTMALAR

Kısaltmalar

GSDÖ	Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
DSM-V-TR	Amerikan Psikiyatri Birliğinin Yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanımı ve Sayımsal El Kitabı
ACTH	Adrenokortikotropik Hormon
ADH	Antidiüretik Hormon
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
GABA	Gama Amino Bütirik Asit
NE	Norepinefrin
OKB	Obsesif - Kompulsif Bozukluk
SNRI	Selektif Noradrenalin Re - uptake İnhibitörü
SSRI	Selektif Serotonin Re - uptake İnhibitörü
TCA	Trisiklik Antidepresan
CRH	Kortikotropin Serbestleştirici Hormon
DHD	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
ACOG	Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği
PTSD	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
MAO	monoaminooksidaz inhibitörü

GİRİŞ

Gebelik dönemi kadın hayatında biyolojik ve sosyal açılardan çeşitli değişimlerle seyreden ve bu değişimlere uyum sağlamayı gerektiren doğal bir süreçtir (Özçetin ve Erkan, 2019; Güleç ve ark., 2020). Hamilelik kadınların hayatlarına yeni bir düzen getirir; doğumun gerçekleşmesinin ardından kadına yeni bir anne adı verilir, insan neslinin devamı aile yapısını güçlenmesi ve beraberinde toplum düzeni için çok önemli bir süreçtir (Pampaka ve ark., 2018). Tüm bu değişen ve gelişen süreçlerin içerisinde, yeterli adaptasyonun sağlanamadığı durumlarda çoğu gebede farklı tür ve derecelerde emosyonel sorunların eşlik ettiği görülebilmektedir (Grigoriadis ve ark., 2019).

Gebelik süresi boyunca ortaya çıkan veya annede daha önceden var olan birtakım aksaklıkların yaşanması riskli gebeliklere yol açmaktadır (Karabulutlu ve Yavuz, 2021). Her ne kadar gebelik fizyolojik bir hadise ise de gebeliklerin %5-%51 sinde anne ve bebeğin sağlığını tehdit eden patolojik bir olayla karşılaşılır (Soğukpınar ve ark., 2018). Gebelikte yaşanan risk faktörlerinin anneye veya bebeğe yönelik hayati direkt etkileyecek büyüklükte ise yüksek riskli gebelik olarak adlandırılmaktadır. Erken doğum, erken membran rüptürü, gebelik hipertansiyonu, gestasyonel diyabet, çoğul gebelik, uterin irritabilite, intra uterin gelişim geriliği, plasenta previa, ablasyo plasenta, gebeliğin erken döneminde kanama ve düşük tehlikesi yüksek riskli gebeliklere örnek olarak verilebilmektedir (Taşkın, 2016). Riskli gebelik komplikasyonları dünyada tüm gebeliklerin yaklaşık %6-8'ini kapsamaktadır (Queenan ve ark., 2012). T.C Sağlık Bakanlığı'nın 'Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde (2018) bulunan riskli gebelik açıklamasında çok sayıda birbirinden farklı etkenlerden bahsedilmiştir. Gebenin, obstetrik öykü ve tıbbi özgeçmişinde yer alan faktörlerin yanı sıra, kadının 18 yaş altı veya 35 yaş üstü olması, iki yıldan sık gebelik ve grandmultiparite (beş ve üzeri doğum), düşük sosyoekonomik düzey, beslenme yetersizliği, kronik sistemik bir hastalığa sahip olma, istenmeyen gebelik, Rh/Rh uyumsuzluğu, çoğul gebelik, sigara, alkol kullanımı, gestasyonel diyabet, vajinal kanama, şiddetli enfeksiyon gibi birçok durumun yalnızca birinin olması dahi Sağlık Bakanlığı tarafından riskli gebelik olarak tanımlanmaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ün yaptığı çalışmalar incelendiğinde küresel çapta tüm maternal mortalitenin %75'ini; şiddetli kanama (çoğunlukla postpartum hemoraji), enfeksiyonlar (genellikle doğumdan sonra), gebelik sırasında hipertansiyon (preeklampsi ve eklampsi), doğumdan kaynaklanan komplikasyonlar ve güvenli olmayan küretaj oluşturmaktadır (DSÖ, 2019).

Türkiye'de riskli gebelikler oransal olarak azalış içerisinde olsada, hala her üç gebelikten birisi riskli gebelik olarak hesaplanmaktadır (HÜNEE, 2019). 2018 TNSA verilerine bakıldığı zaman 2018 yılından önceki 5 yıllık dönem içerisinde gerçekleşen doğumların %34'ü herhangi bir

yüksek risk kategorisinde yer almamaktadır (TNSA,2018). Doğumların %31'i ise kaçınılmaz risk kategorisi olan 18-34 yaş arası kadınların ilk doğumudur. Dünya geneline bakıldığında 2015 yılında gebelik sırasında oluşan komplikasyonlar ve sağlık sorunları nedeniyle günde 830 kadın yaşamını kaybetmiştir (WHO ,2017).

Yüksek riskli gebelik tanısı alan bir anne adayını çok farklı şekillerde tepkiler ortaya koyabilir (Taşkın, 2016). Bu farklar genetik özelliklerine, aile ve sosyal yaşamlarına, geçmişte deneyimledikleri tecrübelerine, sahip oldukları mizaçlarına göre (Satyapriya et al., 2013; Ölçer ve Oskay, 2015; Serçekuş ve Okumuş, 2004; Taşkın, 2016). Gebenin aldığı tıbbi tanıya, duruma verdiği öneme, baş etme becerilerine, problem çözme yeteneğine sosyal çevresine ve çevresinden alacağı desteğe göre şekillenebilir. (Yılmaz ve Şahin, 2019; Güleç ve ark, 2020).

Gebelik takiplerinin düzenli yapıldığı gebe ve fetüs açısından risk oluşturacak herhangi bir sorun ile karşılaşmadığı sürece, Sağlıklı bir gebe için genellikle mutluluk ve heyecan verici bir deneyimdir (Akın,2018) fakat Yüksek riskli bir durumun yaşanması gebelik süresince yaşanan stresi ve anksiyeteyi artırmakla beraber gebeyi ruhsal, fizyolojik, mental olarak da olumsuz etkilemektedir (Satyapriya ve ark., 2013; Özçetin ve Erkan, 2019).

Emosyonel sorunlar ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında depresyon ve anksiyete riskli gebelik tanısı almış kadınlarda en çok karşılaşılan durumlar olarak görülmektedir (Grigoriadis ve ark.,2019) Ülkemizde yapılan çalışma sonuçlarına göre %20, %25, %30 a varan oranlarda olduğu görülmüştür (Keskin ve ark., 2015; Uğuz ve ark. 2011; Gümüşdaş ve ark.,2014). Riskli gebelikler depresyon yaşanmasına karşı savunmasız kalınan bir dönemdir Grigoriadis ve ark.,2019). Perinatal dönemde depresyon yaşayan gebelerin oranının yaklaşık %11.9 civarında olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Grigoriadis ve ark.,2019) sosyoekonomik düzey düşük veya orta gelirli olan ülkelerde görülen antenetal depresyon prevalansı, geliri yüksek olan ülkelere kıyasla daha yüksek seviyelerde bulunmaktadır. (Xian, Zhuo, Dihui, ve Zhong, 2019) Amerika Birleşik Devletleri'nde yüksek riskli gebelik tanısıyla izlenen gebelerle yapılan bir çalışmada, depresyon (%27) ve anksiyete (%13) belirtilerinin yaşandığı (Byatt ve ark., 2014) Yunanistan'da riskli gebelik tanısıyla izlenen gebelerin %28'inde antenatal depresyon gözlemlendiği belirlenmiştir (Dagkis ve ark., 2016). Ev ziyaretleri yapılarak gerçekleştirilen bir araştırmada, gebelerin %16'sının depresyon, %63,8'inin durumluk kaygı yönünden risk altında olduğu (Bostancı ve ark.,2015) başka bir çalışmada, yüksek riskli gebelerin, sağlıklı gebelere göre anksiyete ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Özkan ve ark.,2004). Yüksek riskli gebelerde anksiyete ve depresyon prevalansı ile ilgili yapılmış çalışmalar incelendiğinde anksiyete %12-41 (Bostancı ve ark., 2015; Coşkun ve ark., 2020), depresyon %7-47 (Özdamar ve ark., 2014; Viswasam ve ark., 2019) oranlarında görülmektedir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelikte depresyon ve anksiyete görülme oranlarına bakılan çalışmalarda depresyon ve depresif belirtilerin görülme oranı Macaristan'da %17,9 anksiyete görülme oranı 14.6,

Finlandiya’da depresyon %30 anksiyete %16, Sırbistan’da depresyon görülme oranı %21,7 olarak bulunmuştur.

Gebeliğin sağlıklı ilerlemesine engel olabilecek stres yüklü herhangi bir etkenle karşılaşıldığında anksiyete depresyon ve stres gibi yanıtlar ortaya çıkmaktadır (Satyapriya et al., 2013).Yapılan çalışmalar incelendiğinde yüksek riskli gebelik tanısı alan kadınların diğer gebelere göre anksiyete stres ve depresyon oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir(Yılmaz ve Şahin, 2019).Gebelerin anksiyete oranlarındaki artışın depresyonu ya da depresyon oranlarındaki artışın anksiyeteyi tetiklediği aralarında pozitif yönde ilerleyen ilişki olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır. (Şahin ve Kılıçarslan, 2010).

Yüksek riskli gebeliği olan kadınların ruh sağlığını etkileyen olumsuz risk faktörlerine bakıldığında; istenmeyen gebelik, kötü evlilik hayatı, düşük sosyoekonomik düzey, sosyal destek yetersizliği, önceki yaşanmış olumsuz gebelik deneyimleri (abortus, küretaj), ektopik gebelik vb.), sigara alkol madde kullanımı, sosyal sağlık güvencesinin olmaması, doğum eylemi ile ilgili yaşanan korku ve endişeler, düşük eğitim seviyesi, düzensiz çalışma saatleri, defalarca kez başarısız olan yardımcı üreme tekniklerinin kullanılması, anne veya fetüs ile ilgili gerçekleşen bir komplikasyona bağlı olarak hastaneye yatış, yaşanan belirsizlik, hastane ortamı , sosyal çevreden uzak kalma gibi nedenler psikolojik sorunların yaşanmasına etki etmektedir (Güleç ve ark,2020; Taşkın,2016; Baltacı ve Başer,2020;Coşkun ve ark, 2020; Xian, Zhuo, Dihui, ve Zhong, 2019).

Gebelerin yaşadıkları anksiyete, stres depresyon gibi olumsuz emosyonel sorunlar aynı zamanda fetüsü de etkilemektedir (Grigoriadis ve ark.,2019; Şahin ve Kılıçarslan, 2010). Maternal stres plazmada ACTH, β -endorfin, glukokortikoid ve katekolamin seviyelerinde artış yaratarak, endokrin ve kardiyovasküler sorunlar oluşturur Gebede yükselen katekolamin, plasental kan damarlarında vazokonstriksiyon oluşturarak fetüse giden venöz akışı bozarak hipoksiye neden olmaktadır (Çorumlu ve Ulupınar, 2016). Stres mekanizması doğrultusuna göre stres anında vücutta kortizol, adrenalin ve nöradrenalinin salınımını artış yaşanmaktadır (Baltacı ve Başer,2020). Artan bu hormonlar fetüse plasenta yoluyla geçebilmektedir. Böylece antenetal stres fetüsün gelişiminde olumsuzluklara sebebiyet yaratmaktadır (Xian, Zhuo, Dihui, ve Zhong, 2019). Bunlara ek olarak antenatal stres plasental, maternal pitüiter, adrenal aksın aktivasyonu ile preterm eylemi tetiklediği bildirilmiştir (Kaba, 2019). Bu durum, preterm doğumla plasental ve maternal plazma kortikotropin hormonunun salınım seviyesinde artış ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Aksoy ve ark., 2019; Sis Çelik ve Atasever,2020).

Gebenin fizyolojik ve psikolojik açılarından gelişen değişimlere uyum sağlamaya çalıştığı bu dönemde kendisini hem kadınlık hemde annelik açısından yetersiz olarak görmesine, düşük benlik algısına ve annelik becerilerine karşı güveni sarsılmış bir şekilde yaklaşmasına sebep olmaktadır (Ölçer ve Oskay, 2015). Bu tarz belirtileri yoğun olarak yaşayan gebelerde

obstetrik süreç olumsuz etkilenir. Gebe bu dönemde bebeğin doğumuyla ilgili biyolojik ve sosyal değişikliklerin düzenlenmesinde pasif kalabilir, prenatal bakım almaya meraklı ve istekli olmayabilir (Amorime ve ark,2017). Belirtilerin doğum öncesinde ele alınmayıp doğum sonrası döneme de taşınmış olması anne ile bebek arasındaki ilişkiyi de olumsuz etkileyerek bebeğin bilişsel davranışsal gelişimi üzerinde etkiler yaratır (Özkan et al., 2004; Gümüşdağ ve ark., 2014; Dugalic, 2013). Bu sonuçlar doğrultusunda Antenatal dönemde psikiyatrik bozuklukların erken tanımlanması ve tedavisinin önemi anlaşılmaktadır (Taşkın,2016).

Anne adaylarının psikolojik sorunlarla baş edebilmeleri için öncelikle gebeliğe adaptasyon sağlamaları önemlidir (Büyükkayacı Duman 2012; Şahin 2015). Gebelik esnasında yaşanan emosyonel sorunların (depresyon anksiyete stres) azaltılması hem anne hem de fetüs için huzurlu bir ortam yaratarak iyilik halini artırır (Preis ve ark., 2022) akabinde doğum sonrası için de sağlıklı anne bebek ilişkisi kurulmasına katkı sağlar (Hopkins ve ark., 2018).

Yüksek riskli gebelik tanısı almış gebelerde depresyon, anksiyete, stres gibi ruhsal belirtiler gösteren anne adayları için bu problemlerle baş edebilme becerilerinin kazandırılması psikiyatrik yardım ve danışmanlık hizmetlerinden faydalandırılması sağlanmalıdır. (Blucher ve ark.,2017; Aydemir ve Hazar,2014). Gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması gereken gebelere ek olarak hayatı tehdit edici yüksek riskli gebelik tanısı almasıyla da sağlaması gereken uyumu ve dengeyi zorlaştırmaktadır bu nedenle gebenin ailesine özellikle de eşine bu konuda gerekli bilgilendirmelerin yapılması sonrasında yapılan görüşme süresince eksik olduğu konular tespit edilen konularda eğitim verilmesi elzemdir (Ölçer ve Oskay, 2015). Verilen eğitim sadece anne ve fetüsün sağlığı için değil aynı zamanda tüm ailenin ruhsal sağlığı adına etkili olacaktır (Blucher ve ark.,2017).

Hemşireler, yüksek riskli gebeliği olan kadınların yaşadığı emosyonel sorunlara yönelik sağlık davranışlarını tanımlama, semptomların oluşturduğu olumsuz etkilerin farkına varma ve bunlara etkin çözümler üretebilme için gerekli bilgi ve deneyime sahiptirler (Aydemir ve Hazar,2014). Hemşireler, anne adayının karşılaştığı problemlerle baş etme becerilerini geliştirerek bu dönemin daha kaliteli geçirilmesini sağlamalıdır (Blucher,2017). Hemşire yüksek riskli gebenin önceki baş etme becerilerini değerlendirmeli ve kullanmasını desteklemelidir, gerekli olduğu durumlarda yeni baş etme becerileri geliştirmesi için teşvik etmelidir. Sürecin doğru ve zamanında yönetilmesiyle gerek gebelik süreci gerekse gebelik sonrasında yaşanacak emosyonel sorunların erken tanınması ve rehabilite edilmeye başlanmasıyla daha kötü sonuçlara neden olması önlenerek daha sağlıklı bir gebelik süreci yaşanmasına destek olunacaktır (Blucher ve ark., 2017; Gilbert ve Harmon, 2002). Bu nedenlerle kadınların gebelikleri sırasında ortaya çıkan fiziksel ve duygusal semptomlarının, yakın çevresindeki kişilerle ilişkilerinin, annelik, beden imajı algılarının, bebekle ilgili endişelerinin bilinmesi oluşabilecek sağlık sorunlarının önlenmesi, kadının desteklenmesi ve

gerekli durumlarda yardım almasının sağlanması bakımından önemlidir (Cena ve ark.,2020; Soto-Balbuenna ve ark., 2018).

Bütün bu durumlar düşünöldüğünde 18-35 yaş arasındaki daha önce psikiyatrik herhangi bir tanı almamış, yüksek riskli gebelik tanısı bulunan kadınlarda anksiyete stres ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi, birbirleriyle olan ilişkisinin analizlerinin yapılması ve bu emosyonel sorunlara neden olan faktörlerin belirlenmesinin gerekli olduğu düşünölmektedir. Bu çalışma ile yüksek riskli gebelik tanısı alan ve gebelik süreci boyunca yaşadığı veya yaşayacağı fizyolojik ve biyolojik aksaklıklara ek olarak yaşanabilecek emosyonel sorunların tanınması ve etkileyen faktörlerin tespit edilmesiyle sağlık bakım hizmetlerinde gebelere koruyucu yaklaşım sağlanabilecek ve ihtiyaçları olan bireysel profesyonel bakım verilebilecektir.

Araştırmada, 18-35 yaş arasındaki daha önce psikiyatrik herhangi bir tanı almamış, yüksek riskli gebelik tanısı bulunan bireylerin sosyodemografik özellikleri, depresyon, anksiyete ve gebelik stresi düzeyleri ve bunların birbirleriyle olan ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

1. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1 Yüksek Riskli Gebelik

Gebelik süresi boyunca önemli fizyolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Soma-Pillay ve ark, 2016; Pampaka ve ark, 2018; Karabulutlu ve Yavuz, 2021). Gebelik boyunca homeostatik mekanizmalar gebeyi fetüsü yabancı bir cisim olarak reddedilmesine karşı korur. Bunun için kardiyovasküler, solunum, metabolik, endokrin, renal, hepatik, hematolojik, gastrointestinal ve üreme sistemleri bu sürece uyum sağlamalıdır aksi takdirde riskli gebeliklerin oluşmasına neden olacaktır. (Apay ve ark, 2016; Soma-Pillay ve ark, 2016). Literatürde riskli gebelikler, “riskli ve yüksek riskli gebelik”, “düşük riskli ve yüksek riskli gebelik” veya “düşük riskli, riskli ve yüksek riskli gebelik” gibi farklı şekillerde kategorize edilmektedirler (Aydemir ve ark, 2014; Coşkun, 2020; Yates, 2010; Kavuncuoğlu ve ark, 2010; Oskay, 2012; Serçekuş ve Okumuş, 2004; Saydam ve ark, 2007). Ülkemizde Türkiye Maternal- Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği gebelikleri yüksek riskli, riskli ve düşük riskli gebelikler şeklinde sınıflamaktadır (Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, 2005). Gebelikte yaşanan risk faktörlerinin anneye veya bebeğe yönelik hayatı direkt etkileyecek büyüklükte ise yüksek riskli gebelik olarak adlandırılmaktadır (Arslan ve ark, 2020). Riskli gebelik komplikasyonları dünyada tüm gebeliklerin yaklaşık %6-8’ini kapsamaktadır (Queenan ve ark.,2012). Gebelik süresi boyunca ortaya çıkan veya annede daha önceden var olan birtakım aksaklıkların yaşanması riskli gebeliklere yol açmaktadır (Karabulutlu ve Yavuz, 2021). Erken doğum, erken membran rüptürü, gebelik hipertansiyonu, gestasyonel diyabet, çoğul gebelik, uterin irritabilite, intra uterin gelişim geriliği, plasenta previa, ablasyo plasenta, gebeliğin erken döneminde kanama ve düşük tehlikesi yüksek riskli gebeliklere örnek olarak verilebilmektedir (Taşkın, 2016; Holness, 2018). Her ne kadar gebelik fizyolojik bir hadise ise de gebeliklerin %5-%51 sinde anne ve bebeğin sağlığını tehdit eden patolojik bir olayla karşılaşılır (Soğukpınar ve ark., 2018; Karabulutlu ve Yavuz, 2021; Babür ve ark, 2018).

1.1.1 Dünyada Ve Türkiye’ de Riskli Gebelikler

Kadın ve çocuk sağlığı ile ilgili veriler ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve sağlık hizmetlerinin kalitesini göstermektedir (Arslan ve ark, 2020). Bu veriler arasında yer alan anne ölümleri gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların en önemli üreme sağlığı problemidir (Soğukpınar ve ark,2018). Kadınlar ve yeni doğan bebekler için en riskli dönem olan doğum sırası ve sonrasında tahminlere göre, çoğunlukla önlenebilir nedenler yüzünden her yıl 2,8 milyon anne ve yenidoğan ölümü meydana gelmektedir Maternal mortalite oranı (MMR, 100.000 canlı doğumda anne ölüm sayısı) 2000-2017 yılları arasında küresel olarak yaklaşık %38 azalmış

olmasına rağmen, UNICEF ile Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu açıklamaya göre 2017 yılında gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar nedeniyle 290 bin anne ölümü meydana gelmiştir (UNICEF, 2019; DSÖ, 2017).

Yüksek riskli gebelikler ise, en önemli halk sağlığı sorunlarından bir tanesidir. Yüksek riskli gebeliğin meydana getirdiği sağlık bakım ihtiyaçlarını ele almak, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri arasında (SDG3) üçüncü sıradadır (DSÖ, 2019). Dünya'da yüksek riskli gebelikler %6 ile %33 arasında değişmektedir (Holness, 2018). Gebenin ve fetüsün sağlığı veya refahı için gerçek veya potansiyel bir tehlike meydana getiren, gebelikle ilişkili beklenmedik tıbbi veya obstetrik bir durum yüksek riskli gebelik olarak kabul edilir (Badakhsh ve ark, 2020).

Kadın ve çocuk sağlığı ile ilgili veriler ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve sağlık hizmetlerinin kalitesini göstermektedir (Arslan ve ark, 2020). Bu veriler arasında yer alan anne ölümleri gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların en önemli üreme sağlığı problemidir (Karabulutlu ve Yavuz, 2021). Kadınlar ve yeni doğan bebekler için en riskli dönem olan doğum sırası ve sonrasında tahminlere göre, çoğunlukla önlenebilir nedenler yüzünden her yıl 2,8 milyon anne ve yenidoğan ölümü meydana gelmektedir (DSÖ, 2019).

Türkiye'de riskli gebelikler oransal olarak azalış içerisinde olsa da , hala her üç gebelikten birisi riskli gebelik olarak hesaplanmaktadır(HÜNEE, 2019). 2018 TNSA verilerine bakıldığında zaman 2018 yılından önceki 5 yıllık dönem içerisinde gerçekleşen doğumların %34'ü herhangi bir yüksek risk kategorisinde yer almamaktadır (Arslan ve ark, 2020). Doğumların %31'i ise kaçınılmaz risk kategorisi olan 18-34 yaş arası kadınların ilk doğumudur. Doğumların %35'i en az bir kaçınılmaz risk kategorisinde bulunmaktadır. Doğumların %9'u ise iki veya daha fazla yüksek risk kategorisinde bulunmaktadır (TNSA, 2018). Dünya geneline bakıldığında 2015 yılında gebelik sırasında oluşan komplikasyonlar ve sağlık sorunları nedeniyle günde 830 kadın yaşamını kaybetmiştir (WHO ,2017). TNSA verileri incelendiğinde 1993 yılında her 100 gebeliğin 44,3'ü riskli gebelik kapsamında iken 2018 yılında bu oran her 100 gebelikte 35,2'ye düşmüştür (HÜNEE, 1994; HÜNEE, 2019). Riskli gebeliklerin zaman içerisindeki değişimini inceleyenler dikkat çeken bir nokta 2013 yılında yüzde 31,1'e düşmüş olan riskli gebelik oranının 2018 yılında artış göstermiş olmasıdır (HÜNEE, 2014; HÜNEE, 2019).

1.1.2 Yüksek Riskli Gebeliğin Risk Faktörleri

Gebeliği riskli hale getiren birçok faktör bulunmaktadır (Arslan ve ark, 2020). Bu faktörler 3 başlık adı altında toplanacak olursa sosyoekonomik faktörler, daha önceki ve şimdiki gebeliğe ait risk faktörleri şeklinde adlandırılabilir. (Kaya ve ark, 2018).

1.1.2.1 Sosyodemografik Risk Faktörleri

Anne yaşının 18'den küçük 35'den büyük olması, düşük sosyoekonomik düzey, düşük veya yüksek vücut kitle indeksi, az kilo alma (8 kg den az) ,sigara kullanımı (iki kat artmış risk), fazla doğum (3 ten fazla), sık doğum doğum öncesi bakım almama/alamama, düşük eğitim seviyesi, çalışma durumu, emosyonel durumlar, tedaviye isteksiz oluşturmaya Yoksulluk, sağlık hizmetlerine uzaklık, bilgi eksikliği, yetersiz ve kalitesiz hizmetler, kültürel inançlar ve uygulamalar da gebenin ve fetüsün sağlığını etkilemekte ve gebeliği riskli hale getirmektedir (DSÖ, 2019; (Gnanasambanthan ve Datta, 2019; Lee ve ark, 2016; Biaggi ve ark, 2016; Quinn ve ark, 2017; Bodnar ve ark, 2016).

1.1.2.2 Daha Önce Var Olan Tıbbi Sorunlar

Kalp hastalıkları, anemi (9gr>hb %29>hmt), hipertansiyon, böbrek hastalıkları, diabetes mellitus gibi kronik hastalar (Gilbert ve harmon, 2002).

1.1.2.3 Gebelikle İlgili Risk Faktörleri

1.1.2.3.1 Daha Önceki Gebeliğe Ait Risk Faktörleri

Önceki gebeliğinde erken doğum hikayesi, sezeryan, Rh uyumsuzluğu, önceki gebeliklerinde tekrarlayan abortuslar, önceki gebelikte kendiliğinden abortus, uterin anomaliler, ölü doğum öyküsü, nulliparite, abdominal cerrahi girişimler ve sık doğumdur (Gnanasambanthan ve Datta, 2019; Er, 2012).

1.1.2.3.1 Şimdiki Gebeliğe Ait Risk Faktörleri

Çoğul gebelik, membranların rüptüre olması, viral enfeksiyonlar, sitomegalovirüs, herpes simpleks tip 2, sifiliz, maternal proteinüri, kronik hipertansiyon, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği, maternal enfeksiyonlar, servikal yetmezlik, plasenta patolojileri, aşırı veya yetersiz kilo alımı, polihidramnios veya oligohidramnios, şiddetli anemi, hiperemesis, yardımcı üreme teknikleri ile elde edilmiş gebelik olma, üriner sistem enfeksiyonudur (Er, 2012), (Taşkın,2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ün yaptığı çalışmalar incelendiğinde küresel çapta tüm maternal mortalitenin %75'ini; şiddetli kanama (çoğunlukla postpartum hemoraji), enfeksiyonlar (genellikle doğumdan sonra), gebelik sırasında hipertansiyon (preeklampsi ve eklampsi),

doğumdan kaynaklanan komplikasyonlar ve güvenli olmayan küretaj oluşturmaktadır (DSÖ, 2019).

1.2. Trimestirlere Göre Yaşanan Duygusal Dalgalanmalar

Gebelik dönemi anneliğe uyumun ve yaşanan değişimlere adaptasyon sürecidir. bu süreçte gebenin yaşam kalitesini etkileyen bazı olaylar yaşanmaktadır (Soma-Pillay ve ark, 2016). bu olaylar süreç içine yaşanan trimestirlere göre farklılıklar göstermektedir (Özyurt ve Güzel,2019). Ortaya çıkan sorunlarla baş etmeye çalışan gebe aynı zamanda yeni bir bebeğe sahip olacak olmanın verdiği mutluluk ve heyecanla tam anlamıyla ruhsal dalgalanmalar yaşadığı bir döneme girmektedir (Özçetin ve Erkan,2019). Dalgalanma döneminde yaşanan stresörleri başarılı yönetemeyen gebelerde başta depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik sorunlar görülebilmektedir (Kaya ve ark, 2018; Lee ve ark,2016).

Birinci trimester yeni yaşanan duruma uyum aşamasıdır (Taşkın, 2016; Gül, 2019; Kamalak, 2015) Uyum sürecinde bulantı-kusma, pityalizm, sık idrara çıkma, burun tıkanıklığı, burun kanaması, lökore, dişeti kanaması, yorgunluk ve göğüslerde hassasiyet görülebilir. Gebe alışıktı olmadığı bu belirlere karşı rahatsızlık duymaya başlar (Taşkın,2016; Gilbert ve Harmon,2002) bu rahatsızlıkların yanı sıra riskli gebelik yaşaması, istenmeyen gebelik olması veya düşük sosyodemografik özellikler gibi etkenlerin de eklenmesiyle bu dönem gebeyi psikolojik anlamda etkilemeye başlar (Kaya ve ark, 2018). Bu nedenler dikkate alındığında birinci trimestir duygu durum dalgalanmalarının en sık yaşandığı aşamadır (Gül, 2019; Kamalak, 2015).

İkinci trimestir denge dönemi aşamasıdır (Canário ve Figueiredo, 2017) Uterusun büyüklüğü gebeyi yormayacak rahatsız etmeyecek şekildedir (Kılıçarslan,2008). Bu dönemde konstipasyon, baş ağrısı, hipotansiyon, çarpıntı, iştahta artma, mide yanması, karpal tunel sendromu, lökore, round ligament ağrısı, sırt ağrısı, deri değişiklikleri (stria) ve ciltte kaşıntı gibi rahatsızlıklar görülebilir (Taşkın,2016; Gilbert ve Harmon,2002) bu dönemde artık fetüs hareketlerinin de hissedilmeye başlanmasıyla anne ve fetüs arasındaki bağ gelişmeye, derinleşmeye başlamaktadır (Cena ve ark., 2020). İlk trimestirda yaşanan rahatsızlıkların çoğu bu dönemde azalmaya başlar ve adaptasyon geliştikçe de yavaş yavaş bu rahatsızlıklar ortadan kalkar. (Figueiredo ve Conde, 2011) bu aşamada gebe daha dışa dönüktür, psikolojik olarak daha iyidir. Bu aşama depresyon sıklığının en az görüldüğü dönemdir (Lee ve ark,2016).

Üçüncü trimestira gelindiğine yorgunluk ve bitkinlik dönemi aşamasıdır (Vázquez ve Míguez, 2021). Gebenin vücudunda uterus ve fetusun ağırlığı artmıştır böylece gebenin fiziksel yakınmaları yeniden başlamıştır (Kılıçarslan 2008) Bu dönemde eklemlerde ağrı, uykusuzluk, sık idrara çıkma, bacak krampları, yorgunluk, hemoroid, alt ekstremitelerde ödem, nefes

darlığı gibi şikâyetler de yaşanmaktadır (Taşkın,2016; Gilbert ve Harmon,2002). Özellikle bulantı-kusma, yorgunluk, kişisel bakım, cinsellik, temizlik, çalışma, hareket etme gibi günlük yaşam aktiviteler, kısıtlanmış yaşam konforu azalmıştır (Vázquez ve Míguez, 2021). Tüm bu fiziksel yakınmaların yanı sıra doğumun ne şekilde kim tarafından nerede ve ne zaman gerçekleşeceği herhangi bir sorun yaşanıp yaşanmayacağı gibi kaygılar yaşanmaya başlanır. Bir yandan bebeğe kavuşulacak olmanın verdiği mutluluk bir yandan da yaşanan bu stresler gebenin ambivalan duygular yaşamasına neden olmaktadır (Özyurt ve Güzel, 2019).

Portekiz'de yürütülen bir araştırma (Canário ve Figueiredo,2017; Figueiredo ve Conde,2011), kaygının "V" şeklinde bir model izlediğini buldu; yani, kaygı, gebeliğin erken ve geç döneminde daha yüksek ve ardından ikinci üç aylık dönemde azaldı. Spesifik olarak Canário ve Figueiredo (2017), en yüksek kaygı düzeylerinin ilk trimesterde meydana geldiğini gözlemlerken, Figueiredo ve Conde (2011) en yüksek kaygının üçüncü trimesterde olduğunu gözlemledi. İspanya'da Vázquez ve Míguez (2021) da benzer bir gidişat buldular; ilk üç aylık dönemde en yüksek kaygı düzeylerini tespit ettiler. Podvornik ve ark. (2015), Slovenya'da, kaygının gebeliğin başından sonuna kadar giderek azaldığını gözlemledi. İtalya'da Cena ve ark. (2020) gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterini değerlendirirken- en yüksek kaygı düzeyinin ikinci trimesterde meydana geldiğini bulmuşlardır.

1.3 Yüksek Riskli Gebeliklerde Yaşanan Emosyonel Sorunlar

1.3.1 Depresyon

1.3.1.1 Tanımı

Türk Dili Kurumu (TDK) bunalım çöküntü olarak tanımlamıştır. Depresyon çökkün, üzüntülü huzursuz, umutsuz, karamsar bir duygudurum içerisinde olmak, motor becerilerde yavaşlama durgun, güçsüz, isteksiz olmak, fizyolojik işlevlerde yavaşlama iştahsızlık buna bağlı kilo kaybı, uyku periyodunda bozulmalar, cinsel isteksizlik hali gibi kişinin yaşamına son vermesine kadar uzanan geniş tanımlamalara sahip bir ruhsal bozukluktur (Kaya ve ark, 2018; Çalık ve Aktaş, 2011; Bulut ve Yiğitbaş, 2018).

Tanı Kriterleri

DSM-5' e Göre Majör Depresyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri

DSM-5'in başlıca hedefi, uzman klinisyenlere, hasta bireylerin ruhsal rahatsızlıklarının tanısında, olguların kavramsallaştırılması ve değerlendirilmesi esnasında yardımcı olmak, her hastaya özgü belirli bir tedavi planı yapılmasını sağlamaktır.

DSM-5'e göre majör depresyon bozukluğu tanısı için aşağıdaki maddeler dikkate alınmalıdır.

1. İki haftalık süre içinde, aşağıda belirtilmiş olan semptomların beş tane veya daha fazlası görülmüştür ve önceden var olan işlevsellik seviyesinde değişiklik yaşanmıştır; bu semptomlardan en az bir tanesi çökkün duygu durum veya ilgisini kaybetme veya zevk almamadır.

a. Çökkün duygu durum, hemen hemen her gün, günün geniş bir kısmında bulunur ve bu olayı ya bireyin kendisi ifade eder ya da bu olay başkalarınca gözlemlenir.

b. Bütün veya hemen hemen bütün aktivitelere karşı ilginin belirgin bir biçimde azalması veya aktivitelerden haz almama durumu, hemen hemen her gün, günün önemli bir kısmında bulunur.

c. Kilosunu azaltmaya çalışmıyorken fazla kilo verme veya kilo alması veya hemen hemen her gün, yemek yeme isteğinde düşüş veya iştahında artma.

d. Hemen hemen her gün, uykusuzluk yaşama veya çok fazla uyuma.

e. Hemen hemen her gün, ajitasyon veya yavaşlama.

f. Hemen hemen her gün, değersizlik veya çok fazla ya da uygun olmayan suçluluk emosyonları.

g. Hemen hemen her gün, bitkinlik veya içsel enerjinin kalmaması.

h. Hemen hemen her gün, düşünmekte veya dikkati odaklamakta zorluk yaşama veya kararsızlık yaşamak.

i. Sürekli tekrarlayan ölüm fikirleri, özel hareket planlamaksızın yineleyici intihar fikirleri veya intihar girişimi veya intihar için özel bir hareket planlama.

2. Bu semptomlar klinik açıdan gözlenen bir bunaltıya veya toplumsal, iş hayatında veya diğer önemli işlevsellik ortamlarında işlevsellikte azalmaya yol açar.

3. Bu süreç, bir nesnenin veya diğer bir sağlık durumunun fizyolojik olarak etkilerine bağlanamaz (APA,2013).

1.3.1.2 Depresyonu Açıklayan Kuramlar

1.3.1.2.1 Psikoanalitik Kuram

Sigmund Freud' un 1917 de yayınladığı 'Yas ve Melankoli' adlı bildirisinde melankolinin belirtilerini anlatmıştır; yoğun bir keder, acı ve yas duygusu, aktivitelerde azalma, alaka ve

sevginin kaybolması, sosyal çevre ile olan ilişkinin kopması, öz saygı ve öz eleştirinin azalması veya yok olması, bireyin kendini cezalandırıcı düşüncelere sahip olması olarak sıralamıştır (Taylor ve Richardson, 2005; Brenner,1991).

1.3.1.2.2 Bilişsel Kuram

Birçok bilişsel kuramcı depresyon üzerine çalışmalarda bulunmuştur (Çelik ve Hocaoğlu,2016). Bunlar arasında en çok rağbet görenlerden birisi de Aeron Beck'in bilişsel kuramıdır. Beck e göre bilgi işleme esnasında ortaya çıkan hatalı ve yanlış oluşumlar psikolojik problemlerin kaynağını oluşturmaktadır (Beck,1967). Depresyonun oluşumunu ise dört ana başlık altında incelemektedir (Nolen-Hoeksema,2008; Işık ve ark., 2013).

Bu başlıklardan birincisi olumsuz üçlü; becerisizlik, değersizlik, yetersizlik duygularının temelini oluşturduğu bireyin kendisiyle alakalı düşüncelerinin, çevresine karşı tutum ve düşüncelerinin, kendi geleceği ile düşüncelerinin olumsuzluklarla dolu olmasıdır (Nolen-Hoeksema,2008; McEyoy ve ark.,2010).

İkincisi ise olumsuz düşüncelerin kendiliğinden meydana gelmesidir. Birey bu düşünceleri daha önce düşünmeden planlamadan otomatik olarak ortaya çıkarmaktadır (Nolen-Hoeksema,2008;).

Üçüncüsü olarak; bilginin kodlanması ve algılanması sırasında meydana gelen abartma, genelleme, kişisel olarak yaklaşma, küçümseme gibi bireysel görüşlerle fikir yürütme ve dayanağı olmayan çıkarımlarda bulunmasıdır (Nolen-Hoeksema ve ark.,2008;Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Dördüncüsüne bakıldığında ise depresyonda işlevselliği olmayan fikirleri ortaya çıkarmak olarak anlatılmıştır (Nolen-Hoeksema ve ark., ,2008; McEvoy ve ark., 2010).

1.3.1.2.3 Davranışçı Kuram

Depresyonun oluşumunun pozitif pekiştireçlerin ve genellenmiş davranış varlığının azalması veya yok olması neticesinde oluştuğunu savunmaktadır (Ainsworth ve ark.,1978). Skinner pozitif sosyal pekiştireçlerin azalmasının bireyin davranışlarında oluşan tepkisine sönme adını vererek depresyonu açıklamaktadır (Nolen-Hoeksema ve ark., 2008).

1.3.1.2.4 Kişilerarası Kuram

Bu yaklaşıma göre depresyonu oluşturan üç yapı vardır; sosyal kişiler arası ilişki, semptomlar ve karakter yapısı bireyler arası iletişimde sosyal çevre ile gerçekleşen iletişimde sosyal stresörlerin varlığını etkin yönetememek depresyon oluşumunu artırmaktadır. Bu durumun aksine sosyal yardımın ve desteğinde kişide depresyonu koruyucu etkisi olduğu söylenmektedir (Işık ve ark., 2013).

1.3.1.2.5 Çaresizlik Ve Umutsuzluk Kuramları

Seligman ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu öğrenilmiş çaresizlik kuramını hipotezlerine göre inşalar veya hayvanlar yaşadıkları kötü olayları kontrol altına alamadıkları zaman çaresiz duruma düşer ve bu durumda bir süre sonra içerisinde oldukları kötü durumdan çıkmak için çaba göstermeyi bırakırlar (Seligman,1975) isteksiz edilgen ve depresif belirtiler gösterirler (Seligman,1975). Bu durumdan yola çıkarak seligman yaşanan depresyonun altında öğrenilmiş çaresizlik olabileceği fikrini ileri sürmektedir (Işık ve ark., 2013)

1.3.1.3 Depresyon Belirtileri

1.3.1.3.1 Doyumsuzluk, İlgisizlik Ve İsteksizlik

Birey günlük hayatında sıklıkla yerine getirmesi gereken aktiviteleri yapmaktan kaçınır (Işık ve ark., 2013) bu aktivitelere karşı ilgisizlik ve isteksizlik duyar (Köknel,2005). Daha önce yapmaktan zevk aldığı, ilgi duyduğu birçok şeye karşı ilgisiz ve isteksizdir (Özmen,2004). Günlük yaşamından tatmin olmamaktadır bu durumun devamında doyumsuzluk yaşamaktadır (Işık ve ark., 2013).

1.3.1.3.2 Neşesizlik, Karamsarlık Ve Kötümserlik

Yaşanan depresyon paralelinde yaşanan neşesizlik emosyonel durumu bireylerde görülmesi beklenen bir duygudurumdur (Işık ve ark., 2013). Şiddetli depresyon yaşayan bireyler komediden, şakadan, fıkradan zevk almamaktadır (Özmen,2004). Diğer sağlıklı bireylerin bu komik durumlarda verdikleri neşeli tavırlar karşısında depresyonlu bireylerin öfke duydukları, düşmanca tavır sergilendikleri, şiddetli davranışlar gösterdikleri görülmektedir (Doğan,2006).

1.3.1.3.3 Dikkatsizlik, Kendini Düşük Değerlendirme Ve Unutkanlık

Depresyon yaşayan bireyler yoğun üzüntü, konsantrasyon bozukluğu, dikkat dağınıkları yaşamaktan yakınır (Özmen,2004). Bu semptomlara bellek bozulmaları da eklenmektedir (Hisli,1989). Hatırlayamama unutkanlık yaşamaktadırlar (Köknel,2005). Bu zihinsel aktivitelerdeki olumsuzluklar duygulanım bozukluğunu da artırmaya yol açmaktadır böylece birey kendini düşük olarak değerlendirir. Hiçbir işe yaramayacağına inanır başarılarını dahi görmezden gelip küçümsemeye çalışır. Geçmişte yaşadığı başarısızlığını öne atarak buna odaklanmaktadır (Köknel,2005).

1.3.1.3.4 Geleceğe İlişkin Olumsuz Beklentiler Ve Kendini Suçlama

Depresyonda olan bireyler yaşadıkları ruhsal, fiziksel, sosyal belirtilerinin hiç geçmeyeceğini gelecekte de artarak devam ederek bu depresif tutumlardan çıkamayacaklarını düşünürler (Köknel,2005). Şiddetli depresyon durumunda genelde bu çıkmazdaki düşüncelerden kurtulmanın çıkış yolu olarak intihar düşünceleri ve girişimleri yaşanmaktadır (Özmen,2004). Üst benlik (ego) de yaşanan çatışmalar kişinin sürekli kendini suçlamasına neden olur (Işık ve ark., 2013). Şu anki durumlarının kendi suçu olduğunu düşünürler geçmişteki yaşanan olaylarla bağlantı kurarak kendilerini eleştirecek suçlayacak bir olay mutlaka bulurlar (Köknel,2005)

1.3.1.3.5 Kararsızlık Ve Kuşku

Bireyler herhangi bir konu için karar alırken aşırı güçlük çekerler (Köknel,2005). Kararsızlıkta sıkışıp kalırlar (Doğan,2006). Eksik veya yanlış karar almış olmaktan korktukları için düşünmek için uzun süre harcarlar. Ani gelişen olaylar karşısında karar veremeyecekleri için denemek dahi istemezler (Özmen,2004). İlerleyen durumlarda günlük yaşam aktivitelerini yeri getirmekte zorluk yaşarlar. Kararsızlık bireyin tüm yaşamını olumsuz yönde etkilemeye başlar (Doğan,2006).

1.3.1.3.6 Azalan Güdülenme

Depresyon yaşayan bireylerde güdüleme azalmaktadır. Fizyolojik güdüler, biyolojik güdüler ve sosyal güdülerde depresyonun şiddetine göre azalmalar yaşanmaktadır (Özmen,2004). Bu azalmalar bireyin yaşantısına göre şekil almaktadır örneğin bir ev hanımı için günlük rutinde olan yemek yapmak evi toplamak gibi eylemleri yerine getirmemek, çalışan bir birey için işe gitmemek, okula giden bir öğrenci için okula gitmemek örnek olarak verilebilir. Şiddetli

depresyon durumlarında kişi fizyolojik ihtiyaçlarını dahi yerine getiremez (yemek yemek, su içmek, cinsellik...) (Hisli,1989).

1.3.1.3.7 Yanılsamalar Ve Varsanımlar

Depresyonda olan birey gerçek ortamda yaşanan olayları kendi perspektifinden bakarak yanlış biçimde algılayabilirler, yanılsamalar yaşayabilirler (Köknel,2005). İleri durumlarda yanılsamalar varsanımlara ya da sanrılara yol açarak yaşanan depresyonu daha ileri boyuta taşıyabilmektedir (Özmen,2004).

1.3.1.3.8 Düşünce Bozuklukları Ve Hezeyanlar

Düşünce bozuklukları Depresyonun şiddetine göre şekillenmektedir (Hisli,1989). Yaşanan semptomların yoğunluğu ve sıklığına bağlı olarak düşünce içeriğinde bozulmalar görülür (Köknel,2005). Kendini suçlama, düşmanlık besleme, dini hezeyanlar yaşama, eksiklik duygusu yaşama, bedensel sıkıntılar yaşama (var olmayan belirtilerini düşünsel olarak var gibi hissetme), çok kötü şeyler olacak düşüncesinden çıkamamak gibi düşünce bozuklukları görülebilir (Hisli,1989).

1.3.1.3.9 Bedensel Yakınmalar Ve Ağrılar

Depresyon tanısı almış bireylerde açıklanamayan fiziksel yakınmalar sık görülmektedir (Köknel,2005). Bu yakınmalara bakılacak olursa çoğunlukla baş ağrısı, bel, sırt, eklem ağrıları, göğüs ağrısı veya sıkışması olarak görülmektedir (Hisli,1989).

1.3.1.4 Antenatal Depresyon

Depresyon en fazla doğurganlık çağındaki kadınlarda görülmekle birlikte gebelikte görülme sıklığı artış göstermektedir (Grigoriadis ve ark.,2019; Güleç ve ark, 2020). Gebelikle birlikte yaşanan yeni sorumluluklar alma, sosyal ve maddi sıkıntılar yaşama, hamileliğin getirmiş olduğu fizyolojik değişimlere adaptasyon süreci, gebelik süresince veya öncesinde ortaya çıkan komplikasyon varlığı gebeleri strese sevk etmekte ve depresyon oluşumuna neden olabilmektedir (Kaya ve ark, 2018; Ni ve ark, 2020). Yüksek riskli gebeliği olan gebelerde antenatal depresyon oranlarının %12,5 ile %44,2 arasında değiştiğini bildirmektedir (Tsakiridis ve ark, 2019). Gebelik döneminde yaşanan iştah ve uyku bozukluğu, istek ve enerji kaybı gibi birçok belirti bulgu aynı zamanda majör depresyon tanısıyla örtüşmektedir

(Karabulutlu ve Yavuz, 2021) bu sebeple gebelerde görülen depresyonun tanılanması gözden kaçırılmaktadır (Özyurt ve Güzel, 2019). Özellikle de gebelik döneminde yaşanan komplikasyonların varlığı riskli gebelik tanısı alan kadınlarda görülen tıbbi hastalık öyküsünün fazlalığı depresyon tanısı için yüksek risk oluşturmakla birlikte aynı zamanda da sağlık profesyonellerini depresyon tanısının üzerine gidilmekten uzaklaştırıp tıbbi tanıya yönelmelerine neden olmaktadır (Ni ve ark, 2020; Bulut ve Yiğitbaş, 2018).

1.3.1.4.1 Risk Faktörleri

Genetik Faktörler

Psikiyatrik hastalıkların çoğunun gen aktarımı ile ilişkisinin olduğu bilinmektedir (Baltacı ve Başer,2015). Gebelikte görülen depresyonun genetik faktörlerle olan ilişkisi tam olarak ispatlanamamış olsa dahi gebelik depresyonunun yaklaşık %40-50 sinin genetik faktörlerle ilişkisinin olduğu ileri sürülmektedir aile de psikiyatrik hastalık öyküsü, postpartum depresyon öyküsü, anksiyete duygudurum bozukluk öyküsü, premenstrual disforik bozukluk öyküsü gibi tanıların bulunması genetik faktörleri güçlendirmektedir (Lee ve ark, 2018). Konu ile literatüre bakıldığında çoğunlukla genetik faktörlerin çevresel faktörler ile de ilişkili olduğu beraber incelendiği dikkat çekmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011; Ölçer ve Oskay,2015)

İkizler üzerinde yapılan genetik araştırmalarda depresyon yaşama arasındaki bağı benzer olduğu bulunmuştur. Bu benzerlik tek yumurta ikizlerinde %65 oranında iken Çift yumurta ikizlerinde %14 tür (Evren ve Ögel, 2003). Yapılan başka bir çalışma sonucuna göre ise depresyon yaşayan kişilerin birinci dereceden olan akrabalarının depresyon yaşama ihtimali diğer insanlara oranla 2-3 kat daha fazla olarak bulunmuştur (Kuzu, 2017).

Psikolojik Faktörler

Gebelik depresyonunu etkileyen en önemli faktörlerin başında psikolojik ve sosyal faktörler gelmektedir (Karabulutlu ve Yavuz, 2021). Gebenin daha öncesinde veya gebelik sırasında psikolojik tanı alması, anksiyete, stres yaşaması ambilavan duyguları içinde negatif etkili olanların daha yüksek düzeyde yaşanması gibi faktörler örnek verilebilir. Kadının gebe kalmadan önce kullandığı antidepresan ilaçlarını gebe kaldığını öğrendiği andan itibaren bırakmış olması da gebelik esnasında depresyonun yinelenmesine neden olabilmektedir (Akdeniz ve Gönül 2004).

Biyolojik Faktörler

Depresyonun yaşanmasında biyolojik nedenlerin etkisi oldukça fazladır (Dadi ve ark, 2020). Buna bağlı olarak nöradrenalin ve serotonin azalması depresyonun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Gebelikte biyolojik faktörler hormon mekanizmaları ile depresyonun oluşmasına etki etmektedir. (Çelik ve Hocaoğlu, 2016). Çoğunlukla depresyonlu bireylerin hipofiz bezlerinden aşırı salgılanan ACTH, adrenal bezlerden yüksek seviyede kortizol salınımına neden olarak bireyde depresyonun yaşanmasına sebebiyet yaratmaktadır (Çelik ve Aktaş,2011).

Hormonal Faktörler

Gebelik döneminde progesteron, östrojen, prolaktin, tiroidi stimüle eden hormon (TSH), triiodothrionine / thyoxine hormon düzeylerinde farklılar yaşanır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde östrojen ve progesteron hormonlarında meydana gelen artışın depresyon ile ilişkili olmadığı fakat TSH da meydana gelen artışın gebelikte meydana gelen depresyonla ilişkisi olduğu belirtilmektedir (Çelik ve Hocaoğlu, 2016).

Çevresel Faktörler

Stres, fiziksel, duygusal ve mental travma, viral enfeksiyonlar, kronik hastalıklar, oral kontraseptif kullanma, bazı sedatif ilaçlar gebelik depresyonuna zemin hazırlayan çevresel faktörlerdendir.

Sosyal Faktörler

Psiko- sosyal olaylar ve depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığı zaman bireyin yaşamış olduğu bir takım yaşamsal olayların depresyonu tetikleyebileceği ileri sürülmektedir (Karabulutlu ve Yavuz, 2021). Depresyona temel oluşturan sosyal nedenler incelendiğinde; düşük eğitim seviyesi, düşük ekonomik düzey, sosyal destek yetersizliği, aile içi şiddete maruz kalmak, evlilikte yaşanan sorunlar, partner yokluğu, gebelik öncesi dönemde veya gebelik sırasında yaşanan cinsel, fiziksel, duygusal şiddet öyküsünün bulunması, sigara alkol veya yabancı madde kullanımının olduğu durumlar örnek olarak verilebilir (Özyurt ve Güzel, 2019; Xian, Zhuo, Dihui, ve Zhong, 2019)

1.3.1.4.2 Belirtileri

Gebelik esnasında yaşanan depresyon belirtilerinin çoğu gebeliğin getirmiş olduğu fizyolojik belirtilerle de büyük oranda örtüşmesinden dolayı bu dönemde gebeye depresyon tanısı koymak ve somatik belirtileri birbirinden ayırt etmek oldukça güçtür (Sawyer ve ark, 2010). Ve çoğunlukla da hafif depresyon seviyeleri gözden kaçırılmaktadır (Ölçer ve Oskay, 2015). Başlıca depresyon belirti bulgularına bakacak olursak; keyifsizlik, cinsel isteksizlik, sinirlilik, baş ağrısı, aşırıya kaçan fiziksel yakınmalar, bulantı, baş dönmesi, dalgalı duygu durumları, sürekli yorgunluk hali, uyku bozuklukları, iştah değişimleri, konsantrasyon bozukluğu olarak sayılabilir (Karabulutlu ve Yavuz, 2021; Ölçer ve Oskay,2015; Çelik ve Hocaoğlu, 2016;). Bu belirtiler yüksek riskli gebeliğe sahip gebelerde stres ve anksiyete artışı ile daha fazla görülebilmektedir (Dunkel Schetter,2016; Misri ve ark, 2015). Gebenin yüksek riskli gebelik tanısı alsın almasın bebeğinin sağlığı ve geleceği için endişelenmesi, doğum ve doğum sonrası dönem için endişe yaşaması normal kabul edilmelidir yaşanan belirtilerin ağır, şiddetli ve çok uzun sürmesi depresyonu düşündürmelidir (Atasever ve Sis, 2018). Yüksek riskli gebelik tanısıyla hospitalize edilen gebelerde; gebeliğin sonlandırılma olasılığı, gebeliğin devamlılığına göre, antenatal depresyon riskini 4 kat fazla etkilemektedir (Daglis ve ark., 2016) Konya'da yapılan bir çalışmada hiperemesis gravidarumlu hastalarda majör depresyon oranı %15,4 bulunmuş, hiperemesis olmayan hastalarda ise bu oran %4,4 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç da bu bulguyu destekler niteliktedir.

Depresyon tanısının gözden kaçabileceği gibi yanlış depresyon teşhisi koymak da mümkündür. Amerika Birleşik Devletleri'nde 570 gebenin katıldığı bir çalışmada gebelikte depresyon oranı %13,33 bulunmuştur. Hem majör depresyon tanı kriterlerinde yer alan hem de gebeliğin fizyolojik belirtilerinden olan uyku bozukluğu, enerji kaybı, istek azalması gibi belirtiler uygulanan ölçekten çıkarıldığında bu oran %10,10'a gerilemiştir.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 1994), genel tıbbi rahatsızlığa bağlı oluşan bir duygu durum bozukluğu tanımlamıştır. Bu bozukluk için gerekli olan kriterler şunlardır:

- (a) depresif duygu durum,
- (b) doğrudan o tıbbi durumla ilişkili olması,
- (c) duygu durum bozukluğunu açıklayacak başka bir bozukluğun bulunmaması,
- (d) kişi hezeyan içinde olmadığında görülmesi,
- (e) semptomların aşırı stres durumuna veya hareket zorluğuna yol açıyor olması

Alışılmış depresyon derecelendirme ölçekleri; Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği olarak sıralanabilir.

1.3.1.4.3 Etkileri Ve Sonuçları

Gebelik sırasında yaşanan depresyonun gebeye ve bebeğe yansıyan olumsuz etkileri mevcuttur (Karabulutlu ve Yavuz, 2021; Grigoriadis ve ark.,2019) Yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelikte yaşanan depresyonun annelerde spontan aboortus ,hipertansif hastalıklar, preterm eylem, antenatal kanama, artmış uterin arter direnci, sezeryan, müdahaleli doğum yapma, doğum eyleminin normalden daha ağırlı yaşanması ayrıca depresif semptomları olan gebelerde, beslenme problemleri, uyku problemleri, karar vermede güçlükler yaşamak, sosyal hayata karşı kendini soyutlamak içe kapanmak, öz bakım eksikliği ve bu belirtilerin paralelinde gebelik takiplerine düzenli gitmemek, ihmal etmek, sağlık profesyonellerinden gereken bakımı alamamak, İleri derece de olan depresyonda ise kendine dolayısıyla bebeğe de zarar verme gibi psikotik davranışlar görülmektedir (Ölçer ve Oskay,2014; Özkan,1993; Atasever ve Sis, 2018). Yaşanan tüm bu psikotik davranışların sonuçları incelendiğinde yetersiz antenatal bakım ve düşük antenetal sağlık problemleri yaşanmaktadır. (Çalık ve Aktaş, 2011)

Fetüse olan etkileri incelendiğinde, düşük doğum ağırlığı, düşük apgar skoru, intra uterin gelişim geriliği, intraventriküler hemoraji, bronkopulmoner displazi, neonatal yoğun bakım ihtiyacı, fetal ölüme kadar varabilen sonuçları olabilmektedir (Atasever ve Sis,2018; Ölçer ve Oskay,2014; Gümüşdaş ve ark,2014; Çalık ve Aktaş, 2011).

Antenatal depresyon yaşayan annelerin doğumdan sonra bebeklerinin davranışlarının incelendiği çalışmalara bakıldığı zaman gelişme geriliği, aşırı sakinlik, nörodavranışsal skorlarda düşüklük, hiperaktivitede veya hipoaktivite gb olumsuz sonuçların yaşanabileceği bildirilmiştir (Gümüşdaş ve ark,2014; Çalık ve Aktaş, 2011)

Antenatal depresyon devamında pospartum depresyona da dönüşebilmektedir (Kaya ve ark, 2018). Bu nedenle antenatal depresyonun erken tanınması ve tedavi edilmesiyle pospartum depresyon riskinin de önüne geçilebilmektedir (Karabulutlu ve Yavuz, 2021;)

Amerika Birleşik Devletlerinde gebe kadınlar üzerinde BDÖ kullanılarak yapılan kadınlar bir çalışmada gebeliğinde depresyon yaşayan gebelerin erken doğum insidansı %13, düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme insidansı %15 oranında arttığı bildirilmektedir (Diego ve ark, 2009) Aynı çalışma sonucunda gebelik depresyonu tanısı alanlarda prenatal kortizol düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Diego ve ark, 2009). Bu durumun fetüs üzerine yansımalarına bakıldığında ise gestasyon haftasına göre daha küçük, düşük doğum ağırlığı, fetüsün büyüme hızının daha yavaş olduğu görülmüştür (Diego ve ark, 2009; Wadhwa ve ark, 1993; McAnarney ve ark, 1993).

Rahman ve arkadaşları (Rahman ve ark, 2007), depresyondaki annelerin bebeklerinin ağırlıklarının depresyonda olmayan annelerin bebeklerine oranla 1.9 kat daha düşük bulmuşlardır.

Zuckerman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise depresyonda olan annelerde artmış kortizol ve katekolamin düzeyleri ile ilişkili olarak bebeklerinin de daha fazla ağladığı, daha geç avunduğu ve daha geç uykuya daldıkları bildirilmiştir (Zuckerman ve ark,1989). Literatürde konu ile ilgili diğer çalışmalara bakıldığında ise bu annelerin intrauterin dönemdeki fetal kalp atımlarının normalin üzerinde olduğu, yenidoğan döneminde de düşük APGAR skoru ile doğdukları ve daha fazla oranda yoğun bakım ünitelerine ihtiyaç duydukları bildirilmiştir (Raynor ve ark, 2009, Field ve ark, 2004, Stewart ve ark, 2005).

1.3.1.4.4 Tedavisi

Tedavi sürecinin ilk adımını riskli grubun belirlenmesi oluşturmaktadır (Aslan ve Yüksel, 2006) antenatal depresyonun erken dönemde tanınması gebe ve fetüs açısından oluşabilecek riskleri en aza indirmektedir ve ayrıca postpartum depresyon riskini de azaltmaktadır. Antenatal depresyonun tesbiti ve taraması için kullanılan yöntemler incelendiğinde Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDÖ), bizimde çalışmamızda kullandığımız Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) en sık kullanılan ölçekler olarak karşımıza çıkmaktadır Gebelikte saptanan depresyonun tedavi seçenekleri farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler olarak 2 başlık altında ele alınmaktadır (Aslan ve Yüksel, 2006).

Farmakolojik tedaviler; Farmakoterapi

Antidepresan kullanımı orta ve yüksek düzeydeki depresyonun tedavisi için tercih edilmektedir. Farmakolojik tedavi için ilk tercih edilen klinik deneylerinin en fazla olduğu selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) selektif serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) dir (Marakoğlu ve Şahsivar 2008; Stahl, 2008). Trisiklik antidepresanlar yan etkilerinin fazla olmasında dolayı kullanılmamaktadır (Aslan ve Yüksel, 2006). Gebelikte ilk seçenek olarak farmakolojik tedavi tercih edilmemelidir (Marakoğlu ve Şahsivar 2008) Ancak gerekli görülen ileri düzey depresyonlarda tedavi seçeneği olarak değerlendirilmektedir (Stahl, 2008) Kullanmasını gerektirecek durumlarda da mümkün olduğunca aynı tip ve az sayıda en düşük dozda kullanılması önerilmektedir. Gebelik esnasında antidepresan kullanılması, teratojenite, neonatal toksisite ve çocuğun gelişimi üzerinde riskleri taşımaktadır. SSRI'ların veya venlafaksin teratojeniteyi artırdığına dair geçerli bir kanıt bulunmasa da birinci trimester için, fetüste oluşabilecek malformasyonlar temel endişedir. Gebelikte antidepresanların kullanımında ortaya çıkabilecek bir sorun da neonatal adaptasyon

bozukluğudur. Literatürde, gebeliğin son trimesterinde SSRI grubu antidepresan kullanan annelerin bebeklerinin %30'unda neonatal adaptasyon bozukluğu bulgularının görüldüğü belirtilmektedir.

Gebelikte antidepresan kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde bebekte siyanoz, taşikardi, hipoglisemi takipne, iritabilite, neonatal çekilme semptomları gözlemlenmiştir (Marakoğlu ve Şahsivar,2008). Gebeler üzerine yapılan ilaç deneylerinin etik tartışmalara sebebiyet vermesinden dolayı sınırlı sayıda çalışma mevcuttur.

Gebelikte trisiklik antidepresan kullanımının etkilerini incelemek için yapılan bir metaanaliz çalışmasında bu grubun yüksek yan etki oluşturma riskine sahip olduğu bildirilmiştir. Gebelikte trisiklik antidepresan kullanımının kısa ve uzun süreli etkileri hakkında yapılan 400'den fazla çalışmada bu grubun majör yan etki oluşturma riskine sahip olduğu belirtilmektedir. Trisiklik antidepresanlar günümüzde fazla kullanılmamaktadır. Monoamin oksidaz inhibitörlerinin kullanımı gebelikte önerilmemektedir (Marakoğlu ve Şahsivar,2008).

Nonfarmakolojik tedaviler

Hafif ve orta şiddette olan depresyon tanılarında tercih edilmektedir. Farmakolojik tedavilerin olası yan etkileri göz önüne alındığında öncelikli tedavi yöntemi olarak seçilmektedir. Bu yöntemlerin başında psikoterapi gelmektedir gebelik döneminde görülen depresyonun tedavisinde en sık kullanılan psikoterapi yöntemleri kişilerarası ilişkiler terapisi (KİT) ve bilişsel- davranışçı terapidir (BDT).

Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT)

KİT güncelde yaşanan kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunların kişinin yaşadığı ruhsal dalgalanmalar ile bağlantılı olabileceği görüşüne dayanmaktadır. Bu terapinin amacı gebenin kişilerarası ilişkilerinin sağlıklı yürütülmesi, depresif belirti ve bulgularının azaltılması ve gebenin sosyal becerilerini yeniden sağlıklı bir duruma getirilmesine yardımcı olacaktır KİT gebede üç başlık adı altında ele alınmaktadır; birinci aşaması gebede depresif belirtilerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi, ikinci aşaması sosyal rollerde değişiklik yaşanması, kişilerarası ilişkilerde rol çatışmasının yaşanması durumlarına odaklanmaktadır. Üçüncü aşamasında ise gebenin güçlü yanlarının tanınıp desteklenerek açığa çıkarılmasıdır.

Bilişsel- Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel davranışçı tedavilerde amaç sosyal becerileri artırarak uyumu sağlama ve gebelikte yaşanan psikolojik dalgalanmaların önüne geçmektir bu terapi yönteminde bireylerin üstesinden gelemedikleri güçlükler karşısında öğrenme kuramları uygulanarak, problem odaklı yaklaşımla 'burada ve şu anda' ile ilgilenen, davranışçı psikolojik danışma kuramı temelinde şekillendirilmiştir. Her seansta bir önceki terapinin etkileri ve sonuçlarına bakılarak yeni hedefler koyularak ilerlenmektedir. Seanslarda gebeyi bilgilendirme, yaşanan olaylar karşısında uyum sürecine güçlendirme, gebelikte yaşadığı fizyolojik ve psikolojik sorunlar karşısında baş etme becerileri geliştirmesine destek olmak sağlanmaktadır.

Antenel Depresyonda Kullanılacak Diğer Nanfarmakolojik Yöntemler

Işık terapisi, masaj terapisi, omega 3 kullanımı, yoga, egzersiz, meditasyon, elektrokonvülsif terapi (EKT) başlıca kullanılan yöntemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yöntemler hakkında yapılan çalışmalar sınırlı sayıda olmasından dolayı yeterli düzeyde kanıt bulunamamıştır (Çalık ve Aktaş, 2011).

Işık terapisi farmakolojik yaklaşımın tercih edilmediği durumlarda uygun görülen gebelere alternatif bir yaklaşım olarak seçilebilmektedir. Işık terapi özellikle mevsimsel geçişlerde duygudurum bozukluğu yaşayan gebeler ve uyku problemleri yaşanan durumlarda melatonin ve serotoninin salınımını dengelemek için kullanılan bir yöntemdir.

Amerikan Psikiyatri Birliğinin EKT kullanımı konusunda kesin kuralları vardır; ileri derece psikotik veya suisid girişiminde bulunmuş vakalarda farmakolojik tedavinin veya non farmakolojik diğer terapilerin başarısız olduğu durumlarda kullanılmasını önerilmektedir. Antenatal depresyonda EKT kullanımı ile ilgili literatür tarandığında depresif belirtileri azalttığı ya da ortandan kaldırdığı belirtilmektedir.

1.3.2 Anksiyete

Anksiyete TDK da endişe, üzüntü duyulan düşünce gam, tasa, çoğunlukla olumsuz bir şeyler olacakmış düşüncesi ve sebebi bilinmeyen gerginlik huzursuzluk, iç sıkıntısı hali olarak tanımlanmıştır. Tıbbi açıdan bakıldığında ise asıl nedeninin görünenden daha farklı olduğu anlaşılmaktadır Amerikan Psikoloji Birliği kaygıyı, bireyin yaklaşmakta olan tehlikeye karşı sergilediği somatik gerilim semptomları ile karakterize bir duygu olarak tanımlamaktadır (APA, 2022). Kişinin içsel dünyasında yada sosyal çevresinde yaşadığı, tehlike olarak algıladığı durumu sürekli düşünmek, akıldan çıkarmamak (Blakey ve Abramowitz, 2020), bu bozuk duygu durumu beraberinde; huzursuzluk hissi, terleme, dispne, uykusuzluk, titreme,

ölecekmiş gibi hissetmek belirtilerinde getirmektedir (Türkçapar, 2004:). Anksiyete kişinin yaşadığı farklılıklara karşı cevap vermeyi sağlayan bir mekanizmadır. Pek çok kez kişinin koruma sistemi veya karşılaştığı tehlide karşı savunma sistemidir (Özen ve Temizsu, 2010). Bu savunma sisteminin çalışabilmesi için yaşanan duruma uygun olan otonom sinir sisteminin hemostatik mekanizmalarının (kardiyovasküler sistem, ısı kontrolü, solunum sistemi, hormonal denge) işlevi gereklidir (Blakey ve Abramowitz, 2020). Anksiyete yaşayan kişinin başatma yeteğinin düşük olması ve kendine güveninin düşük olması durumları, korku ve kaygıyı da artırarak çoğu kez durumlara abartılmış tepkiler verdiği görülmektedir (Eşel, 2003).

Aksiyetenin ruhsal bir hastalık olarak kabul edilebilmesi için uzun süre yaşanması ve bireyin yaşamını olumsuz düzeyde etkilemesi gerekmektedir (Karabulutlu ve Yavuz, 2021; Baştarcan, 2020).

1.3.2.1 Anksiyetenin Nedenleri

Kaygı yaşayan kişilere bakıldığında çoğunun birbirinden farklı sebeplerden ötürü kaygı yaşadıkları görülmektedir (Özdamar ve ark., 2014). Bu bağlamda kaygının nedenleri ele alındığında belirli bir sebebi olmadığı kişiden kişiye değişebilen özellikte olduğu çıkarımına varılabilir (Baştarcan, 2020). Uzun süreli yaşanan stres sonucu, geçmişte yaşanmış stresin gelecekte de yaşanma ihtimali düşüncesi sonucu kaygı meydana gelebilir. Kaygının ortaya çıkma sebepleri bireyler arasında farklılık yaratsa da bazı ortak sebeplerin de olduğu konusunda çalışmalar mevcuttur. Genel anlamıyla bu çalışmalar incelendiğinde huzursuzluk, belirsizlik, kendini güvende hissetmeme, özgüven eksikliği, yetersizlik duygusu, bireye yeterli desteğin verilmemesi veya geri çekilmesi, olumsuz sonuçlara karşın beklenti içinde olmak, duygularına karşılık bulamama gibi emosyonel anlamda olumsuzluklar yaşayan bireylerin kaygı yaşaması ortak sebepler olarak sayılabilmektedir (Karabulutlu ve Yavuz, 2021). Bu ortak sebepler çoğunlukla ergenlik, hamilelik veya bir rahatsızlık sonrasında ortaya çıkmaktadır. Bu tarz olaylarda ruh hali farklı bir hal alır ve bireyde kaygı yaşanması gözlemlenebilmektedir (Sodo- Balbuenna ve ark,2018)

1.3.2.2 Anksiyete Kuramları

Anksiyetenin etyolojisi psikodinamik görüş, kişilerarası görüş, davranışçı görüş, bilişsel görüş olmak üzere farklı görüşler açısından açıklanmaktadır.

1.3.2.2.1 Psikodinamik Görüş Psikodinamik Görüşe Bakılarak Anksiyete

Bireyin kendi benliğinde yaşadığı çatışmalar sonucu oluştuğunu savunmaktadır (Gençtan, 2005). Çocukluk çağından bu yana yaşadığı dürtüleri, istekleri, bastırmaya çalıştığı duyguları

veya davranışları bireyin benliğinde huzursuzluk oluşturur (Freud, 1936) bu durumda altbenlik (id), benlik (ego) ve üst benlik (süperego) arasında çatışmalar yaşanmaya başlanır. İd tarafından ortaya çıkan dürtüler süperegonun gerçeklik algısı karşısında engellenmektedir ego bu çatışmayı çözerek dengeyi kurmaya çalışır. Eğer denge kurulamaz ise bu durum tehlike olarak algılanır. Bu süreçler bilinç dışında yaşanmaktadır. Bilinç alanında ise bu durum bireyde anksiyete olarak yaşanmaktadır (Gençtan, 2005; Dağ, 1999).

1.3.2.2.2 Kişilerarası Görüşe Bakılarak Anksiyete

Bireyin sosyal çevresi ile arasında kurduğu ilişkiler sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bireyin aile ortamında, okul hayatında, iş hayatında arkadaş ortamında beğenilmemesi, başarısız bulunması, negatif yorumlara maruz kalması gibi durumlarda benlik saygısı ve kendine duyduğu özgüveni kaybolmaktadır bu durumun sonucunda ise anksiyete yaşanmaya başlanmaktadır (Weinberg ve Gould, 2019).

1.3.2.2.3 Davranışçı Görüş Davranışçı Görüşe Göre Anksiyete

Bireyin doğumundan bu yana yaşadığı sosyal çevreden öğrendiği, model olarak yaşantısına aldığı öğrenilmiş bir süreç olarak yaşandığını savunmaktadır (Budak, 2003) Bu öğrenilmiş süreç temelinde ağrı veya acıdan korunma, kaçma dürtüsünden ortaya çıkmaktadır (Mineka ve Zinbarg, 2006)

1.3.2.2.4 Bilişsel Görüş Bu Görüşe Göre Anksiyete

Bireyin karşılaştığı olaylar doğrultusunda yaşadığı anksiyetenin nedeninin olayları kendi perspektifine göre algılaması ve yorumlaması ile ortaya çıktığını savunmaktadır (Özcan ve Çelik, 2017). Beck'in klasik bilişsel kuramı çerçevesinde ele alınmaktadır (McNally, 2001).

1.3.2.3 Belirti Bulgular

Fizyolojik, davranışsal, bilişsel, duygusal belirtiler olarak dört başlık altında ele alınmaktadır.

1.3.2.3.1 Fizyolojik Belirtiler

Sempatik sinir sistemi ve parasempatik sinir sistemi çalışmaları sonucunda ortaya çıkan tepkilerdir (Aslan ve Yüksel, 2006). Bireyde çarpıntı, kalp atım hızında artma, aritmi, kan

basıncı değişimleri, nefes alamama, terleme, titreme, göğüste sıkışma hissi, derin derin soluma, bronşial spazm, bulantı, kusma, karında ağrı, spazm, konstipasyon, diyare, uyku düzensizlikleri, cinsel sorunlar yaşama, sık idrara çıkma, ateş basması gibi belirtiler görölmektedir (Yıldırım, 2018; Baştarcan, 2020; Kamysheva ve ark.,2010).

1.3.2.3.2 Davranışsal Belirtiler

Motor huzursuzluk, kaçma, güvenlik davranışları, yardım arama olarak görülür. Bu belirtiler kişide kaçınma, huzursuzluk, donma, konuşmada motor becerilerde bozukluk, yerinde duramama, aşırı ağlama veya aşırı gülme, gergin bir yüz ifadesi ve ses tonu gibi belirtiler görölmektedir (Baştarcan, 2020).

1.3.2.3.3 Duygusal Belirtiler

Sinirlilik, gerginlik, korku ve endişe duyma, alarm haline geçme, dehşet duygusu aklın bulanıklık yaşaması gibi belirtiler görölmektedir (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2003).

1.3.2.3.4 Bilişsel Belirtiler

3 kısma ayrılmaktadır;

1.Kavramsal zorluklar: korkulu düşünceler kurma, fiziksel olarak zarar görmekten korkma duygusu, ölüm korkusu, yetersiz baş etme korkusu, aklını kaybetmekten korkma gb belirtiler görölmektedir (Özcan ve Çelik, 2017).

2. Duyusal zorluklar: Yaşadığı çevresini gerçeklikten uzak olarak farklı görme, akıl karışıklığı, Sürekli kendine bakma, çevresini bulanık görme, olağanüstü hisler yaşama, obsesyonlar, endişeli düşüncelerin varlığı gibi belirtiler görölmektedir (Özcan ve Çelik, 2017).

3. Düşünce zorlukları: Olaylara objektif düşünce ile yaklaşamama, düşünceleri kontrol altına alamama, hiperaktif düşünceler veya düşüncede duraksamalar, konsantrasyon bozuklukları gb belirtiler görölmektedir (Le Deux 1998).

1.3.2.4 Anksiyete Bozukluğunun Sınıflandırılması

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), (2013), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

1.3.2.4.1 Kaygı(Anksiyete) bozuklukları

DSM-5' e göre sınıflandırılan 10 ana kaygı bozukluğu:

- 1)Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
- 2)Seçici Konuşmazlık (Mutizm)
- 3)Özgöl Fobi
- 4) Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)
- 5) Panik Bozukluğu
- 6)Agorafobi
- 7)Yaygın Kaygı Bozukluğu
- 8)Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu
- 9)Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu
- 10) Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

1.3.2.4.2 Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

Bireyin yakın bağ kurduğu kişilerden ayrılması veya ayrılma beklentisi içerisinde olduğu duruma karşı aşırı verdiği tepkidir. Bireyin ayrılma korkusu hastalık, ölüm, yaralanma, kayıp gibi durumlara bağli ortaya çıkmaktadır. Yoğun biçimde kaygı yaşıyan birey günlük hayat rutinini yerine getiremez hale gelebilmektedir. Okula, işe veya başka yerlere gitmek istemez evden uzaklaşmak istemeyerek sürekli bağlandığı kişilerle beraber olmak istemektedir. Bu isteğe ek olarak ayrılık beklendiğinde mide ağrısı, baş ağrısı, mide bulantısı gibi bedensel belirtilerde yaşamaktadır (Ramaiah,2005; Butcher, 2013; APA,2014).

1.3.2.4.3 Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Bireyin konuşma fonksiyonlarında sıkını olmamasına rağmen konuşması gereken toplumsal olaylarda konuşamama durumudur (Ramaiah,2005 ; Butcher, 2013; APA,2014).

1.3.2.4.4 Özgül Fobi

Bireyin genellikle çocukluk çağında ortaya çıkan, herhangi bir nesneye karşı olan anlamsız, mantıklı olmayan yoğun korku yaşamasıdır, basit fobi olarak da isimlendirilebilir. Birey korku yaşamasına neden olan obje veya olay karşısında şiddetli korku yaşar, kaçır, terk eder veya yoğun bir şekilde korku yaşayarak duruma katlanır (Ramaiah,2005; Butcher, 2013; APA,2014).

1.3.2.4.5 Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Bireyin topluluk önünde yapacağı etkinlikler neticesinde, kendisi ile alay edilmesi korkusu yaşaması sosyal fobi olarak tanımlanmaktadır. Birey de diğer kişiler tarafından incelenme, denetlenme, eleştirilme korkusu vardır. Asıl çekinceleri ise topluluk önünde yüz kızartıcı bir eylemde bulunmaktır. Yoğun toplumsal kaygı bozukluğu yaşayan bireyler sosyal ortamlarda bulunmaktan kaçınmaktadır (Ramaiah,2005 ; Butcher, 2013; APA,2014).

1.3.2.4.6 Panik bozukluk

Bireyde ani gelişen ve yineleyen beklenmedik panik atakların oluşması olarak tanımlanmaktadır. Panik atak yaşayan kişiler istemsiz titremeler, terleme, nefes alamama, hava açlığı çekme, göğüste sıkışma, boğuluyor gibi hissetme, baş dönmesi, mide bulantısı, uyuşma, ayakta durmakta zorluk çekme, sıcak basması gibi fizyolojik semptomlar göstermektedir (Ramaiah,2005; Butcher, 2013; APA,2014).

1.3.2.4.7 Agorafobi

Bireyin sosyal bölgelerde bulunmaktan kaçındığı kavğı bozukluğudur alışveriş merkezleri, tiyatrolar, otobüs, uçak ile seyahet etmek gibi kalabalık ortamlarda bulunma korkusudur. Bu ortamlarda panik atak geçireceği zaman kimsenin yardım etmeyeceği ve alay konusu olacağı düşüncesi olarak da tanımlanabilmektedir (Ramaiah,2005; Butcher, 2013; APA,2014).

1.3.2.4.8 Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Birey yaşadığı endişesini kontrol altına alamamaktadır. İleriye dönük kaygılı fikirleri, kronik gerginlikleri, evham ve kontrol altına alamadıkları huzursuzlukları vardır. Bu duygu durumun yanı sıra aşırı heyecanlı olma, yüz kulak kızarması, nefes daralması, çeşitli bağırsak ve mide

rahatsızlıkları, kolay yorulma, kas gerginlikleri, odaklanamama, uyku problemleri yaşama gibi fizyolojik belirtilerde eşlik etmektedir (Kamysheva ve ark.2010; Ramaiah,2005; Butcher, 2013; APA,2014).

1.3.2.4.9 Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Anksiyete Bozukluğu

Bireyin yaşamış olduğu başka bir sağlık probleminin yanı sıra kaygı bozukluğu da yaşadığı durumlarda kullanılmaktadır.

1.3.2.4.10 Tanımlanmış Diğer Bir Anksiyete Bozukluğu

Birey kaygı bozukluğuna dair belirtiler yaşamaktadır fakat tanı kriterlerine tam olarak uymayan belirtilerin de varlığında bu tanım kullanılmaktadır.

1.3.2.4.11 Tanımlanmamış Anksiyete Bozukluğu

Bireyin mevcut tanı ölçütlerinin dışında özgün tanı semptomları yaşaması ve tanı teşhisi için yeterli bilginin sağlanamadığı durumlarda kullanılmaktadır.

1.3.2.5 Anksiyete Düzeyleri

1.3.2.5.1 Hafif Düzeyde Anksiyete

Birey çevresine karşı ilgilidir, duyguları alarmdadır ve katılımcıdır. mantık yürütme ve problem çözme yeteneği yüksektir. Ses tonu ve konuşma hızı konunun içeriğine uygundur (Kaplan ve ark., 2007; Öz, 2010).

1.3.2.5.2 Orta Düzeyde Anksiyete

Birey çevresinde kendisi ile alakalı olan olaylara aşırı dikkatlidir fakat diğer ayrıntıların çoğunu gözden kaçırmaktadır, konsantrasyon yeteneği azalmış kavrama yeteneği daralmıştır. Fizyolojik olarak mide şikayetleri, kalp çarpıntısı, terleme görülebilmektedir (Kaplan ve ark., 2007; Öz, 2010).

1.3.2.5.3 Şiddetli düzeyde anksiyete

Bireyin algısı zayıflamaktadır olayları ve ayrıntıları birbirine bağlamakta zorlanmaktadır. Bu nedenle çevresinde gerçekleşen olayları anlamlandırmakta güçlük çekmektedir. Bu düzeye bakıldığında bireyde baş ağrısı, göğüs ağrısı, nefes almada güçlük çekme görülmektedir (Kaplan ve ark., 2007; Öz, 2010).).

1.3.2.5.4 Panik

Panik düzeyine bakıldığında durum çok daha ileri boyutlara gelmektedir. Birey çevresinde olup biten tehlikelere karşı bile cevap verememektedir. Halüsinasyonlar, hezeyanlar, dikkat dağınıklıkları sık görülen semptomlardır. Birey tam anlamıyla kriz aşamasına gelmiştir. Baş dönmesi, kalp çarpıntısı, boğulma hissi en sık yaşanan fizyolojik semptomlar olarak görülmektedir (Kaplan ve ark., 2007; Öz, 2010).

1.3.2.6 Tedavi

İlaç tedavisi bireyde anksiyete yaratan temel nedene karşı tedavi edici olamasa da kontrol altına almak konusunda ve belirtilerin hafiflemesi konusunda yardımcı olabilmektedir (Stahl, 2008)

Tedavide Buspiron un oldukça etkili olduğu görülmektedir. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) GRUBU ilaçlar tüm anksiyete tipleri için öncelikli kullanılan ilaç türüdür. SSRI lara ilave olarak alprazolam kombine olarak verilebilir daha sonrasında ise venlafaksin planlanabilir (Aslan ve Yüksel 2006). Yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde buspiron, SSRI' lardan paroksetin, sitalopram, essitalopram, SNRI' lardan venlafaksin etkinliği bilinmektedir. Panik ve yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde ise antikonvülzan ilaçlar yer almaktadır. Sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde; SSRI, SNRI' lar arasında venlafaksin, geri dönüşlü monoaminooksidaz inhibitörü (MAOI) moklobemid olarak kullanılmaktadır. Sosyal fobide β - blokerler ise, taşikardi, titreme, terleme gibi semptomlara karşı tedavi edici olarak ilk tercih edilmesi gereken ilaç gruplarıdır. (Aslan ve Yüksel 2006).

İlaç tedavisinin yanı sıra veya birlikte anksiyete bozukluklarının tedavisinde psikoterapide oldukça etkili olarak kullanılan bir tedavi yöntemidir. 4 farklı yöntemde uygulanabilmektedir (Durmuş, 2015)

1)Çözümleyici psikoterapi: Bireyin sıkıntısının bilinç dışı nedenlerini inceleyerek bireye tedavi sunmaya çalışılmaktadır.

2)Destekleyici psikoterapi: Bireyin bilinç içerisinde yaşadığı sorunların tedavi edilmesi ve bireye iyi gelecek çözüm yolları ortaya çıkartılmaya çalışılmaktadır.

3)Bilişsel- davranışçı sağaltım: bireyin var olan sıkıntısından önce ve sonrasındaki beklentileri ve algıları ortaya çıkarılarak irdelenmesi yapılmaktadır.

4)Gevşeme yöntemleri: Gevşeme ve solunum egzersizleri öğretilerek bireyin rahatlaması sağlanmaktadır (Öztürk, 2004; Durmuş, 2015).

1.3.3 Gebelik ve Anksiyete Bozuklukları

Psikiyatrik hastalıklar arasından en yaygın olarak karşılaşılan tanılardan birisi anksiyete bozukluklarıdır (Kaya ve ark, 2018). Gebeler anksiyete bozuklukları açısından yüksek riskte olan grubu oluşturmaktadır (Hessami ve ark 2022). Bu durumun nedenlerine bakıldığında gebelikte yaşanan hormonal değişimler, sosyal destek yetersizliği, günlük hayattaki stresörler, riskli gebeliğe sahip olma, kötü obstetrik öykü, sosyoekonomik durum gibi faktörlerin etkilediği görülmektedir (Xian, Zhuo, Dihui, ve Zhong, 2019; Hessami ve ark,2022) Gebe kalamadan önce anksiyete bozukluğu tanısı almış bir kadının gebelik süresince yaşadığı semptomlarda azalma yaşansa da genellikle devam ettiği görülmektedir (Nielson-Scatt,2022).

1.3.3.1 Gebelikte Anksiyete

Kadınlarda anksiyete bozuklukları erkeklere oranla daha fazla görülmektedir (Bal ve ark,2013) kadınların yaşadığı anksiyetenin %30 u üreme çağı döneminde ortaya çıkmaktadır, bu nedenle anksiyete bozukluğu yaşayan birçok kadın bu dönemde gebelik yaşamaktadır (Kocabaşoğlu ve Başer, 2008; Eskici ve ark., 2012). Buna rağmen gebelikte yaşanan anksiyete üzerine yapılan çalışma sayısı azdır (Özdamar ve ark., 2014). Yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelik döneminde anksiyete bozukluğu yaşayan kadınların oranı %6 ile %30 arasında değişiklik göstermektedir (Yan ve ark, 2020; Tomfahr- Medson, 2021; Nielson-Scatt,2022). Gebelikte görüle anksiyetenin klinik bulguları gebe olmayan kadınların bulgularıyla aynı özelliklerdedir (Yan ve ark, 2020). Anksiyete bozuklukları gebelikle ilgili veya gebenin kendi yaşantısı esnasında yaşadığı endişeler, huzursuzluklar, kas ağrıları, uykusuzluk, sigara, alkol gibi şekillerde ortaya çıkmaktadır (Xian, Zhuo, Dihui, ve Zhong, 2019; Zaman Kaya ve ark., 2018). Panik bozukluklarına bakıldığında beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan ataklar yaşanması olarak karakterizedir (Kaya ve ark, 2018). Bu ataklar sırasında göğüste ağrı, nefes almada zorluk yaşama, terleme, çarpıntı, titreme gibi belirtiler yaşanmaktadır (Abdoli ve ark, 2020; McDodanld ve ark,2021).

Perinatal dönemde anksiyete bozukluklarının görülme oranları yüksektir. (Öztürk ve aydın, 2017). Anksiyete yaşayan gebelere sıklıkla depresyon da eşlik etmektedir bunun nedenine

bakıldığında kaygı bozukluğunun üstesinden gelinemediği zaman uzun süre yaşanan belirtiler gebeyi depresif semptomlara sevk etmesidir (Hessami ve ark, 2022). Doğum öncesi dönemde anksiyete yaygın görülen bir tanı olmasına karşın depresyon tanısı anksiyeteden daha fazla konmaktadır (Woody ve ark.,2017). Yeni anne olacak kişinin bebeği hakkında endişelenmesi, yüksek riskli gebelik tanısı alan gebenin korku duyması doğal olarak karşılanmaktadır (Yan ve ark., 2020). Gebelik ile ilgili yaşanan fizyolojik değişimlerin sonucunda yaşanan halsizlik enerji kaybı gibi bulgular anksiyetenin somatik belirti bulguları ile benzerdir bu bağlamda gebelik döneminde anksiyete bozukluklarının teşhis edilmesi oldukça güç bir hal almaktadır (Preis ve ark, 2022; Baştarcan,2020). Yaşanan psikolojik belirti bulgular gebenin yaşam kalitesini düşürmekte aile içi çatışmaların yaşanmasına zemin hazırlamakta ve gebenin anne rolüne hazırlanmasını zorlaştırmaktadır (Hessami ve ark,2020). Gebelikte yaşanan anksiyete ve depresyon üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde sigara, alkol, madde kullanımı, istemli bir gebeliğe sahip olup olmama durumu, gebelik yaşı, obstetrik öykü, sosyoekonomik ve sosyodemografik özelliklerle ilişkili olabileceği çıkarımlarında bulunmaktadır (Preis ve ark, 2022; Zaman Kaya ve ark., 2018). Duman ve Koçak (2013) tarafından gebelik dönemindeki sosyal destek algısının, gebelerin durumluk kaygı düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada ise durumluk kaygı düzeyi ile kişilerin sosyal destek puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmekte, gebelikte alınan sosyal desteğin gebelerin durumluk kaygılarını azaltıcı bir etkisi olduğu söylenebilmektedir. Adewuya ve ark. gebe kadınların %39'unun panik bozuklukları, özgül fobiler, sosyal fobiler, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve tıbbi durumlarla ilişkili anksiyete bozuklukları dahil olmak üzere bir anksiyete bozukluğu tanısı kriterlerini karşıladığını bulmuştur(Adewuya ve ark., 2006).hamile olmayan kadınların %16,3'ü ile karşılaştırıldığında. Aynı şekilde, Viswasam ve ark. , gebelik sırasında anksiyete bozukluklarının prevalansı ve başlangıcı üzerine bir inceleme ve meta-analizde, panik bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozuklukların prevalansının hamile kadınlarda (%3) genel popülasyona (%1,6) göre daha yüksek olduğunu bulmuştur (Viswasam, 2019) Avrupalı gebe kadınlar üzerinde yapılan bir literatür çalışmasında en düşük kaygı yaygınlık oranı %7,7 ile Polonya'da, en yüksek oran ise %36,5 ile İtalya'da bulunmuştur(Val ve Miguez, 2023)

Gebelik süresince yaşanan anksiyete bozuklukları her trimestırda farklı şekillerde yaşanmaktadır (Gilbert ve Harmon,2002). Gebeliğin 1. Timestırında ortaya çıkan fizyolojik değişimlere genellikle çoğu kadın kolay bir şekilde uyum sağlayabilmekteyken bazı kadınlarda ise hafif, orta ve şiddetli düzeyde anksiyete görülebilmektedir (Gül, 2019). Gebeliğin özellikle 3. Trimestırında yaşanan fizyolojik olaylar neticesinde anksiyete gelişmekte ve artmaktadır (Vazquez ve Miguez,2021). Bu psikolojik sorunlar içe dönüklük, pasif kişilik, bağımlılık, korku ve kaygı gibi değişimler yaratmaktadır (Özyurt ve Güzel,2019) Kadınlar arasında görülen bu farklılıkların temelini hamileliğe ait yaşanan hormonal ve fizyolojik farklılıklar temelini oluşturmaktadır (Taşkın, 2016).

1.3.3.2 Gebelik Anksiyetesinin Sonuçları

Gebelik döneminde annenin anksiyete tanısı almış olması hem kadının hemde fetüsün sağlığı için oldukça dikkat gerektiren bir durumdur (Kaya ve ark, 2018; Turan, 2021). Hem prenatal hemde postnatal semptomlarda artışa neden olabilmektedir (Hessami ve ark, 2022). Bebekte düşük doğum ağırlığı, gelişim geriliği, pretem eylem riski, zihinsel ve motor becerilerinde azalma, fetal stres, hızlı doğum eylemi, preeklamsi, erken membran rüptürü, servikal diskinezi, sezeryan doğum, kanama, uzamış doğum eylemi gibi riskleri artırabilmektedir(Waldie ve ark, 2015).Son on yılda yapılan çalışmalar incelendiğinde anksiyetenin kötü obstetrik sonuçlar ortaya çıkardığı görülmektedir (Goodman ve ark, 2020; Grigoriadis ve ark, 2019; Benett ve ark, 2004) bebekte veya fetüste yaşanan bu belirtiler annede zaten var olan anksiyetenin daha da artmasına neden olmaktadır(Goodman ve ark.,2020). Anksiyetede ki bu artış ise depresyon gelişimine sebep olarak özyıkım riskini artırdığı görülmektedir (Preis ve ark, 2022), son dönemde gebelikte anksiyete üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelik süreci boyunca yüksek anksiyete yaşayan kadınların daha düşük anksiyete yaşayan kadınlara oranla erken doğum yapma oranları daha yüksek bulunmaktadır (Hessami ve ark, 2022; Babür ve ark,2018).

Bergh ve Marcoen'un (2003) gebelik döneminde sigara kullanımı ile ilgili yapmış olduğu çalışmada gebelikte yüksek anksiyete tanısının fetüse olan etkisinin sigara kullanımına oranla daha fazla olduğunu belirtmiştir

Yapılan çalışmalarda gebelikte anksiyete tanısı alınması, fetüsün beyin gelişimini etkilediği, dikkat eksikliği, nöroendokrin reaksiyonlar, davranışlarda bozulma ve hiperaktivite gibi problemler yarattığı belirtilmiştir. Gebelik döneminin 12 -22 haftaları arasında gebenin anksiyete geçirmesi özellikle çocuk 8-9 yaşlarına geldiğinde ruhsal sorunlar yaşamasına zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir (Van den Bergh and Marcoen, 2004).

Tüm bu sebeplere bakıldığında zaman gebenin anksiyete düzeyinin erken tanınması ve devamında düzeyinin belirlenip azaltılması anne ve bebeğin sağlığı açısından son derece önem arz etmektedir (Taşkın 2016; Turan, 2021; Kaya ve ark, 2018).

1.3.4 Gebelik Stresi

1.3.4.1 Tanımı

Stres kelime anlamı olarak psikolojik ve fizyolojik olarak bireye rahatsızlık veren, bireyde bedensel ve psikososyal çevre arasında çatışmalar yaratan bir kavramdır. Günümüzde stres kavramı iki şekilde ele alınmaktadır, birincisi organizma için zararlı etkenler ikincisi organizmada ortaya çıkan zararlı değişkenlerdir (Baran ve ark, 2020). stres mekanizması çevreden gelen isteklere karşı uyum sağlamayı ve hayatta kalmayı sağlamaktadır(Taşkın,

2016). Hans selye tarafından organizmanın her türlü uyarana verdiği cevap olarak tanımlanmıştır (Akça Ay, 2012). Başka bir tanıma bakıldığında bireyin kendisi ve etrafı arasındaki uyumun bozulması ve bireyin mental sağlığını koruyabilmesi için çok daha fazla çaba harcamasına sebep olan içsel ve dışsal nitelikte herhangi bir unsur olarak tanımlanmaktadır (Kaba, 2019). Bireyde stresin oluşabilmesi için bireyin kendi ortamında veya sosyal çevresinde beklenmedik bir durum yaşanması ve bu yaşanan durumun bireyi etkileyebilmesi gereklidir (Baran ve ark, 2020). Bu etkilenme sonucunda bireyin vücudunda biyo kimyasal tepkiler gerçekleşerek stres meydana gelmektedir. Selye stres kavramına biyolojik bir bakış açısı ile yaklaşmıştır, strese maruz kalan bireyin kalp atış hızının yükseleceği, miksiyonda azalma yaşayacağı, titreme, aşırı terleme, iştahta azalma, ağız kuruluğu, gevşeyememe gibi fizyolojik etkiler yaşayacağını vurgulamıştır (Özel ve Karabulut, 2018).

Strese yanıt olarak bilinen nöroendokrin tepki, hipotalamo-pituiter-adrenal (HPA) aksta oluşan “stres sisteminin” uyarılması, sırasıyla glukokortikoidlerin (GC) ve katekolaminlerin salınımının artmasıyla sonuçlanır. Böylece hipotalamusta CRH (corticotropin-releasing hormone), hipofizde ACTH (Adenokortikotropik Hormon) ve adrenal bezde de kortizol salgılanmasına neden olur. Bu sayede de yükselen kan glikoz seviyesi beyne ve sinir dokusuna enerji sağlar ve vücudun strese karşı dayanıklılık kapasitesini yükseltir. Buna ek olarak, glukokortikoidler norepinefrin hormonların salgısını artırır. Bu katekolaminler, sempatik sinir sisteminin nörotransmitterleri tarafından üretilen fizyolojik değişikliklere benzer değişiklikler meydana getirir (Özgen ve Aydın, 1999)

1.3.4.2 Gebelikte Stres

Gebelik dönemindeki tüm kadınlar fizyolojik ve psikolojik farklılıkları yaşadığı olaylar ile karşı karşıyadır. Bu dönemdeki değişimler gebe için birer stresör olmakla beraber çoğunlukla da endişe ve depresyonla da beraberdir (Yeşiltepe Oskay, 2004; Vırit ve ark., 2008; Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş, 2011). Stres ile ilgili yapılan çalışmalarda ise gebeliğin birçok stres verici olay arasında ilk sıralarda yer aldığı bildirilmiştir (Öztürk ve Şirin, 2000) Gebelik döneminde yaşanan psikolojik değişikliklere bazı gebeler kolaylıkla uyum sağlarken bazı gebelerde ise hafif, orta ve şiddetli seviyede psikolojik sorunlar yaşanabilmektedir. Bu durum özellikle yüksek riskli gebelik tanısı almış gebeler üzerinde daha fazla olduğu ifade edilmektedir (Çapık, 2013). Kadınların hayatında stres yaratan yaşamsal olaylar araştırıldığında; ilk beş sıranın birinci sırasında gebeliğin (%53.5) olduğu ifade edilmiştir (Tuncer Köse ve Binici Kaloğlu, 2020). Gebelik süresince yaşanan stres hem anne sağlığını hem fetus sağlığını hem de yenidoğan sağlığını olumsuz etkilemektedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelikte yaşanan stres plasental anormalliler, artmış uterin arter direnci, antenatal kanama,

preterm eylem, zor doğum eylemi, spontan abortus, gebelikte görülebilen hipertansif hastalıklar, postpartum depresyon, intrauterin gelişme geriliği, düşük APGAR skor gibi pek çok negatif etkisinin olduğu ifade edilmiştir (Aksoy ve ark., 2019; Sis Çelik ve Atasever,2020).

1.3.4.3 Gebelikte Stresin Nedenleri

Gebelik Süresince yaşanan düşünce karışıklıkları kadında stres oluşmasına zemin hazırlayarak kadının gebeliğe uyumunu olumsuz etkilemektedir (Alkin Demir ve Beydağ, 2020). Gebelikte yaşanan stresin nedenleri; fizyolojik değişimler, yeni bir rol üstlenmeye hazırlanmak, toplumun gebeden beklediği kusursuz anne rolü söylemleri ve baskıları, fetüsün sağlığı hakkında oluşan tehtit varlığı, cinsel yaşam, bulantı, uyku sorunları, fiziksel kısıtlılık gibi durumlardır (Kılıçarslan, 2008). Gebeliğin ilk trimesterinde yaşanan stresin en önemli nedeni olarak ambivalan duygular yaşamak gösterilmektedir (Şahin ve ark., 2009). Bu durumlara ek olarak gebenin aile içerisinde veya evliliği ile ilgili sorun yaşaması, sosyo ekonomik sıkıntı içerisinde olması, plansız ve istenmeyen gebelik yaşanması, beden imajında meydana gelen değişimler, iyi bir anne olamayacağına dair yaşadığı kaygılar, sosyal destek azlığı stres yaşamasına neden olmaktadır (Alkin Demir ve Beydağ, 2020; McCrory ve McNally, 2013; Üst ve ark., 2013; Çapık ve ark., 2015).Birçok gebe herhangi bir risk varlığında veya doğum eylemini gerçekleştirmek için hastaneye yatış yaptırıldığında sevdiklerinden ayrılma, ev içerisinde üstlenmiş olduğu sorumluluklarını aksatmış olma, kontrol kaybı yaşama, gerginlik, çaresizlik, hastanede yapılan girişimlere karşı bilgisizlik, yabancı insanların varlığı, tanımadığı ortamda bulunma gibi nedenlere karşı stres yaşamaktadır (McCrory ve McNally, 2013; Üst ve ark., 2013; Taşkın, 2016).

1.3.4.4 Prenatal Stresin Etkileri

1.3.4.4.1 Stresin Gebelik Üzerine Etkileri

Gebeliğin erken döneminden itibaren strese maruz kalan kadınlar üzerine yapılan çalışmalara göre bu gebelerde gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsinin daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Akın,2018). Amerika da yapılan bir çalışma sonucuna göre ise 32 yaşın üzerindeki gebelerin stres nedeniyle düşük yapma olasılığının diğer gebelere oranla 2-3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Carolan - Olah ve Barry 2014).

1.3.4.4.2 Stresin Gelişmekte Olan Beyin Üzerine Etkileri

Beyin gelişim aşamasında kortikosteroidlerin (KS) cerebellum ve nukleusta granül hücrelerinin nöral mitozu baskıladığı, glial hücre bölünmesiyle meydana gelen miyelinizasyonu yavaşlatmaktadır. Erken dönemde kortikosteroidler hem işitsel hem de görsel gelişimsel gecikmeler yaşatmaktadır. Bazı stres etkenleri nöral bölünme, farklılaşma ve miyelinizasyon da değişime neden olacak bir stres cevabı geliştirmektedirler (Karabekiroğlu 2007).

1.3.4.4.3 Prenatal Stresin Perinatal Sonuçlar Üzerindeki Etkileri

Literatürde gebelikte yaşanan yüksek seviyedeki stresin patolojik doğum sonuçları ile bağlantılı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Alkin Demir ve Beydağ, 2020; Akın, 2015; Üst ve ark., 2013). Sable ve Wilkinson yaptığı çalışmada gebeliği süresince strese maruz kalan kadınlarda düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme riskinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Diğer çalışma sonuçları incelendiğinde ise antenatal strese maruz kalmak preterm eylem, düşük doğum ağırlığı, müdahaleli doğum, preeklamsi ile ilişkilendirilmiştir (Rallis ve ark. 2014; Aksoy ve ark., 2019; Sis Çelik ve Atasever,2020).

1.3.4.4.5 Prenatal Stresin Nörogelişimsel Sonuçlar Üzerindeki Etkileri

Literatür incelendiğinde antenatal dönemde yaşanan stresin fetal beyin büyümesi ile ilişkisinin olduğundan, kraniyal - nöral aksta malformasyonlara neden olduğundan , konjenital anomalilere neden olduğundan ve stresin organogenez aşamasında kalıcı hasarlara neden olduğundan bahsedilmektedir. Fakat son dönemde yapılan çalışmalar incelendiğinde algılanan stresin fetüsteki baş çevresi ile ilişkisi anlamlı sonuçlar vermemektedir. (Philippe – Graignic ve ark. 2014).

1.3.4.4.6 Prenatal Stresin, Fetüs Ve Çocuktaki Duygusal Gelişim Üzerindeki Etkisi

Gebeliğin geç dönemlerinde stres seviyesi yüksek olan gebelerin doğumdan sonra bebeklerinin daha fazla rahatsızlık gösterdiği ve daha fazla rahatsız yüz ifadesi kullandığı, daha fazla ağladığı belirtilmektedir. Sürekli stres altında olan gebelerin, bebeklerinin 2- 4 günlük iken yüksek aktivite, 1 haftalık iken ağlama, 7 aylık iken zorlu bir mizaç gösterdiği, çocuklukta ise anksiyeteye sebep olduğu tahmin edilmektedir (Glover 2014).

1.3.4.4.7 Prenatal Stresin, Çocuklarda Ve Ergenlerde Davranışsal Gelişimi Üzerindeki Etkisi

Prenatal strese maruz kalındığında ilk trimestırda erkek çocuklar için içselleştirme ve davranışsal sorunlar, üçüncü trimasterde kız çocuklarında içselleştirme (geri çekilme, somatik şikayetler) ve dışsallaştırma (suçluluk, saldırganlık) davranışsal sorunları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Savaş gibi majör stres yaratan olaylar yaşayan gebeler üzerine yapılan çalışma sonuçlarına göre savaş sırasında stresli olan gebelerin çocuklarında erken dönemde gelişimsel gecikmeler geç dönemlerde ise çocukta duygusal problemler yaşandığı görülmüştür (Philippe – Graignic ve ark. 2014).

1.3.4.4.8 Prenatal Stresle Başa Çıkma

Yaşanan stres ile baş edebilmenin en iyi yolu, bireyin kendisinin strese neden olan etkeni fark edip kontrol edebilmek için ilk adımı atmasıyla başlamaktadır. Literatür incelendiğinde stres ile başa çıkma davranışlarının iki başlık adı altında toplandığı görülmektedir. Bunlardan birincisi 'problem odaklı başa çıkma' bu davranış şeklinde sorunlu insan ve çevre ilişkisinde doğan problemler için karar oluşturma veya harekete geçme yoluyla kontrol sağlanmaya çalışılır. İkicisi ise 'duygu odaklı başa çıkma' duygusal sosyal destek alma, odaklanma ve duygularını dışa vurma, olumlu yönde yorumlama, kabullenme, reddetme, dua- ibadet etme gibi rekabetçi etkinlikler ile bastırma amaca yönelik sosyal davranışlar geliştirme yoluyla duyguların ya da sıkıntının azaltılmasını amaçlamaktadır (Alimoğlu 2010). Başa çıkma dinamik bir süreçtir. Antenatal stresin verdiği etkiler açısından bakıldığında gebenin stresle baş etme yöntemlerini etkin olarak kullanması, ailesinin bilgilendirilmesi ve cesaretlendirilmesi gereklidir. Gebenin önceki deneyimleri ve baş etme yöntemleri öğrenilmeli gebeye doğru yönlendirme yapılmalı ve gebenin mevcut destek sistemlerini harekete geçirilmelidir (Yang ve diğerleri, 2009; Shin ve Kim, 2011; Bozkurt ve Sevil, 2008; Talley, 2013).

1.4 Antenatal Hemşirelik Süreci

Gebelik süreci boyunca yaşanan emosyonel sorunların erken dönemde tanınması sürecinde hemşirelere büyük görevler düşmektedir (Amorime ve ark,2017; Coşkun ve ark., 2020). Ebe ve hemşirelerin antenatal ve postpartum süreç boyunca gerekli gözlemleri yaparak bireye danışmanlık vermektedir(Gilbert ve Harmon, 2002).Ebe ve hemşirelerin prenatal dönemde anne adaylarında takip ettikleri fiziksel değişimlerin yanı sıra psikolojik değişimleri de takip etmeleri oluşabilecek bir probleme karşı erken müdahalede bulunabilmek açısından oldukça önem arz etmektedir(Sis Çelik ve Atasever, 2020).gebelik döneminde yaşanan emosyonel sorunlar takip edilip önlem alınmadığı taktirde postpartum dönemde e devam ederek birçok psikiyatrik sorunlara neden olabilmektedir(Baltacı ve Başer,2020). Yüksek riskli gebelik

tanısı almış bireylerin yaşadığı fiziksel veya fizyolojik yakınmaların yanı sıra psikolojik değerlendirmeleri de ihmal edilmeden anne adaylarına yönelik eğitim programlarının hazırlanması gerekmektedir (Koss,2016). Hazırlanacak bu programın kapsamında riskli gebelere yönelik fiziksel, psikolojik, sosyal yönlerden değerlendirmeler ele alınmalı ve bireye bütüncül yaklaşımda bulunulmalıdır (Çapık ve ark., 2015). Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG), gebelik boyunca oluşabilecek emosyonel değişimlere yönelik her trimesterde en az bir defa ırk, statü, sosyodemografik özelliklerden ve obstetrik özelliklerden bağımsız olarak tüm gebelerin taranmasını önermektedir.

Gebelikte yaşanabilecek fizyolojik ve psikolojik sorunların erken tespitinin yapılabilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin ev ziyareti, doğuma hazırlık kursları, rutin gebe takip ve izlemleri gibi faaliyetleri özenle gerçekleştirilmelidir (Coşkun ve ark., 2020;). birinci basamakta görev alan ebe, hemşire ve hekim bu süreçte gebelerin en önemli destekleyicileridir(Aydemir ve Hazar,2014).gebelere için gerçekleştirilen doğuma hazırlık kurslarının yaygınlaştırılması, antenatal depresyon stres ve anksiyetenin önüne geçilmesi açısından büyük önem taşımaktadır(Kaba,2019;Ferguson ve ark., 2013). Burhan ve arkadaşlarının (2020) doğuma hazırlık kurslarının gebeler üzerinde olan etkisini inceledikleri çalışmada, kursa katılan gebelerin psikolojilerinin daha sağlıklı olduğu sonucuna varmıştır. Yine benzer bir çalışmada Ferguson ve ark. (2013) da doğum öncesi eğitim sınıflarının pozitif fizyolojik ve psikolojik etkilerinin olduğunu rapor etmişlerdir.

Hemşireler yüksek riskli gebelikte yaşanacak emosyonel sorunların önlenmesine yönelik gebenin sosyal desteklerinin neler olduğunu öğrenmeli ve güçlenmesi için teşvikte bulunmalıdır (Duman ve Karataş,2012; Ölçer ve Oskay,2015). Özenli yapılacak bir ev ziyareti ile riskli gebenin fiziksel durumunun yanında psikolojik durumu da ayrıntılı incelenerek gerekli önlemler ve uygun girişimler planlanmış olacaktır (Duman ve Karataş,2012; Bostancı ve ark., 2015) böylece gebenin almış olduğu doğum öncesi bakımın kalitesi artmış olacaktır (Güleç ve ark., 2020).

Hemşireler riskli gebeye psikolojik destek verebilmek için, gebenin ailesindeki yerini bilmesi gerekir (Coşkun ve ark., 2020). Gebeyi olumlu ve olumsuz duygularını dile getirebilmesi için desteklemesi gereklidir (Aydemir ve Hazar,2014; Taşkın,2016) ambivalan duyguları tespit etmesi gereklidir (Kaba,2019). Böylece oluşabilecek bir kriz anına nelerin neden olabileceği veya çözümünü için nelerin gerekli olacağı önceden tespit edilebilir (Gilbert ve Harmon, 2002). Kriz anı yaşandığında ise yaşanan sorunun kaynağının ortaya çıkması için gebe ve ailesinin açıklamalarda bulunmasına fırsat verilmelidir gebe ve ailesinin yaşadıkları problemle baş etme stratejileri tanımlanmalı, pozitif baş etme davranışları geliştirilmeli (Coşkun ve ark., 2020). Gebeye ailesinin yanında olduğunu destek olduğunu hissettirilmelidir. Bu bağlamda çevresel stresörler gözden geçirilmeli ve düzenlenmelidir. Riskli gebelik tanısı almış gebeye tanısına uygun ilerleyen süreçlerde karşılaşılabileceği stresörler hakkında durumuna uygun şekilde

eğitim verilmelidir bu bağlamda Baş etmede kullanabileceği stratejiler beraber geliştirilerek öğretilmelidir (Taşkın, 2016).

Gebelere özel uygun hemşirelik girişimleri planlanmalıdır (Güleç ve ark., 2020). Uyku düzeni değişen kalitesi bozulan gebelerde annenin ve fetüsün sağlığı için uyku hijyeni konusunda gebenin alışkanlıkları öğrenilerek gebeye özel davranış biçimi kazandırılmalıdır (Kamysheva ve ark, 2010; Ertekin ve ark., 2014).

Gebenin yaşadığı emosyonel sorunlarındaki fizyolojik tepkilerini kontrol altına alabilmesi için gebelikte aldığı risk tanısına göre gebenin durumu el verdiği takdirde fiziksel egzersizler planlanmalıdır (Gilbert ve Harmon,2002; Cardwell ve ark. 2013). ACOG tarafından önerilen en etkin stres azaltma yöntemi egzersizdir(Aksoy ve Gürsoy,2021). Gebelere gevşeme ve esneme teknikleri öğretilerek gebenin gerginlik, stres, anksiyete seviyesi azaltılabilir (Aksoy ve Gürsoy,2021). Yüksek riskli tanı almış gebelik sürecinde bebeğe ve doğuma ilişkin yaşanılan endişelere korkulara karşı solunum egzersizleri, gevşeme teknikleri uygulatarak gebenin rahatlaması sağlanabilir (Ölçer ve Oskay,2015; Taşkın,2016;Gilbert ve Harmon,2002).

Yüksek riskli gebe ve ailesine olumlu iletişim becerileri, birlikte kaliteli vakit geçirme, manevi huzur yaşayabileceği zaman ve aile desteğinin sağlanabileceği uygun ortam ve zaman planlanmalıdır (Kaba, 2019).

Müzik dinlemenin Gebelerin yaşamış olduğu stres, anksiyete, kaygı düzeyelerinin azaltılmasında etkili bir yöntem olduğuna dair yapılmış pek çok çalışma mevcuttur(Corbin van ve ark., 2020; Willenswaard ve ark., 2017; Yang ve ark., 2009; Chang ve ark., 2008) yapılan çalışmalara göre gebelere, klasik müzik, çocuk şarkıları, ninni, doğa sesleri dinletildiğinde stres kaygı anksiyete düzeyelerinde düşüş olduğu gözlemlenmiştir, Baure ve arkadaşlarının (2010) yüksek riskli gebeler üzerine yapmış olduğu çalışmada hastanede yatak istirahatinde olan gebelere her gün bir saat müzik terapi yapılarak etkileri incelenmiş ve bu uygulamanın stresi azalttığı saptanmıştır (Akmeşe ve Oran, 2014). Benzer bir çalışmada Yang ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmış olup hastanede yatan riskli gebelere ard arda 3 gün 30 dk. Müzik dinletilmiş ve fetüs ile olan ilişkisi incelenmiş. Sonucunda müzik dinletmenin fetal kalp hızının daha dengeli seyretmesi ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Willenswaard ve arkadaşlarının (2017) 1261 gebeyi kapsaya metaanaliz çalışmasında müzik terapisinin kaygı ve stresi azalttığı sonucuna varılmıştır. Chang ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise, müzik terapisinin perinatal depresyonu azalttığı saptanmıştır. Hemşireler gebeleri rahatlatıcı müzikler dinlemesi konusunda teşvik etmelidir (Talley, 2013).

2. BÖLÜM

MATERYAL YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, yüksek riskli gebelik tanısı almış gebelerin yaşadıkları emosyonel sorunları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yeri Ve Zaman

Bu araştırma Çorum Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Servisi ve polikliniğine başvuran gebeler ile 08.06.2022-29.01.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Perinatoloji servisi 5 yataktan oluşmaktadır. Hasta sirkülasyonu yoğun olan bir servistir.

2.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırma evrenini 18-35 yaşları arasında, Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesine başvuran yüksek riskli gebelik tanısı almış ve daha önce herhangi bir psikolojik destek almamış, Türkçe bilen, okuma yazması olan gebeler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem hesaplamasında evrenin tamamına ulaşılması mümkün olmadığı için evreni bilinmeyen örnekleme hesaplama yoluna gidilmiştir.

Örnekleme için kullanılan formül:

$$n = \frac{Nxpqxzt^2}{(N-1)xd^2 + pxqxzt^2}$$

p= 0,06 incelenen olayın görülüş olasılığı

q=0,94 incelenen olayın görülmeyiş olasılığı

N=5000 evrendeki birey sayısı tahmini

n=örnekleme alınacak birey sayısı

d=0,04 olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma

t=1,96 belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik

değer formülden elde edilen sonuca göre araştırma örneklemini 133 kadın hasta oluşturmuştur.

Yapılan hesaplama göre seçilmesi gereken örneklem büyüklüğü en az 133 olup veri toplama aşamasında 2.2’de verilen sınırlılıklar dikkate alınarak, Hitit Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji servisi ve polikliniğine 08.06.2022-29.01.2023 tarihleri arasında başvuran 18-35 yaş arası, yüksek riskli gebelik tanısı almış ve daha önce herhangi bir psikolojik destek almamış 135 gebe tarafından oluşturulmuştur. Çalışmamızda toplam 142 gebeye ulaşılmış ancak verilen yanıtların eksik olması nedeniyle 7 anket araştırmaya dahil edilmemiş, araştırma 135 katılımcıyla tamamlanmıştır.

2.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- 18- 35 yaş arasında olan,
- Daha önce herhangi bir psikiyatrik sorun yaşamamış olan,
- Anadili Türkçe olan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar çalışmanın örneklemini oluşturacaktır.

2.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- 18 yaş altı -35 yaş üstü kadınlar,
- Daha önce herhangi bir psikiyatrik sorun yaşamış olanlar,
- Türkçe bilmeyenler,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler.

2.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacı tarafından geliştirilen 35 sorudan oluşan Gebe Değerlendirme Anketi (GDA), 1961’de Aeoron T. Beck tarafından geliştirilmiş, 1989’da Hisli (Hisli, 1989) tarafından Türkçe’ye çevrilmiş, geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiş olan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), 21 maddeden oluşmaktadır.

2.7. Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı olarak, ‘Gebe Değerlendirme Anketi’ ‘Beck Depresyon Ölçeği (DDÖ)’ ‘Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)’ ‘Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ)’ Etik kurul onayının

alınmasını takiben, Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nin perinatoloji kliniğine başvuran gebeler üzerinde 08.06.2022-29.01.2023 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

2.7.1. Gebe Değerlendirme Anketi

Çalışmanın amacına uygun olarak literatür doğrultusunda 135 sorudan oluşmaktadır. Ankette gebelerin yaş, eğitim düzeyi, evlilik süresi gibi sosyodemografik özellikler, gebelikte alınan yüksek riskli gebelik tanıları, gebelik süreci boyunca karşılaşılan diğer yakınmalar ve parite, gravida, abortus gibi obstetrik özellikler yer almaktadır (Köksal, 2016; Taşkın, 2016; Gnanasambanthan ve Datta, 2019; Lee ve ark, 2016; Biaggi ve ark, 2016; Quinn ve ark, 2017; Bodnar ve ark, 2016).

2.7.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Bu ölçek ilk kez 1961'de Aeoron T. Beck tarafından geliştirilmiş olup 1971'de tekrar gözden geçirilmiştir. 1989'da Hisli (Hisli, 1989) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiştir. BDÖ, 21 maddelik bir kendi kendini değerlendirme ölçeği olup, depresif semptomları ve karakteristik yaklaşımları ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler (Çalışmamızda cevaplandırma konusunda yardım isteyenlere yönlendirici olunmadan yardımcı olunacaktır). Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam puan 0-63 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Güvenilirlik çalışmasında, 17 kesme puanında Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenilirliğinde, $r=0.74$ olarak belirlenmiştir (Hisli, 1988; Hisli, 1989).

2.7.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

1988'de Aeron T. Beck tarafından geliştirilmiş olup 21 maddelik bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe'ye Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998'de çevrilmiştir. BAE'deki maddelerde anksiyetenin subjektif, somatik ve panikle ilgili belirtileri tarif edilmektedir. Her madde 0'dan 3'e kadar puanlanan 4 seçenek içermektedir. 21 maddenin toplamında da 0-63 puan elde edilir ve toplam skorun artması anksiyete semptomlarının da arttığını gösterir (Ulusoy ve ark., 1998).

2.7.4. Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ)

Pregnancy Stress Rating Scale (PSRS) gebelikte algılanan stresin ölçülmesi amacıyla 1983 yılında Chen ve arkadaşları tarafından 30 madde ile Çin'de geliştirilmiştir (Chen ve ark, 1983). Daha sonra 2015 yılında ölçeğin yine doğum ve doğum sonrası beklenen stresörler de eklenerek 40 madde ile Tayvan'da geçerlik ve güvenilirliği yapılmış ve 36 maddeye indirgenmiştir. Ölçeğin 2015'te son hali verilen şeklinde beş (5) alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu olup 5'li Likert tipi ile derecelendirilmiştir. Puanlamada, kesinlikle hayır (0), hafif (1), orta (2), şiddetli (3), çok şiddetli (4) şeklindeki derecelendirme kullanılmıştır. Tüm madde puanlarının toplamı, doğum öncesi stres skorunu vermiştir. Ölçekten alınan minimum puan 0, maksimum puan 144'tür. Alınan puanın yüksek olması doğum öncesi yüksek düzeyde stres algılandığının göstergesidir (Chen,2015).

2.8. Çalışma Takvimi Çalışma Takvimi

Literatür tarama: 02.02.2022-04.04.2023

Veri toplama araçlarının hazırlanması: 02.05.2022-02.06.2022

Verilerin toplanması Kasım: 08.06.2022-29.01.2023

Verilerin değerlendirilmesi:12.02.2023-12.02.2023

Tez raporunun hazırlanması:12.02.2023-09.06.2023

2.9. Veri Analizi

Araştırma sonucu elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak Microsoft Excel paket programı ile düzenlendikten sonra SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 29.0 paket programı ve ile analiz edilmiştir. Analizlere başlamadan önce sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov, Shapiro Wilk ile Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) testleri, Histogram ve Q-Q Plot grafikleri ile incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda verilerin normal dağılımdan geldiği sonucuna ulaşılmıştır. Kategorik veriler frekans ve yüzde değerleri ile gösterilirken sayısal veriler normallik varsayımını sağlaması sebebiyle ortalama ve standart sapma değerleriyle gösterilmiştir. Veri analizi yapılırken, iki bağımsız grup karşılaştırması için veriler normal dağılımdan geliyorsa "Independent Sample T Testi", ikiden fazla bağımsız grup olması durumunda "One Vay ANOVA" Testi, ve iki sayısal değişken arasındaki ilişkiye bakabilmek amacıyla da "Pearson Korelasyon Testi" kullanılmıştır. Tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

2.10. Araştırmanın Etiği

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı olarak kurum izni (Ek 5) ve Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı alınmıştır

Araştırma kapsamındaki kadınların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın yapılma amacı rasyonel olarak açıklanarak, sözel olarak "Aydınlatılmış Onam" (Ek 7) alınmış, "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" gereği elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek, araştırmaya gönüllülerin alınmasında "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkelere uygun davranılmıştır. Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeğini kullanmak için (Ek 4), Beck Anksiyete Ölçeğini kullanmak için (Ek 3), Beck Depresyon Ölçeğini kullanmak için yazılı izin alınmıştır (Ek 2).

2.11. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler araştırma başladıktan sonra anket sorularının ve ölçek sorularının sayı olarak fazlalığı nedeniyle görüşmenin devamlılığını sağlamakta zorluk yaşamıştır. Bu durum neticesinde görüşmeler uzun sürmüştür. Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin perinatoloji kliniği 5 yataklı olması dolayısıyla yeterli katılımcı sayısına ulaşmak planlanan süreden daha fazla zaman almıştır.

Araştırma soruları

- 1.Yüksek Riskli gebeliği olan kadınların yaşadıkları emosyonel sorunlar nedir?
2. Yüksek Riskli gebeliği olan kadınların yaşadıkları emosyonel sorunlara neden olan faktörler nelerdir?
3. Yüksek Riskli gebeliği olan kadınların yaşadıkları emosyonel sorunlar sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterir mi?

3. BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 3.1. Yüksek Riskli Gebelere Ait Demografik Verilerin Dağılımı

		N	%
Katılımcı Yaşı	18-24 yaş	40	29,6
	25-29yaş	45	33,3
	30-34 yaş	50	37,0
Sigara kullanma durumu	Var	23	17,0
	Yok	112	83,0
Alkol kullanma durumu	Var	-	-
	Yok	135	100,0
Eğitim Durumu	İlkokul	10	7,4
	Ortaokul	14	10,4
	Lise	66	48,9
	Üniversite	45	33,3
Meslek	Ev hanımı	102	75,6
	Memur	20	14,8
	İşçi	8	5,9
	Serbest meslek	5	3,7
Aylık Gelir Durumu	Gelir giderden az	41	30,4
	Gelir gidere eşit	83	61,5
	Gelir giderden fazla	11	8,1
Gebelik Sırasında Çalışma	Çalışıyor	29	21,5
	Çalışmıyor	106	78,5
Sosyal Güvence	Var	122	90,4
	Yok	13	9,6
Son 10 yılda göç yapma durumu	Var	11	8,1
	Yok	124	91,9
Kronik hastalığa sahip olma durumu	Var	11	8,1
	Yok	124	91,9
Sürekli kullanılan ilaç	Var	8	5,9
	Yok	127	94,1

Araştırmaya katılan bireylerin %37'si 30-34 yaş aralığındadır. Katılımcıların hiçbiri gebelik esnasında alkol tüketmemiştir. Sigara kullananların oranı %17'dir. Kronik hastalığı bulunan bireylerin oranı %8,1'dir. %5,9'u gebelik sırasında ilaç kullanmıştır. Bireylerin çoğunluğunu lise mezunudur. Bireylerin %75,6'sı ev hanımı, %14,8'i memur, ve %3,7'si de serbest meslek sahibidir. Bu dağılımlara göre bireylerin çoğunluğunun gelirinin giderine eşit olduğu anlaşılmaktadır. Bireylerin çoğunluğu gebelik sırasında çalışmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %90,4'ünün sosyal güvencesi vardır. 10 yılda göç yapanların oranı %8,1'dir.

Tablo 3.2. Yüksek Riskli Gebelerin Evlilik İlişkilerine ait Verilerin Dağılımı

		N	%
Eşler arası akrabalık durumu	Var	12	8,9
	Yok	123	91,1
Evlilik hayatı	Çok iyi	14	10,4
	İyi	59	43,7
	Fena değil	42	31,1
	Kötü	18	13,3
	Çok kötü	2	1,5
Cinsel yaşantının etkilenme durumu	Var	71	52,6
	Yok	64	47,4
Engelli çocuğa sahip olma durumu	Var	2	1,5
	Yok	133	98,5
Yardımcı üreme tekniği kullanma durumu	Var	10	7,4
	Yok	125	92,6
Gebeliğin istemli gerçekleşme durumu	Var	108	80,0
	Yok	27	20,0
Medeni Durum	Evli	135	100,0
	Bekar	-	-
Evlenme yaşı	15-21 yaş	70	51,9
	22-27 yaş	57	42,2
	28-32 yaş	8	5,9
Eş Eğitim	İlkokul	10	7,4
	Ortaokul	16	11,9
	Lise	74	54,8
	Üniversite	35	25,9
Eş Meslek	Memur	17	12,6
	İşçi	29	21,5
	Serbest Meslek	89	65,9

Katılımcıların tamamı evlidir Katılımcıların %8,9'unun eşi ile akrabalığı bulunmaktadır. Evlilik hayatı çok iyi olanların oranı %10,4, iyi olanların oranı %43,7, kötü olanların oranları oranı %13,5'tir. Gebelik döneminde cinsel yaşamı olumsuz etkilenen bireylerin oranı %17'dir. Katılımcıların % 98,5'inin engelli çocuğu bulunmamaktadır. %7,4 katılımcı yardımcı üreme tekniği kullanmıştır %80'inin gebeliği istemlidir. Bireylerin %51,9'u 15-21 yaş aralığında evlenmiştir. %54,8'i lise mezunu ve %25,9'unun da üniversite mezunudur. %65,9 oranında katılımcının eşi serbest meslek sahibidir.

Tablo 3.3. Yüksek Riskli Gebelerin Obstetrik İlişkilerine ait Verilerin Dağılımı-1

		N	%
Gravida	Primigravida	48	35,6
	Multigravida	87	64,4
Gebelik Haftası	1. Trimester	31	23,0
	2. Trimester	30	22,2
	3. Trimester	74	54,8
Uyku düzeni değişimi	Arttı	30	22,2
	Azaldı	73	54,1
Gebelik takiplerine düzenli gitme durumu	Var	115	85,2
	Yok	20	14,8
Hastaneye yatma durumu	Var	101	74,8
	Yok	34	25,2
Doktor tarafından konulan tanı	Hipertansif hastalıklar	24	17,8
	Pyelonefrit	11	8,1
	Şiddetli hiperemesis gravidarum	7	5,2
	Preterm eylem	16	11,9
	Kilo alımında anormallikler	4	3,0
	Postterm gebelik	2	1,5
	İntrauterin gelişim geriliği	5	3,7
	Çoğul gebelik	3	2,2
	Polihidroamniyoz ve oligohidroamniyoz	11	8,1
	Akut cerrahi problemler	5	3,7
	RH uyumsuzluğu	6	4,4
	Prezentasyon anomalileri	8	5,9
	Diyabetüs mellitus	13	9,6
	Uygun olmayan fundus yüksekliği	2	1,5
	Antenatal kanama	18	13,3

Gebeliğinin 1.trimesterinde olan bireylerin oranı %23, 2.trimesterinde olan bireylerin oranı %22,2 ve 3.trimesterinde olan bireylerin oranı %54,8'dir. %85,2 hamile, takiplerine düzenli katılım sağlamıştır, %74,8'i hastaneye yatış yapmıştır. Katılımcıların %54,1'i gebelik esnasında uyku düzeninin azaldığını, %22,2'si ise arttığını %23,7 si değişmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %17,8'ine hipertansif hastalık, %8,1'ine Pyelonefrit, %5,2'sine şiddetli hiperemesis, %11,9'una preterm eylem, %3,0'ü kilo almında anormallikler, %1,5'ine postterm gebelik, %3,7'sine gelişim geriliği ve %2,2'sine çoğul gebelik, % 8,1'i polihidroamniyoz ve oligohidroamniyos, % 3,7'si akut cerrahi problemler, %4,4'ü RH uyumsuzluğu, %5,9'u prezentasyon anomalileri, %9,6'sı DM, %1,5'i uygun olmayan fundus yüksekliği, %13,3'i antenatal kanama tanılarını almıştır.

Tablo 3.4. Yüksek Riskli Gebelerin Obstetrik İlişkilerine ait Verilerin Dağılımı-2

	Canlı Doğum	Ölü Doğum	Kürtaj	Abortus
Ortalama	0,69	0,03	0,23	0,31
Std.Sapma	0,82	0,17	0,49	0,59
Medyan	1	0	0	0
Minimum	0	0	0	0
Maximum	3	1	2	3

Tablo 4'te sayısal verilere ilişkin istatistikler yer almaktadır. Katılımcıların canlı doğum ortalama ve standart sapması $0,69 \pm 0,82$, ölü doğum ortalama ve standart sapması $0,03 \pm 0,17$, kürtaj ortalama ve standart sapması $0,23 \pm 0,49$ ve abortus ortalama ve standart sapması $0,31 \pm 0,59$ 'dur.

Tablo 3.5. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerine ait İstatistikler

	Beck Depresyon Ölçeği	Beck Anksiyete Ölçeği	Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği
Ortalama	16,78	19,25	63,06
Std.Sapma	8,45	10,82	17,48
Medyan	16	18	64
Minimum	2	4	22
Maximum	41	49	103

Katılımcıların BDÖ den almış oldukları puanların ortalama ve standart sapması $16,78 \pm 8,45$, BAÖ den almış oldukları puanların ortalama ve standart sapması $19,25 \pm 10,82$ ve gebelik stresini değerlendirme ölçeğinden almış oldukları puanların ortalama ve standart sapması $63,06 \pm 17,48$ 'dir.

Tablo 3.6. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Yaş Değişkenine Göre Farklılığının Analizi

	Katılımcı Yaşı	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	18-24 Yaş	14,63	8,37	2,988	0,054
	25-29 Yaş	16,36	6,78		
	30-34 Yaş	18,88	9,48		
Beck Anksiyete Ölçeği	18-24 Yaş	19,15	12,81	0,083	0,920
	25-29 Yaş	18,82	9,00		
	30-34 Yaş	19,72	10,79		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	18-24 Yaş	70,80	16,53	7,294	<0,001
	25-29 Yaş	62,60	16,73		
	30-34 Yaş	57,28	16,85		

Yaş değişkeni ile depresyon ve anksiyete arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Yaş değişkeni ile gebelik stresini değerlendirme ölçeği arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). 18-24 yaş aralığındaki bireylerin gebelik stresi $70,8\pm 16,53$, 25-39 yaş aralığındaki bireylerin gebelik stresi $62,6\pm 16,73$, 30-34 yaş aralığındaki bireylerin gebelik stresi $57,28\pm 16,85$ olarak bulunmuştur. Yaş arttıkça gebelik stresi azalmaktadır.

Tablo 3.7. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Gebelik Haftası Değişkenine Göre Farklılığının Analizi

	Gebelik Haftası	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	1. Trimester	12,13	6,70	6,605	0,002
	2. Trimester	18,03	8,62		
	3. Trimester	18,22	8,43		
Beck Anksiyete Ölçeği	1. Trimester	14,55	10,61	3,990	0,021
	2. Trimester	20,97	10,17		
	3. Trimester	20,53	10,74		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	1. Trimester	67,00	17,14	1,031	0,359
	2. Trimester	62,23	17,54		
	3. Trimester	61,74	17,59		

Gebelik haftası ile depresyon ve anksiyete arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). 1.trimesterde olan gebelerin depresyon ortalama ve standart sapması $12,13\pm 6,7$, 3.trimesterde olan gebelerin depresyon ortalama ve standart sapması $18,022\pm 8,43$ 'tür. Gebelikte sona yaklaştıkça depresyon oranı artmaktadır (Tablo 6).

1.trimesterde olan gebelerin anksiyete ortalama ve standart sapması 14,55±10,61, 2.trimesterde olan gebelerin anksiyete ortalama ve standart sapması 20,97±10,13, 3.trimesterde olan gebelerin anksiyete ortalama ve standart sapması 20,53±10,74'tür. 2.trimesterde olan gebelerin anksiyete ortalamaları daha yüksektir (Tablo 6).

Gebelik haftası ile gebelik arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak bakıldığında en yüksek stres ortalamasının 1.trimesterde olduğu görülmektedir (Tablo 6). Analiz sonucuna göre farklılık 1.trimester döneminde olan bireylerden kaynaklanmaktadır.

Tablo 3.8. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılığının Analizi

	Eğitim Durumu	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	İlkokul	23,90	5,86	4,168	0,007
	Ortaokul	20,21	11,12		
	Lise	16,15	8,26		
	Üniversite	15,04	7,35		
Beck Anksiyete Ölçeği	İlkokul	22,10	12,36	1,177	0,321
	Ortaokul	22,36	12,04		
	Lise	19,56	10,88		
	Üniversite	17,20	9,91		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	İlkokul	56,70	13,03	1,012	0,390
	Ortaokul	58,57	19,68		
	Lise	63,42	18,57		
	Üniversite	65,33	15,85		

*ANOVA Testi, $p<0,05$

Tablo 8'de araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik ANOVA testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin eğitim durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p>0,05$) ve beck depresyon ölçeği için ($p<0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde eğitim düzeyi düşük olan bireylerin diğer bireylere göre ile beck depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. analiz sonucuna göre Üniversite mezunları ile ilkokul ve ortaokul, lise mezunları ile ilkokul ve ortaokul mezunları arasında farklılık saptanmıştır.

Tablo 3.9. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Meslek Değişkenine Göre Farklılığının Analizi

	Meslek	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Ev hanımı	16,58	8,88	0,187	0,905
	Memur	16,75	6,91		
	İşçi	18,00	8,85		
	Serbest meslek	19,00	4,95		
Beck Anksiyete Ölçeği	Ev hanımı	19,13	11,42	0,963	0,412
	Memur	17,90	7,61		
	İşçi	19,38	10,97		
	Serbest meslek	27,00	7,52		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Ev hanımı	62,23	18,32	1,559	0,202
	Memur	70,20	13,28		
	İşçi	60,38	17,52		
	Serbest meslek	55,80	5,93		

*ANOVA Testi, $p < 0,05$

Tablo 9’da araştırmaya katılan bireylerin meslekleri ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik ANOVA testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin meslekleri ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p > 0,05$) olduğu elde edilmiştir. Diğer bir ifade ile mesleklerinin farklı olması ile beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 3.10. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Gelir Durumuna Göre Farklılığının Analizi

	Gelir Durumu	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Gelir giderden az	18,59	9,03	2,743	0,068
	Gelir gidere eşit	16,51	8,26		
	Gelir giderden fazla	12,09	5,77		
Beck Anksiyete Ölçeği	Gelir giderden az	21,07	9,90	3,502	0,033
	Gelir gidere eşit	19,37	11,33		
	Gelir giderden fazla	11,55	6,79		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Gelir giderden az	62,10	18,76	4,535	0,012
	Gelir gidere eşit	65,39	16,52		
	Gelir giderden fazla	49,09	13,63		

*ANOVA Testi, $p<0,05$

Tablo 10’da araştırmaya katılan bireylerin gelir durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile ANOVA Testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin gelir durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon ölçeği için ($p>0,05$) olduğu, beck anksiyete ölçeği ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p<0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde geliri giderinden az olan bireylerin diğer bireylere göre beck anksiyete ve gebelik stresi düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bonferroni düzeltilmiş Post-hoc analizi sonucuna göre farklılık geliri giderden farklı olan bireylerden kaynaklanmaktadır.

Tablo 3.11. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Gebelik Sırasında Çalışma Durumuna Göre Farklılığının Analizi

	Gebelik Sırasında Çalışma Durumu	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Çalışıyor	17,41	6,70	0,208	0,649
	Çalışmıyor	16,60	8,89		
Beck Anksiyete Ölçeği	Çalışıyor	19,55	8,10	0,028	0,867
	Çalışmıyor	19,17	11,48		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Çalışıyor	64,79	14,72	0,362	0,549
	Çalışmıyor	62,58	18,20		

*Independent Sample Testi, $p<0,05$

Tablo 11’de araştırmaya katılan bireylerin gebelik sırasında çalışma durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme leği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik T Testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin gebelik sırasında çalışma durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme leği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme leği için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Diğer bir ifade ile gebelik sırasında çalışma durumlarının farklı olması ile beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 3.12. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme leğlerinin Sosyal Güvenceye Göre Farklılığının Analizi

	Sosyal Güvence	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon leği	Var	16,22	8,43	5,687	0,019
	Yok	22,00	6,99		
Beck Anksiyete leği	Var	18,70	11,11	3,293	0,072
	Yok	24,38	5,66		
Gebelik Stresini Değerlendirme leği	Var	63,25	17,69	0,156	0,693
	Yok	61,23	15,90		

**Independent Sample Testi, $p<0,05$*

Tablo 12’de araştırmaya katılan bireylerin sosyal güvence durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme leği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi T Testi uygulanmıştır. Beck depresyon, sosyal güvenceye göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olmayan bireylerin depresyon ortalamaları sosyal güvencesi olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 3.13. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme leğlerinin G Durumuna Göre Farklılığının Analizi

	Son 10 yılda g durumu	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon leği	Var	24,18	6,81	9,799	0,002
	Yok	16,12	8,29		
Beck Anksiyete leği	Var	22,45	12,20	1,050	0,307
	Yok	18,97	10,70		
Gebelik Stresini Değerlendirme leği	Var	60,64	9,93	0,229	0,633
	Yok	63,27	18,01		

**Independent Sample Testi, $p<0,05$*

Tablo 13'te araştırmaya katılan bireylerin göç etme durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile T Testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin göç etme durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon ölçeği için ($p<0,05$) olduğu, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde göç eden bireylerin diğer bireylere göre beck depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.14. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Evlenme Yaşına Göre Farklılığının Analizi

	Evlenme Yaşı	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	15-21 Yaş	17,51	8,72	1,787	0,171
	22-27 Yaş	16,60	8,43		
	28-32 Yaş	11,63	3,66		
Beck Anksiyete Ölçeği	15-21 Yaş	19,74	10,92	1,165	0,315
	22-27 Yaş	19,44	10,84		
	28-32 Yaş	13,63	9,33		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	15-21 Yaş	60,59	18,04	1,781	0,172
	22-27 Yaş	65,09	16,46		
	28-32 Yaş	70,25	18,00		

*ANOVA Testi, $p<0,05$

Tablo 14'te araştırmaya katılan bireylerin evlenme yaşı ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik ANOVA testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin evlenme yaşı ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon ve beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p>\alpha=0,05$) olduğu elde edilmiştir. Beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresi bireylerin evlenme yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 3.15. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Eş Eğitim Durumuna Göre Farklılığının Analizi

	Eş Eğitim	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	İlkokul	22,60	8,18	2,275	0,083
	Ortaokul	18,63	9,94		
	Lise	16,18	8,09		
	Üniversite	15,54	8,10		
Beck Anksiyete Ölçeği	İlkokul	21,20	12,74	1,937	0,127
	Ortaokul	24,75	11,48		
	Lise	18,68	10,78		
	Üniversite	17,40	9,54		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	İlkokul	53,60	13,74	3,062	0,030
	Ortaokul	58,31	18,31		
	Lise	62,38	18,11		
	Üniversite	69,37	14,95		

*ANOVA Testi, $p < 0,05$

Tablo 15'te araştırmaya katılan bireylerin eşlerinin eğitim durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile ANOVA testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin eşlerinin eğitim durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p > 0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bireylerin eşlerinin eğitim durumlarının farklı olması ile beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmamaktadır. Ancak bireylerin eşlerinin eğitim durumları ile beck depresyon arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). İlkokul mezunu eşi olan bireylerin beck depresyon ortalamaları, ortaokul ve lise olanlara göre daha yüksektir. Eş eğitim seviyesi arttıkça beck depresyon azalmaktadır. Farklılık ilkokul mezunu olan bireylerden kaynaklanmaktadır.

Tablo 3.16. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Eş Mesleğine Göre Farklılığının Analizi

	Eş Meslek	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Memur	18,29	8,55	0,490	0,613
	İşçi	17,38	9,37		
	Serbest meslek	16,29	8,17		
Beck Anksiyete Ölçeği	Memur	19,00	10,43	0,251	0,779
	İşçi	20,52	12,04		
	Serbest meslek	18,89	10,57		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Memur	70,29	14,35	2,151	0,120
	İşçi	59,34	17,12		
	Serbest meslek	62,89	17,89		

*ANOVA Testi, $p < 0,05$

Tablo 16'da araştırmaya katılan bireylerin eşlerinin meslekleri ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ANOVA testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin eşlerinin meslekleri ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p > 0,05$) olduğu elde edilmiştir. Diğer bir ifade ile bireylerin eşlerinin mesleklerinin farklı olması ile beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 3.17. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Eş ile Akrabalık Durumuna Göre Farklılığının Analizi

	Eşler arası akrabalık durumu	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Var	19,67	8,40	1,546	0,216
	Yok	16,50	8,44		
Beck Anksiyete Ölçeği	Var	20,67	13,53	0,224	0,637
	Yok	19,11	10,58		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Var	65,00	11,64	0,161	0,689
	Yok	62,87	17,98		

*Independent Sample Testi, $p < 0,05$

Tablo 17’de araştırmaya katılan bireylerin eşleri ile akrabalık durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik T Testi uygulanmıştır. Eşleri ile akrabalık durumlarının farklı olması ile beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı anlaşılmaktadır ($p>0,05$).

Tablo 3.18. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Evlilik Hayatına Göre Farklılığının Analizi

	Evlilik Hayatı	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Çok iyi	13,64	8,37	8,237	<0,001
	İyi	13,59	7,20		
	Fena değil	18,93	6,92		
	Kötü	24,00	9,20		
	Çok kötü	22,50	17,68		
Beck Anksiyete Ölçeği	Çok iyi	16,29	10,79	8,671	<0,001
	İyi	14,47	9,26		
	Fena değil	24,02	9,83		
	Kötü	26,22	10,32		
	Çok kötü	18,00	11,31		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Çok iyi	54,86	17,30	1,587	0,182
	İyi	65,71	18,55		
	Fena değil	62,98	16,19		
	Kötü	62,78	15,49		
	Çok kötü	46,50	19,09		

*ANOVA Testi, $p<0,05$

Tablo 18’de araştırmaya katılan bireylerin evlilik hayat durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile ANOVA Testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin evlilik hayat durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon ve beck anksiyete ölçekleri için ($p<0,05$) ancak gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde evlilik hayatı kötüye yakın bireylerin diğer bireylere göre beck anksiyete ve beck depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Farklılık evlilik hayatının kötü olduğunu belirten bireylerden kaynaklanmaktadır.

Tablo 3.19. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Cinsel Yaşam Olumsuz Etkilenme Durumuna Göre Farklılığının Analizi

	Cinsel yaşantının olumsuz etkilenme durumu	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Var	19,27	7,89	14,294	<0,001
	Yok	14,02	8,25		
Beck Anksiyete Ölçeği	Var	22,10	9,94	11,153	<0,001
	Yok	16,09	10,95		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Var	64,92	16,18	1,697	0,195
	Yok	61,00	18,74		

Tablo 19’da araştırmaya katılan bireylerin cinsel yaşantılarının olumsuz etkilenmesi durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik T Testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin cinsel yaşantılarının olumsuz etkilenmesi durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon ve beck anksiyete ölçeği için ($p<0,05$) olduğu ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde gebelik döneminde cinsel yaşantısında sıkıntı yaşayan bireylerin diğer bireylere göre ile beck depresyon ve beck anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.20. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Sigara İçme Durumuna Göre Farklılığının Analizi

	Sigara içme durumu	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Var	21,83	6,94	10,605	<0,001
	Yok	15,74	8,38		
Beck Anksiyete Ölçeği	Var	27,48	9,62	18,067	<0,001
	Yok	17,56	10,30		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Var	62,91	17,67	0,002	0,965
	Yok	63,09	17,53		

*Independent Sample Testi, $p<0,05$

Tablo 20’de araştırmaya katılan bireylerin gebelik döneminde sigara kullanma durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik t testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin gebelik döneminde sigara kullanma durumları ile beck anksiyete, beck

depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon ve beck anksiyete ölçeği için ($p < 0,05$) olduğu ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p > 0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde gebelik döneminde sigara kullanan bireylerin diğer bireylere göre ile beck depresyon ve beck anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.21. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Farklılığının Analizi

	Kronik hastalığa sahip olma durumu	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Var	18,64	10,00	0,578	0,449
	Yok	16,61	8,33		
Beck Anksiyete Ölçeği	Var	16,78	8,45	0,454	0,501
	Yok	21,36	12,82		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Var	19,06	10,67	0,607	0,437
	Yok	19,25	10,82		

*Independent Sample Testi, $p < 0,05$

Tablo 21’de araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalığı olması durumu ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik olmayan T Testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin kronik hastalığı olması durumu ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p > 0,05$) olduğu elde edilmiştir. Diğer bir ifade ile bireylerin hastalığı olması veya olmamasının beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 3.22. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre Farklılığının Analizi

	Sürekli ilaç kullanma durumu	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Var	21,63	9,211	2,837	0,094
	Yok	16,47	8,345		
Beck Anksiyete Ölçeği	Var	22,25	14,665	0,651	0,421
	Yok	19,06	10,581		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Var	60,75	11,523	0,147	0,702
	Yok	63,20	17,814		

Tablo 22’de araştırmaya katılan bireylerin ilaç kullanma durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile T Testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin ilaç kullanma durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Diğer bir ifade ile bireylerin ilaç kullanma durumlarının farklı olmasının beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 3.23. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Uyku Düzeni Değişimine Göre Farklılığının Analizi

	Uyku Düzeni Değişimi	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Arttı	17,00	8,65	5,984	0,003
	Azaldı	18,53	8,23		
	Değişmedi	12,56	7,47		
Beck Anksiyete Ölçeği	Arttı	20,63	10,31	6,597	0,002
	Azaldı	21,23	11,28		
	Değişmedi	13,44	8,05		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Arttı	66,67	17,11	0,920	0,401
	Azaldı	62,53	16,84		
	Değişmedi	60,88	19,25		

Tablo 23’de araştırmaya katılan bireylerin uyku düzeni değişimi durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik ANOVA testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin uyku düzeni değişimi durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon ve beck anksiyete ölçeği için ($p<0,05$) olduğu ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde uyku düzeni değişimi artan bireylerin diğer bireylere göre ile beck depresyon ve beck anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Farklılık uyku düzeni değişmeyen bireylerden kaynaklanmaktadır.

Tablo 3.24. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Engelli çocuğa sahip olma durumuna Göre Farklılığının Analizi

	Engelli çocuğa sahip olma durumu	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Var	23,00	1,41	1,102	0,296
	Yok	16,68	8,48		
Beck Anksiyete Ölçeği	Var	26,00	4,24	0,788	0,376
	Yok	19,15	10,86		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Var	55,00	9,90	0,430	0,513
	Yok	63,18	17,57		

*Independent Sample Testi, $p<0,05$

Tablo 24'te araştırmaya katılan bireylerin engelli çocuğu olması durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik olmayan Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin engelli çocuğu olması durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Diğer bir ifade ile bireylerin engelli çocuğu olması ya da olmamasının beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 3.25. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Yardımcı üreme tekniği kullanma durumuna Göre Farklılığının Analizi

	Yardımcı üreme tekniği kullanma durumu	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Var	23,50	7,03	7,149	0,008
	Yok	16,24	8,34		
Beck Anksiyete Ölçeği	Var	19,20	9,14	0,000	0,988
	Yok	19,26	10,97		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Var	60,90	16,18	0,164	0,686
	Yok	63,23	17,63		

*Independent Sample Testi, $p<0,05$

Tablo 25'te araştırmaya katılan bireylerin yardımcı üreme teknikleri kullanma durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri

arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik olmayan Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin yardımcı üreme teknikleri kullanma durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon ölçeği için ($p<0,05$), beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde yardımcı üreme teknikleri kullanan bireylerin diğer bireylere göre beck depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.26. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Gebeliğin İstemli Gerçekleşme Durumuna Göre Farklılığının Analizi

	Gebeliğin istemli gerçekleşme durumu	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Var	16,12	8,49	3,325	0,070
	Yok	19,41	7,90		
Beck Anksiyete Ölçeği	Var	18,70	11,00	1,390	0,241
	Yok	21,44	9,97		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Var	65,22	17,98	8,743	0,004
	Yok	54,41	12,13		

*Independent Sample Testi, $p<0,05$

Tablo 26'da araştırmaya katılan bireylerin istemli bir gebeliklerinin olması durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik T Testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin istemli bir gebeliklerinin olması durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon ve beck anksiyete ölçeği için ($p>0,05$) olduğu ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p<0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde istemli gebelik olan bireylerin diğer bireylere göre gebelik stresi düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.27. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Gebelik Takiplerine Düzenli Gitme Durumuna Göre Farklılığının Analizi

	Gebelik takiplerine düzenli gitme durumu	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Var	15,90	8,09	8,775	0,004
	Yok	21,80	8,95		
Beck Anksiyete Ölçeği	Var	18,43	10,73	4,644	0,033
	Yok	24,00	10,36		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Var	63,37	17,65	0,236	0,628
	Yok	61,30	16,84		

*Independent Sample Testi, $p<0,05$

Tablo 27’de araştırmaya katılan bireylerin gebeliği düzenli takip etme durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile parametrik olmayan Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin gebeliği düzenli takip etme durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon ve beck anksiyete ölçeği için ($p<0,05$), gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde gebelik durumunu takip etmeyen bireylerin diğer bireylere göre beck anksiyete ve beck depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.28. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeklerinin Hastaneye Yatma Durumuna Göre Farklılığının Analizi

	Hastaneye yatma durumu	Ortalama	Std.Sapma	F	p
Beck Depresyon Ölçeği	Var	17,63	8,90	4,213	0,042
	Yok	14,24	6,42		
Beck Anksiyete Ölçeği	Var	16,78	8,45	4,942	0,028
	Yok	20,44	10,87		
Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği	Var	15,74	10,00	2,124	0,147
	Yok	19,25	10,82		

*Independent Sample Testi, $p<0,05$

Tablo 29’da araştırmaya katılan bireylerin yüksek riskli gebelik tanısı ile hastaneye yatma durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine

ait görüşleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile T Testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre bireylerin yüksek riskli gebelik tanısı ile hastaneye yatma durumları ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon ve beck anksiyete ölçeği için ($p<0,05$), gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde yüksek riskli gebelik tanısı ile hastaneye yatan bireylerin diğer bireylere göre beck anksiyete ve beck depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.29. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçekleri ile Canlı Doğum Sayısı Arasındaki İlişkinin Analizi

		Canlı Doğum	BDÖ	BAÖ	GSDÖ
Canlı Doğum	Korelasyon Katsayısı	1	,136	,103	-,546**
	p		,116	,236	<,001
BDÖ	Korelasyon Katsayısı	,136	1	,627**	-,076
	p	,116		<,001	,379
BAÖ	Korelasyon Katsayısı	,103	,627**	1	,077
	p	,236	<,001		,375
GSDÖ	Korelasyon Katsayısı	-,546**	-,076	,077	1
	p	<,001	,379	,375	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 30'da beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçekleri ile canlı doğum sayısı arasındaki ilişkinin analizine ait sonuçlar verilmiştir. Canlı doğum sayısı ile gebelik stresi arasında negatif yönde orta derecede ilişki saptanmıştır ($p<0,05$, $r=-,546$). Canlı doğum sayısı arttıkça gebelik stresi azalmaktadır.

Canlı doğum sayısı ile beck depresyon ve beck anksiyete arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.30. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçekleri ile Ölü Doğum Sayısı Arasındaki İlişkinin Analizi

		Ölü Doğum	BDÖ	BAÖ	GSDÖ
Ölü Doğum	Korelasyon Katsayısı	1	,031	,016	-,101
	p		,725	,852	,244
BDÖ	Korelasyon Katsayısı	,031	1	,627	-,076
	p	,725		<,001	,379
BAÖ	Korelasyon Katsayısı	,016	,627	1	,077
	p	,852	<,001		,375
GSDÖ	Korelasyon Katsayısı	-,101	-,076	,077	1
	p	,244	,379	,375	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 31’de beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçekleri ile ölü doğum sayısı arasındaki ilişkinin analizine ait sonuçlar verilmiştir.

Ölü doğum sayısı ile beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.31. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçekleri ile Kürtaj Sayısı Arasındaki İlişkinin Analizi

		Kürtaj	BDÖ	BAÖ	GSDÖ
Kürtaj	Korelasyon Katsayısı	1	,143	-,049	-,177
	p		,098	,571	,040
BDÖ	Korelasyon Katsayısı	,143	1	,627	-,076
	p	,098		<,001	,379
BAÖ	Korelasyon Katsayısı	-,049	,627	1	,077
	p	,571	<,001		,375
GSDÖ	Korelasyon Katsayısı	-,177	-,076	,077	1
	p	,040	,379	,375	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 32’de beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçekleri ile kürtaj sayısı arasındaki ilişkinin analizine ait sonuçlar verilmiştir. Kürtaj sayısı ile gebelik stresi arasında negatif yönde orta derecede ilişki saptanmıştır ($p<0,05$, $r=-,177$). Kürtaj sayısı arttıkça gebelik stresi azalmaktadır.

Kürtaj sayısı ile beck depresyon ve beck anksiyete arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.32. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçekleri ile Abortus Sayısı Arasındaki İlişkinin Analizi

		Abortus	BDÖ	BAÖ	GSDÖ
Abortus	Korelasyon Katsayısı	1	,194	,206	-,178
	p		,024	,017	,038
BDÖ	Korelasyon Katsayısı	,194	1	,627	-,076
	p	,024		<,001	,379
BAÖ	Korelasyon Katsayısı	,206	,627	1	,077
	p	,017	<,001		,375
GSDÖ	Korelasyon Katsayısı	-,178	-,076	,077	1
	p	,038	,379	,375	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 33'te beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçekleri ile abortus arasındaki ilişkinin analizine ait sonuçlar verilmiştir. Abortus ile beck depresyon arasında pozitif yönde düşük derecede ilişki saptanmıştır ($p<0,05$, $r=,194$). Abortus sayısı arttıkça beck depresyon artmaktadır.

Abortus ile beck anksiyete arasında pozitif yönde düşük derecede ilişki saptanmıştır ($p<0,05$, $r=,206$). Abortus sayısı arttıkça beck stres artmaktadır.

Abortus ile gebelik stresi arasında negatif yönde orta derecede ilişki saptanmıştır ($p<0,05$, $r=-,178$). Abortus sayısı arttıkça gebelik stresi azalmaktadır.

Tablo 3.33. Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçekleri Arasındaki İlişkinin Analizi

		BDÖ	BAÖ	GSDÖ
BDÖ	Korelasyon Katsayısı	1	,627	-,076
	p		<,001	,379
BAÖ	Korelasyon Katsayısı	,627	1	,077
	p	<,001		,375
GSDÖ	Korelasyon Katsayısı	-,076	,077	1
	p	,379	,375	

Tablo 34'te BDÖ, BAÖ ve GSDÖ arasındaki ilişkinin analizi verilmiştir. Beck depresyon ile beck anksiyete arasında pozitif yönde orta derecede ilişki saptanmıştır ($p<0,05$, $r=,627$). Beck depresyon arttıkça beck anksiyete de artmaktadır. Beck depresyon ve beck anksiyete ile gebelik stresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri Ve Sosyodemografik Özelliklerin BDÖ, BAÖ, GSDÖ Üzerine Etkilerine Yönelik Tartışma

Yüksek riskli gebelik tanısı almış gebelerin yaşadıkları fizyolojik rahatsızlıklara ek olarak emosyonel sorunlar da yaşadığı görülmektedir (Holness,2018; Corbin van ve ark., 2020; Willenswaard ve ark., 2017; Bennet ve ark, 2004; Grigoriadis ve ark, 2019). Yaşanan bu emosyonel sorunların gebelerin sosyoekonomik, sosyodemografik, obstretrik öykü geçmişi, sosyal çevre desteği, evlilik hayatı, eş desteği, cinsel yaşam gibi pek çok faktör tarafından etkilendiği görülmektedir (Sodo-Balbuenna ve ark,2018; Tohopson ve ark,2016; Coll ve ark, 2017; Karabulutlu ve Yavuz,2021; Vázquez ve Miguez 2021; Cena ve ark; 2021).

TNSA (2018) verilerinde Türkiye'de kadınların en yüksek doğurganlıkları yirmili yaşlarında olmaktadır ve yaşa özel en yüksek doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda bulunmaktadır. Kölgeliev ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada, gebelerin %54,8'i 26-35 yaş grubundadır. Bektaş'ın (2008) çalışmasında 25-34 yaş grubu gebeler %54,5'i oluşturmaktadır. Pişirgen'in (2011) çalışmasında gebelerin 89'u (%59,3) 25-34 yaş grubundadır. Çoğu çalışma bulgusu bizim çalışmamızdaki bulguyla benzerlik göstermektedir (TNSA,2018; Pişirgen,2011; Bektaş,2008; Kölgeliev ve ark,2009).

Yaş değişkeni ile depresyon ve anksiyete arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).18-24 yaş aralığındaki bireylerin gebelik stresi $70,8\pm 16,53$, 25-29 yaş aralığındaki bireylerin gebelik stresi $62,6\pm 16,73$, 30-34 yaş aralığındaki bireylerin gebelik stresi $57,28\pm 16,85$ olarak bulunmuştur. Yaş arttıkça gebelik stresi azalmaktadır. Bu durum kadının daha önceki deneyimleriyle, ilişkili olabilir ilk gebeliğini yaşayan kadınların ilk tecrübeleri olmasından kaynaklı stres düzeyleri daha yüksek olduğunu düşünebiliriz Glazier ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada genç anne yaşının gebelik sırasında depresyon olasılığını artırdığını göstermiştir (Glazier ve ark.,2004). Rich ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 15-20 yaş arası artmış antenatal depresyon riski ile ilişkilendirilmiştir (Rich ve ark, 2006). Bunun nedeni, genç kadınların daha elverişsiz ve istikrarsız bir ekonomik konuma sahip olma eğiliminde olmaları olabilir. Aynı şekilde, daha genç yaş, daha düşük eğitim düzeyi ve gelir düzeyi, daha düşük ücretli işler veya işsizlik ile ilişkilendirilebilir (Tohopson ve ark,2016)

Bizim çalışma sonucumuzun aksine farklı çalışmalarda ileri anne yaşının daha yüksek antenatal depresyon riski ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Coll ve ark,2017). Spesifik olarak, 30 yaşından büyüklerin (Coll ve ark, 2017) artan depresyon riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Weobong ve ark, 2014). Buna göre, yaştan ziyade, bu tutarsızlıkların ardındaki açıklama daha çok kültürel meselelerle ilgili olabilir, örneğin bazı toplumlarda genç anne olmanın bir norm

ve beklenen bir durum olduğu, bazılarında ise bunun tersinin geçerli olduğu gerçeği ile açıklanabilir.

Katılımcıların, %7,4'ünün ilkokul mezunu, %10,4'ünün ortaokul mezunu, %48,9'u lise mezunu ve %33,3'ünün de üniversite mezunu olduğu anlaşılmaktadır BAÖ ve GSDÖ için ($p>0,05$) ve BDÖ için ($p<0,05$) olduğu elde edilmiştir. Diğer bir ifade ile bireylerin eğitim durumlarının farklı olması ile beklentiye ve gebelik stresini değerlendirme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı ancak bireylerin eğitim durumlarının farklı olmasının BDÖ açısından anlamlı farklılıklara sebep olduğu anlaşılmaktadır. Bu farklılıklar incelendiğinde eğitim düzeyi düşük olan bireylerin diğer bireylere göre BDÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Karabulutlu ve Yavuz (2021)' un yaptığı çalışmada yüksek riskli gebeliği olan olguların 10'u (%10,5) okuryazar değil/okuryazar, 30'u (%31,6) ilkokul, 25'i (%26,3) ortaokul, 10'u (%10,5) lise, 20'si (%21,1) üniversite mezunudur (Karabulutlu ve Yavuz,2021). Pişirgen'in (2011) çalışmasında ise riskli gebelik tanısı almış gebelerin %46,7'si ilköğretim mezunu, %24'ü lise mezunu ve %29,3'ü üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (Pişirgen,2011).

Eğitim düzeyi ile ilgili yurt içi ve yurt dışında yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde genellikle bizim çalışma sonucumuzda olduğu gibi düşük eğitim düzeyinin antenatal depresyon düzeyi ile arasında ilişki bulunmuştur (Coll ve ark, 2017; Tohopson ve ark,2016; Yanikkerem,2013). Gebelerin eğitim düzeyleri ve çalışma durumunun kendine güven, maddi destek, sosyal çevre gibi etkiler ile stres düzeyleri üzerine etkilerinin olabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte, düşük eğitim seviyesinin genellikle düşük gelir gibi diğer sosyoekonomik dezavantajlarla ilişkili olduğu unutulmamalıdır (Tohopson ve ark, 2016). Bu nedenle, bu kadınların hem sosyal olarak hem de daha iyi ücretli işlere erişememeleri nedeniyle düşük benlik saygısı ve öz-yeterlilik sergilemeleri gerçeğiyle de açıklanabilir Gebelikte depresyonla ilişkisi araştırılan bir diğer faktör de sosyoekonomik durumdur. Bu durumda, farklı çalışmalar da olumsuz bir sosyoekonomik durumda olmanın antenatal depresyon varlığı ile ilişkili olduğu konusunda hemfikirdir (Weng ve ark,2016 ;(Weobong ve ark, 2014; Brittain ve ark, 2015; Pampaka ve ark, 2018).

Çalışmamıza katılan gebelerin verdikleri yanıtlara göre %30,4'ünün gelirinin giderinden az, %61,5'inin geliri giderine eşit ve %8,1'inin de gelirinin giderinden fazla olduğu anlaşılmaktadır. Bu dağılımlara göre bireylerin çoğunluğunun gelirinin giderine eşit olduğu anlaşılmaktadır. İstatistik analizlerine göre BDÖ için ($p>0,05$) olduğu, BAÖ ve GSDÖ için ($p<0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde geliri giderinden az olan bireylerin diğer bireylere göre BAÖ ve GSDÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Düşük sosyoekonomik düzeyin antenatal depresyon ve stres ile ilişkili olduğunu gösteren bizim çalışma sonucumuza benzer nitelikte pek çok çalışmaya rastlanmıştır. (Weng ve

ark,2016; Brittainve ark,2015; Pampaka ve ark, 2018). Sosyoekonomik düzeyi düşük kadınların perinatal dönemde çocuklarına bakamamaktan korktukları, artan ekonomik sıkıntıları da beraberinde stres takip etmektedir (Segre ve ark, 2007; Mohammad ve ark.,2011).

Son 10 yılda göç yapanların oranı %8,1'dir. BDÖ ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin ($p<0,05$) olduğu, DAÖ ve GSDÖ için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde göç eden bireylerin diğer bireylere göre BDÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Göç eden gebe kadınlarla yapılan bir çalışmada, gebelikte artmış depresyon ve kaygı düzeyleri ile sosyal destek yetersizliği arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Şen 2012). Sosyal desteğin yetersiz olduğu gebelerin de depresyona daha yatkın olabileceklerini düşünebiliriz.

Katılımcıların hiçbiri gebelik esnasında alkol tüketmemiştir. Sigara kullananların oranı %17'dir. BDÖ ve BAÖ için ($p<0,05$) olduğu ve GSDÖ için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde gebelik döneminde sigara kullanan bireylerin diğer bireylere göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Sigara kullanımı hem annenin hem de fetüsün sağlığını tehlikeye sokmaktadır (Zuckerman ve ark,1989).

Tong ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan araştırmada gebeliğin 3. Trimesterında sigara kullanımını azaltan grubun depresyon ve anksiyete düzeyleri gebelik öncesi dönemdeki sigara tüketim alışkanlıklarını gebelikte de koruyan gruptan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yine aynı araştırmaya göre depresyon ve anksiyeteye sahip gebelerin 1.5-1.7 kat daha fazla sigara tüketmeye yatkın oldukları belirlenmiştir.

Arslan ve arkadaşları (2011) tarafından 452 gebe ile yapılan çalışmada ise sigara kullanımı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, anksiyete ile pozitif yönlü bir ilişki olduğu ortaya koyulmuştur

Jansen ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu başka bir çalışmada ise gebelik döneminde sigara kullanmanın depresyon riskini 1.72 kat artırdığı belirlenmiştir.

Goedhart ve arkadaşlarının (2019) araştırmasında gebelik sırasında sigara kullanmanın kesilmemesinin anksiyete ile pozitif yönlü bir ilişkiye sahip olduğunu belirtilmiştir

Zhu ve Valbø (2018)'nın araştırmasında da gebelik öncesinde ve gebelik sırasında sigara tüketiminin depresyon ile ilişkili olduğu görülmüştür. (Tong ve ark, 2016; Arslan ve ark, 2011; Jansen ve ark, 2010; Goedhart ve ark, 2019; Zhu ve Valbø, 2018).

4.2 Katılımcıların Obstetrik Özellikleri Ve Obstetrik Özelliklerin BDÖ, BAÖ, GSDÖ Üzerine Etkilerine Yönelik Tartışma

Gebeliğinin 1.trimesterinde olan bireylerin oranı %23, 2.trimesterinde olan bireylerin oranı %22,2 ve 3.trimesterinde olan bireylerin oranı %54,8'dir. Gebelik haftası ile depresyon ve anksiyete arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). 1.trimesterde olan gebelerin depresyon ortalama ve standart sapması $12,13\pm 6,7$, 3.trimesterde olan gebelerin depresyon ortalama ve standart sapması $18,022\pm 8,43$ 'tür. Gebelikte sona yaklaştıkça depresyon oranı artmaktadır (Tablo 6).

1.trimesterde olan gebelerin anksiyete ortalama ve standart sapması $14,55\pm 10,61$, 2.trimesterde olan gebelerin anksiyete ortalama ve standart sapması $20,97\pm 10,13$, 3.trimesterde olan gebelerin anksiyete ortalama ve standart sapması $20,53\pm 10,74$ 'tür. 2.trimesterde olan gebelerin anksiyete ortalamaları daha yüksektir (Tablo 6).

Gebelik haftası ile gebelik arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak bakıldığında en yüksek stres ortalamasının 1.trimesterde olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Literatürde trimestırlar üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde trimestırlar arasında bizim çalışmamızda olduğu gibi farklılıklar olduğu görülmektedir (Vázquez ve Miguez 2021; Banti ve ark,2011; Weng ve ark, 2016,)

Portekiz'de yürütülen araştırma sonuçlarına göre (Canário ve Figueiredo, 2017; Figueiredo ve Conde,2011], kaygının "V" şeklinde bir model izlediğini buldu; yani, kaygı, gebeliğin erken ve geç döneminde daha yüksek ve ardından ikinci üç aylık döneminde geçildiğinde azaldığı şeklinde yorumlanmıştır. Canário ve Figueiredo (2017), en yüksek kaygı düzeylerinin ilk trimesterde meydana geldiğini gözlemlerken, Figueiredo ve Conde (2011) en yüksek kaygının üçüncü trimesterde olduğunu gözlemledi. İspanya'da Vázquez ve Míguez(2021) da benzer bir görüş buldular; ilk üç aylık dönemde en yüksek kaygı düzeylerini tespit ettiler. Podvornik ve ark. (2015), Slovenya'da, kaygının gebeliğin başından sonuna kadar giderek azaldığını gözlemledi. İtalya'da yapılan yakın zamanlı bir çalışma ise bizim çalışma sonucumuza benzerlik göstermektedir. Cena ve ark. (2020) -gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterini değerlendirirken- en yüksek kaygı düzeyinin ikinci trimesterde meydana geldiğini bulmuşlardır.

Bizim çalışmamıza benzer olarak Endonezyada Misrawati ve Afiyanti (2020) nin yaptığı çalışmada üçüncü trimesterde hamile kadınlar arasında depresyon görülme oranı daha yüksek bulunmuştur (Misrawati ve Afiyanti,2020).Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak Riberio ve arkadaşlarının 2022 de riskli gebelik tanısı almış kadınlar üzerine yaptığı çalışmada gebeliğin ilk trimesterinde depresyon görülme oranı yüksek çıkmıştır(Riberio ve ark,2022).

%7,4 katılımcı yardımcı üreme tekniği kullanmıştır BAÖ, BDÖ ve GSDÖ üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin BDÖ için ($p<0,05$), BAÖ ve GSDÖ için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Diğer bir ifade ile bireylerin yardımcı üreme teknikleri kullanma durumlarının farklı olması ile BDÖ arasındaki tutumlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olduğu ancak BAÖ ve GSDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır. Bu farklılıklar incelendiğinde yardımcı üreme teknikleri kullanan bireylerin diğer bireylere göre BDÖ daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır

%80'inin gebeliği istemlidir. beck depresyon ve beck anksiyete ölçeği için ($p>0,05$) olduğu ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p<0,05$) olduğu elde edilmiştir. Diğer bir ifade ile bireylerin istemli bir gebeliklerinin olması durumlarının farklı olması ile beck depresyon ve beck anksiyete tutumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı ancak gebelik stresini değerlendirme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olduğu anlaşılmaktadır. Bu farklılıklar incelendiğinde istemli gebelik olan bireylerin diğer bireylere göre gebelik stresi düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu durumun gebeliğin istemli gerçekleşip sonrasında riskli gebelik tanısı alınması üzerine gebelerde stresi artırdığını düşünebiliriz.

Gebelerin %85,'si , takiplerine düzenli katılım sağlamıştır, BDÖ ve BAÖ için ($p<0,05$), GSDÖ için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde gebelik durumunu takip etmeyen bireylerin diğer bireylere göre BAÖ ve BDÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır

Gebelerin %74,8'i hastaneye yatış yapmıştır. BDÖ ve BAÖ için ($p<0,05$), GSDÖ için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde yüksek riskli gebelik tanısı ile hastaneye yatan bireylerin diğer bireylere göre BAÖ ve BDÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu konu ile ilgili literatür incelendiğinde Arslan ve arkadaşlarının (2011), Pamuk ve Arslan (2009), Hediye ve Korkmaz'ın (2005), Yeşiltepe Oskay'ın (2001) Şen ve Şirin'in (2013), Tunç ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarının bizim çalışma sonucumuzu destekler nitelikte gebelerin hastanede yatış ile anksiyete ve depresyon düzeylerinde artış görülmüştür.

Hastanede yatarak tedavi görme, gebe kadınlarda kaslarda atrofi, hazımsızlık vb. önemli fiziksel yan etkiler ve kontrol kaybı, depresyon gibi duygusal yan etkilere neden olmakta, ayrıca gebe ile birlikte tüm aile bireylerini de olumsuz etkileyerek eş ile ilişkilerde bozulma, çocuklarda olumsuz reaksiyonlar görülmesi gibi ailesel sorunlara yol açmaktadır (Serçekuş ve Okumuş,2004). Gebenin hastanede uzun sürelerle kalması, ayrılma stresi, bebeğinin ve kendisinin sağlık durumu, yapılan tetkikler ve sonuçları hakkında endişe duymakta ve korku yaşamaktadır. Ayrıca ne kadar hastanede kalacağını bilememesi gibi nedenlerle de gebe

kendini üzüntülü, sıkıntılı ve yalnız hissedebilir. rol değişimi gibi sorunlara yol açmaktadır bu nedenlerden ötürü anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek çıktığını düşünebiliriz.

Katılımcıların canlı doğum ortalama ve standart sapması $0,69 \pm 0,82$. Canlı doğum sayısı ile gebelik stresi arasında negatif yönde orta derecede ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$, $r = -,546$). Canlı doğum sayısı arttıkça gebelik stresi azalmaktadır. Canlı doğum sayısı ile BAÖ ve BDÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$) Karabulutlu ve Yavuz'un yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer nitelikte canlı doğum sayısı özelliklerinde hiç canlı doğumu olmayan yüksek riskli gebeliklerde, kontrol grubundaki gebelere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p: 0,046$) (Karabulutlu ve Yavuz, 2020). Pişirgen'in (2011) çalışmasında parite 3 ve üstü olma oranı, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.

ölü doğum ortalama ve standart sapması $0,03 \pm 0,17$. Ölü doğum sayısı ile beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Litaratür incelemesi yapıldığında bizim bulduğumuz sonucun aksine çalışmalar ile de karşılaşmıştır.

Llewellyn ve arkadaşlarının yapmış olduğu açalışam sonucuna göre ölü doğum yapmış kadınların %36'sında ciddi stres semptomları olduğunu ve ölü doğum yapmış kadınların canlı doğum yapmış kadınlara oranla stres düzeylerinin 3 kat daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (Llewellyn, Stowe, ve Nemeroff, 1997). Başka bir çalışmada ise ölü doğum yapmış kadınların sonraki gebelikleri sırasında üzüntü veya depresif hal ve aşırı endişe ve stres yaşama risklerinin diğer kadınlar oranla daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Chojenta vd., 2014).

kürtaj ortalama ve standart sapması $0,23 \pm 0,49$. Kürtaj sayısı ile gebelik stresi arasında negatif yönde orta derecede ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$, $r = -,177$). Kürtaj sayısı arttıkça gebelik stresi azalmaktadır. Kürtaj sayısı ile beck depresyon ve beck anksiyete arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

abortus ortalama ve standart sapması $0,31 \pm 0,59$ 'dur. Abortus ile beck depresyon arasında pozitif yönde düşük derecede ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$, $r = ,194$). Abortus sayısı arttıkça beck depresyon artmaktadır. Abortus ile BAÖ arasında pozitif yönde düşük derecede ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$, $r = ,206$). Abortus sayısı arttıkça beck stres artmaktadır.

Abortus ile GSDÖ arasında negatif yönde orta derecede ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$, $r = -,178$). Abortus sayısı arttıkça gebelik stresi azalmaktadır

Kadının önceki ve şimdiki obstetrik öyküsü ile ilgili değişkenler de antenatal depresyon ile ilişkili olarak incelenmiştir. Zhu ve ark. düşük yapma tehdidiyle karşı karşıya kalan kadınların majör depresif ve anksiyete belirtileri açısından stabil gebelikleri olanlara göre daha yüksek bir riske sahip olduğunu bildirmiştir (Zhu ve ark,). Böylece önceki düşüklerin varlığı (Ajinkya ve ark, 2013; Weobong ve ark,2014; Goecke ve ark, 2012; González-Mesa ve ark, 2018], önceki doğum ve/veya gebelikteki komplikasyonların yanı sıra mevcut gebelik sürecinde olabilecekler (Ajinkya ve ark, 2013; Thompson ve ark, 2016; Husain ve ark,2011). Sezaryen (Thompson ve ark, 2016; Fadzil ve ark, 2013) hamilelik sırasında artan depresyon riski ile ilişkilendirilmiştir. Bu olaylar hamilelik sırasında yaşanan stres düzeyini artırmaktadır (Lancaster ve ark,2010). Nitekim, daha önce cerrahi doğum yapmış kadınların kayıp, kişisel başarısızlık ve düşük benlik saygısı duyguları yaşama olasılığı daha yüksektir (Thompson ve ark, 2016).

4.3. Katılımcıların Evlilik İlişkileri Ve Evlilik İlişkilerinin BDÖ, BAÖ, GSDÖ Üzerine Etkilerine Yönelik Tartışma

Katılımcıların tamamı evlidir. Gebelikte depresyon ile ilişkili diğer bir faktör medeni durumla ilgilidir. Bekar olmak, bir partnerle birlikte yaşamamak, istikrarlı bir partnere sahip olmamak veya belirli bir bağlılık düzeyine sahip olmamak (Weng ve ark,2016; Melo ve ark,2012; Thompson ve ark,2016; Weobong ve ark 2014; Brittain ve ark, 2015) ve/veya ev arkadaşı olarak birlikte yaşamak(Bödecs ve ark,2013) artan riskle ilişkilendirilmiştir. doğum öncesi depresyon. Bir partnerin yokluğu, daha az sosyal destek anlamına gelebilir(Waldie ve ark,2015; Coll ve ark,2017) veya daha kötü bir ekonomik duruma yol açabilir ve bazen istenmeyen gebelikle ilişkilendirilebilir(Thompson ve ark,2016).

Bireylerin %51,9'u 15-21 yaş aralığında, %5,9'u ise 28-32 yaş aralığında evlenmiştir. beck depresyon ve beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p>\alpha=0,05$) olduğu elde edilmiştir. Diğer bir ifade ile bireylerin evlenme yaşlarının farklı olması ile BDÖ, BAÖ ve GSDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Katılımcıların %8,9'unun eşi ile akrabalığı bulunmaktadır. değerlerinin BDÖ, BAÖ ve GSDÖ için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Diğer bir ifade ile eşleri ile akrabalık durumlarının farklı olması ile BDÖ, BAÖ ve GSDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı anlaşılmaktadır.

Evlilik hayatı çok iyi olanların oranı %10,4, iyi olanların oranı %43,7, kötü olanların oranların oranı %13,5 ve çok kötü olanların oranı %1,5'tir beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon ve beck anksiyete ölçekleri için ($p<0,05$) ancak gebelik stresini

değerlendirme ölçeği için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde evlilik hayatı kötüye yakın bireylerin diğer bireylere göre beck anksiyete ve beck depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bonferroni düzeltmeli Post-hoc analizi sonucuna göre farklılık evlilik hayatının kötü olduğunu belirten bireylerden kaynaklanmaktadır.

Gebelik döneminde cinsel yaşamı olumsuz etkilenen bireylerin oranı %17'dir beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon ve beck anksiyete ölçeği için ($p<0,05$) olduğu ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Bu farklılıklar incelendiğinde gebelik döneminde cinsel yaşantısında sıkıntı yaşayan bireylerin diğer bireylere göre ile beck depresyon ve beck anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Topatan ve Koç (2020) un yapmış olduğu çalışmada gebelik döneminde cinsel ilişki istek ve sıklığında azalma olduğu bildirilmiştir (Topatan ve Koç,2020). Yapılan başka bir çalışma sonucuna göre ise cinsel sorunların en sık birinci ve üçüncü trimestirlarda yaşandığı ortaya koyulmuştur (Bilgen ve Aksu, 2016). Bunun nedeni olarak ise gebelik döneminde birinci ve üçüncü trimesterde fiziksel yakınmaların artması ve orgazm deneyiminin, uterusu gerginlik, kramp gibi problemlere yol açması cinsel istekte azalmaya neden olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Uçtu ve ark,2017; Bilen ve Aksu,2016).

Gebeliğin ikinci trimesterinde pelvik konjesyonunun artmasıyla cinsel istekte artış görülür ancak gebeler kendilerini çekici hissetmemeye başlayıp ilişkiden kaçınabilirler. Gebelik döneminde meydana gelen fizyolojik değişiklikler, artan pelvik konjesyon, stres, bebeğe karşı suçluluk duygusu gibi çeşitli nedenlerden dolayı disparoni yaşanmaktadır (Pauleta ve ark, 2010). Yapılan çalışmada, gebelerin %67.1'inin disparoni yaşadığı belirlenmiştir (Arıca ve ark, 2011). Coşar Çetin ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada gebelerin cinsel ilişki sırasında en sık disparoni sorunu yaşadığı saptanmıştır (Coşar ve ark, 2017).

Çiftin cinsel yaşamı, gebelikte meydana gelen fiziksel yakınmaların, fiziksel görüntünün değişmesi, mitler, gebelik ilerledikçe bebeğe zarar verme endişesi, enfeksiyon korkusu, erken doğum endişesi, bebeğin ilişki sırasında hissedebileceği düşüncesi, bebeğe saygısızlık ve ahlaksızlık yapıldığı düşüncesi çiftlerin cinsel ilişkiden kaçınmalarına neden olmaktadır (Khalesi ve ark,2018, Riberio ve ark, 2017;Uçtu ve ark,2017; Bilen ve Aksu,2016).

4.4. Katılımcıların Almış Oldukları Riskli Gebelik Tanıları Ve Bu Tanıların BDÖ, BAÖ, GSDÖ Üzerine Etkilerine Yönelik Tartışma

Katılımcıların %17,8'ine hipertansif hastalık, %8,1'ine Pyelonefrit, %5,2'sine şiddetli hiperemesis, %11,9'una preterm eylem, %3,0'ü kilo alımında anormallikler, %1,5'ine postterm gebelik, %3,7'sine gelişim geriliği ve %2,2'sine çoğul gebelik, % 8,1'i polihidroamniyoz ve oligohidroamniyos, % 3,7'si akut cerrahi problemler, %4,4'ü RH uyumsuzluğu, %5,9'u prezentasyon anomalileri, %9,6'sı DM, %1,5'i uygun olmayan fundus yüksekliği, %13,3'i antenatal kanama tanılarını almıştır.

Karabulutlu ve Yavuz(2021) de yaptığı çalışmada yüksek riskli gebeliğe sahip olgularda hipertansiyon (%17,9), şiddetli hiperemesis (%12,6), kilo alımında problemler (%10,5), intrauterin gelişme geriliği (%4,2), polihidramnios veya oligohidraamnios (%5,3), prezentasyon anomalileri (%5,3), diabetes mellitus (%14,7), preterm veya postterm eylem (%18,9), çoğul gebelik (%8,4), akut cerrahi problemler (%4,2), Rh izoimmunizasyonu (%14,7), antenatal kanama (%25,3) oranında görüldüğü bulunmuştur (Karabulutlu ve Yavuz,2021)

Kossakowska'nın (2016) Polonya'da sağlıklı ve riskli gebelik grupları arasında yaptığı ve 112 riskli gebenin alındığı bir çalışmada %20,5'inde preterm eylem, %40,2'sinde düşük tehdidi, %15,2'sinde gestasyonel hipertansiyon, %24,1'inde gebeliğinde toksoplazma-hipertroidi-diyabet tanıları belirtilmiştir. Köksal'ın (2016) çalışmasında %18,9'u preterm eylem, %17,3'ü gebeliğin indüklediği hipertansiyon, %15'i intrauterin gelişme geriliği, %12,6'sı amniyon mayi bozuklukları, %11,8'i çoğul gebelik, %11'i makrozomi, %3,9'u plasenta previa, %3,1'i gestasyonel diyabet, %1,6'sı malrotasyon, %1,6'sı fetal anomali, %1,6'sı karaciğer fonksiyon bozukluğu, %0,8'inde derin ven trombozu ve %0,8'inde trombositopeni saptanmıştır (Kossakowska'nın 2016; Köksal'ın 2016)

Bizim çalışmamızda ve yapılan diğer araştırmalarda olduğu gibi, bu gebeler risk durumlarına göre seçilerek bu araştırmalara alındıkları için, gebelikte görülen risk etkenlerinin toplumdaki dağılımı sıklıklarını göstermemektedir.

test sonucuna göre bireylerin gebeliği sırasında aldıkları tanı ile beck anksiyete, beck depresyon ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği üzerine ait görüşleri arasındaki ilişkiler için anlamlılık değerlerinin beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme ölçeği için ($p>0,05$) olduğu elde edilmiştir. Diğer bir ifade ile bireylerin gebeliği sırasında aldıkları tanılarının farklı olması ile beck depresyon, beck anksiyete ve gebelik stresini değerlendirme tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde Gümüüşdaş ve ark. (2014) riskli gebelerin sağlıklı gebelere göre kaygı ve stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu, Keskin ve ark. (2015) gestasyonel diyabetli gebelerin %20'sinin depresyon açısından riskli olduğunu,

Uğuz ve ark. (2011) intrauterin gelişme geriliği olan gebelerde %30 anksiyete, %25,5 major depresyon saptamıştır(Gümüşdaş ve ark.,2014; Uğuz ve ark., 2011)

Çeşitli komplikasyona sahip gebelerde depresyon anksiyete stres oluşması, birçok gebede preeklamsi, gestasyonel diyabet, erken doğum tehdidi gibi çok sayıda komplikasyonun bir arada olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir, Tanılar arası anlamlı fark çıkmamasının nedeni olarak da örneklem sayısının küçük olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

4.5. GSDÖ, BDÖ Ve BAÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Tartışma

Katılımcıların beck depresyon ölçeğinden almış oldukları puanların ortalama ve standart sapması $16,78 \pm 8,45$, beck anksiyete ölçeğinden almış oldukları puanların ortalama ve standart sapması $19,25 \pm 10,82$ ve gebelik stresini değerlendirme ölçeğinden almış oldukları puanların ortalama ve standart sapması $63,06 \pm 17,48$ 'dir.

Karabulutlu ve Yavuz (2021) un yaptığı çalışmada Yüksek riskli gebelerin anksiyete toplam puan ortalaması $13,23 \pm 10,85$, depresyon toplam puan ortalaması $12,14 \pm 10,04$ iken, bu araştırmada yüksek riskli gebelerin %28,4'ünde depresyon ,%32,6'sında orta ve şiddetli düzeyde anksiyete tespit edilmiştir (Karabulutlu ve Yavuz, 2021).

Zaman ve ark. (2018) yaptığı çalışmada Bütün olguların BDÖ, ortalaması $17,34 \pm 1,71$; BAÖ, ortalaması $15,76 \pm 9,01$ olarak bulunmuştur(Zaman ve ark.,2018)

Yurtdışındaki çalışmalar incelendiğinde Amerika Birleşik Devletleri'nde Brandon ve ark. (2008) Devletleri'nde riskli gebelerde %44 oranında depresyon, Byatt ve ark. (2014)'nın %13 anksiyete, %27 depresyon, Yeni Zelanda' da Barber ve Starkey (2015) %37-43 oranında anksiyete bulguları, Yunanistan'da Dagklis ve ark. (2016) ise depresyon oranını %28 olarak saptamışlardır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve sosyokültürel yapıları arasındaki farklar ruhsal sorun görülme oranında etkili olabilir. (Brandon ve ark., 2008; Byatt ve ark. 2014; Barber ve Starkey 2015; Dagklis ve ark. 2016).

Korelasyon analizi iki değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi veya bir değişkenin iki veya daha çok değişken ile olan ilişkisinin yönünü ve derecesini test etmek amacı ile kullanılır. Pearson korelasyon analizi ise iki sürekli değişkenin doğrusal ilişkisinin derecesinin ölçümünde kullanılır. Bu nedenle araştırmada kullanılan ölçekler arasında Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Beck depresyon ile beck anksiyete arasında pozitif yönde orta derecede ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$, $r = 0,627$). Beck depresyon arttıkça beck anksiyete de artmaktadır. Beck depresyon ve beck anksiyete ile gebelik stresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Anksiyete ile ilgili olarak, gebelik öncesi ve/veya sırasındaki varlığının antenatal depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Banti ve ark, 2011; Waldie ve ark, 2015; Mohammad ve ark, 2011; Redinger ve ark, 2018; Fadzil ve ark, 2018). Bu, her iki bozukluğun sıklıkla birlikte görülmesine bağlı olabilir (Fadzil ve ark, 2018). Ek olarak, hem anksiyete hem de antenatal depresyon risk faktörlerini paylaşır (Heron ve ark, 2004). Ross ve arkadaşları depresyonu olan hamile kadınların %50.0'sinden fazlasına aynı zamanda anksiyete teşhisi konulduğu sonucuna varmışlardır (Ross ve ark,2003) Bu nedenle, gebelik sırasındaki depresif ve anksiyete bozuklukları muhtemelen bağımsız klinik antiteler değildir (Tendais ve ark, 2014)

Aynı şekilde, farklı araştırmalar, hamilelik sırasında yüksek düzeyde algılanan stresin ve olumsuz yaşam olaylarının antenatal depresyonun başlamasında önemli bir rol oynadığını bulmuştur (Waldie ve ark, 2015; Brittain ve ark, 2015; Mohammad ve ark, 2011; Redinger ve ark, 2018; Abujilban ve ark, 2014; Woods ve ark, 2010). Bunun nedeni, hamilelik döneminin, bu dönemin yaşamlarında neden olduğu değişiklikler nedeniyle özellikle birçok kadın için stresli olarak kabul edilmesi olabilir (Van den Bergh ve ark,2005). Bebeğin sağlığı ve esenliği için korku, yaklaşan doğum korkusu, hastaneler, doğum sonrası ve anne rolüyle başa çıkma korkusu yaşayabilirler (Dunkel, 2011).

5.BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1) Çalışma verilerimizden elde ettiğimiz bilgilere göre araştırmaya katılan bireylerin tamamının evlidir.
- 2) Bireylerin %10,4'ünün evliliklerinin çok iyi, %43,7'sinin evlilik hayatlarının iyi, %31,1'inin evlilik hayatının fena değil, %13,3'ünün evlilik hayatlarının kötü ve %1,5'inin evlilik hayatlarının çok kötü olduğu bulunmuştur.
- 3) Araştırmaya bireylerin %52,6 cinsel hayatı olumsuz etkilenmiştir.
- 4) Araştırmaya bireylerin %17 gebelik sırasında sigara kullanımına devam etmektedir.
- 5) Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin diğer bireylere göre BDÖ daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<\alpha=0,05$).
- 6) Gebelik döneminde cinsel yaşantısında sıkıntı yaşayan bireylerin diğer bireylere göre BDÖ ve BAÖ daha yüksek olduğu bulunmuştur($p<\alpha=0,05$).
- 7) Gebelik döneminde sigara kullanan bireylerin diğer bireylere göre BDÖ ve BAÖ daha yüksek olduğu bulunmuştur.($p<\alpha=0,05$)
- 8) Gebelerde uyku düzeni değişimi artan bireylerin diğer bireylere göre ile BAÖ ve BDÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. ($p<\alpha=0,0524$)
- 9) Abortus ile BDÖ arasında pozitif yönde düşük derecede ilişki saptanmıştır ($p<0,05$, $r=,194$). Abortus sayısı arttıkça depresyon artmaktadır.
Abortus ile BAÖ arasında pozitif yönde düşük derecede ilişki saptanmıştır ($p<0,05$, $r=,206$). Abortus sayısı arttıkça anksiyete artmaktadır.
Abortus ile GSDÖ arasında negatif yönde orta derecede ilişki saptanmıştır ($p<0,05$, $r=-,178$). Abortus sayısı arttıkça gebelik stresi azalmaktadır.
- 10)Ölü doğum sayısı ile BAÖ, BDÖ, GSDÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
- 11) Yüksek riskli gebelik tanısı ile hastaneye yatan bireylerin diğer bireylere BAÖ ve BDÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır($p<\alpha=0,05$).
- 12) Gebelik durumunu takip etmeyen bireylerin diğer bireylere göre BAÖ ve BDÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır($p<\alpha=0,05$).

13) İstemli gebeliği olan bireylerin diğer bireylere göre GSDÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. ($p < \alpha = 0,05$)

14) Gebelik döneminde sigara kullanan bireylerin diğer bireylere göre BDÖ ve BAÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır ($p < \alpha = 0,05$).

15) Göç eden bireylerin diğer bireylere göre BDÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır ($p < \alpha = 0,05$).

16) Sosyal güvencesi olmayan bireylerin BDÖ düzeyleri sosyal güvencesi olanlara göre daha yüksektir ($p < \alpha = 0,05$).

17) Araştırmaya katılan bireylerin, evlenme yaşı, gebelik boyunca yaşanan problemler, alınan yüksek riskli gebelik tanıları, meslekleri, sahip oldukları kronik hastalık, ilaç kullanma durumları, engelli çocuğa sahip olma durumu, gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi, gebelerin eşlerinin meslekleri, gebelerin herhangi bir işte çalışma durumu ve eşleri ile aralarındaki akrabalık durumunun yapılan istatistiksel incelemeler sonucunda BDÖ BAÖ ve GSDÖ ile anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır.

18) Korelasyon analizi sonucuna göre BDÖ ve BAÖ ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta derecede ve pozitif yönde bir ilişkinin olduğu anlaşılmaktadır.

Daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde büyük ölçüde doğum sonrası ruhsal bozukluklara odaklanıldığı görülmüştür (Howard ve ark., 2014). Prenetal dönemi kapsıyan çalışmalara bakıldığında prenatal dönemde yaşanan ruhsal bozuklukların postnatal döneme kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna varan çalışmalar da mevcuttur (Dennis ve ark. 2017; Sidebottom ve ark, 2014). Bu dolayda bakıldığı zaman prenatal dönemde yaşanan emosyonel sorunlara yönelik daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Yüksek riskli gebeliklerde görülen fizyolojik problemlerin yanı sıra ruhsal yönden de kontrollerinin sağlanması gerekmektedir. Gebeyi takip eden sağlık profesyonelleri gebeyi bütüncül olarak ele alarak, emosyonel yönden risk faktörlerini tespit edip, gebenin potansiyel olarak yaşayabileceği veya yaşadığı korkularının endişelerinin azaltılmasına yönelik girişimler planlamalıdır. Böylece gebenin ruhsal sağlığı yükseltilerek gebeliğe uyumu artırılmalıdır. Doğum öncesi dönemde bakım veren ebe veya hemşirenin gebenin sosyal destek ağlarını tespit etmesi ve güçlendirmesi gerekmektedir. Yüksek riskli gebelerde doğum öncesi kontroller aksatılmadan takip edilmelidir. Kontrollere eşler birlikte katılmaya teşvik edilmelidir. Eş desteğinin önemi verilen eğitim programlarında vurgulanmalıdır. Yüksek riskli gebelerin yaşadıkları zorlukların stres, anksiyete ve depresyona zemin oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşire ve gebe arasındaki iletişim güçlü tutulmalı, mahremiyeti korunmalı ve güven ortamı sağlanmalıdır. Ortaya çıkacak kriz yönetiminin önlenmesi için ev ziyaretleri, hastane ziyaretlerine önem verilmelidir.

KAYNAKÇA

- Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO, Mapayi BM. (2006). Geç gebelikte Nijeryalı kadınlarda anksiyete bozuklukları: Kontrollü bir çalışma. *Ark. Kadın Menti. Sağlık.* 9 :325–328. doi: 10.1007/s00737-006-0157-5.
- Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E, Wall S., (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Oxford, England: Lawrence Erlbaum.
- Akın, Ö. (2018). *Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması* (Master's thesis, Sağlık Bilimler Entitüsü).
- Akın, Ö. (2018). *Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması* (Master's thesis, Sağlık Bilimler Entitüsü).
- Aksoy SD, Dutucu N, Özdilek R, Bektaş Acar H, Keçeci A, (2019), *Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması*, *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (1): 10-14
- Amerikan Psikiyatri Birliği, AP ve Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994). *Ruhsal bozuklukların tanılma ve istatistiksel el kitabı: DSM-IV (Cilt 4).* Washington, DC: Amerikan psikiyatri derneği.
- Amorim TV, Souza ÍEDO, Moura M, Vasconcelos A, Queiroz ABA, Salimena AMO. (2017). *Nursing care perspectives in high-risk pregnancy: integrative review.* *Enfermería Global* 46: 530.
- APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM-5).* Washington DC, American Psychiatric Association.
- Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. (2011). *Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme.* *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi.* 21(2):79-83
- Jansen K, Curra AR, Souza LD, Pinheiro RT, Moraes IG, Cunha MS, Silva RA. (2010).
- Arslan, H., Beyza, B., Güneş, K., & Eryurt, M. A. (2020). *Türkiye'de Riskli Gebelikler: 2018 Tnsa Bulguları.* *Nüfusbilim Dergisi*, 42(1), 64-91.,
- Atasever İ, Çelik AS. (2018). *Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi.* *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 21(1): 60-68.
- Aydemir H, Hazar HU. (2014). *Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebenin rolü.* *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 3(2):815-833
- Aydemir, H., & Hazar, H. U. (2014). *Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebenin rolü.* *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 815-833.

Babür, M. K., Giallo, R., Arnold, P., Benzies, K., Kehler, H., Bright, K., & Kingston, D. (2018). Hamilelikten üç yıla kadar maternal stres ve anksiyete yörüngeleri ve 3 yaşında çocuk gelişimi: Tüm Ailelerimiz (AOF) gebelik kohortundan bulgular. *Duygulanım bozuklukları dergisi*, 234, 318–326. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.095>

Bacacı H, Ejder Apay S. (2018). Gebelerde beden imajı algısı ve distres arasındaki ilişki. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Dergisi*. 8(2):76–82.

Badakhsh M, Hastings-Tolsma M, Firouzkohi M,. (2020). The lived experience of women with a high-risk pregnancy: A phenomenology investigation. *Midwifery*. 82:102625.

Bahadır Yılmaz, E., & Şahin, E. (2019) Gebelerin prenatal sıkıntı düzeyleri ile ilişkili faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(3), 197-203.

BALTACI, N., & BAŞER, M. (2020). Riskli gebelerde yaşanan anksiyete, prenatal bağlanma ve hemşirenin rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(3), 206-212.

Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri C, Rambelli C, Ramacciotti D, Montagnani MS, Camilleri V, Cortopassi S, Rucci P, Cassano GB. (2011). Hamileliğin üçüncü ayından doğum sonrası 1 yıla kadar. Yaygınlık, insidans, nüks ve yeni depresyon başlangıcı. *Perinatal depresyon-araştırma ve tarama ünitesi çalışmasının sonuçları. Zorunlu Psikiyatri*. 52 :343–351.

Baran, Gk, Şahin, S., Öztaş, D., Demir, P., & Desticioğlu, R. (2020). Gebelerin Algılanan Stres Tavanlarının ve Stres Nedenlerinin Değerlendirilmesi. *Çukurova Tıp Dergisi*, 45 (1), 170-180.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* (Vol. 32). University of Penn- sylvania Press.

Bilen Sadi Z, Aksu H. (2016). Gebelikte eşlerin cinsel yaşamı ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *J Anatolia Nurs Heal Sci*. 19(2):128– 138.

Bilge Ç, Mecdi Kaydırak M, Öner Ö, Akdolun Balkaya N. (2021). Gebelikte cinsel işlev ve cinsel memnuniyetin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Mesl Yüksek Okulu Dergisi*. 9(2):684–693.

Bostancı Daştan N, Deniz N, Şahin B. (2015). Kars'ta gebelerin ev ziyareti ile ruhsal durumlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 6(2):71-78.

Brenner, C. (1991). A psychoanalytic perspective on depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39(1), 25-43.

Brittain K, Myer L, Koen N, Koopowitz S, Donald KA, Barnett W, Zar HJ, Stein DJ. (2015). Doğum öncesi depresyon için risk faktörleri ve bebek doğum sonuçlarıyla ilişkiler: Güney Afrika Doğum Kohort Çalışmasının Sonuçları. *Pediatr Perinat Salgını*. 29 :505–514.

Bulecher GM, Buther HK, Dochterman JM, Wagner C. (2017). Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC). Altıncı Basım. Firdevs Erdemir, Sultan Kav, Arzu Akman Yılmaz. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri; 96, 135, 275.

Bulut A., Yiğitbaş Ç., (2018), Gebelerde Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler, *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, Cilt 15 , Sayı 1, Sayfalar 5–

Canário C., Figueiredo B. (2017). Erken gebelikten doğum sonrası 30 aya kadar kadın ve erkeklerde anksiyete ve depresif belirtiler. *J. Üreme Bebek. Psikolog*. 35 :431–449. doi: 10.1080/02646838.2017.1368464.

Cena L., Mirabella F., Palumbo G., Gigantesco A., Trainini A., Stefana A. (2020). Prevalence of maternal antenatal anksiyete ve bunun demografik ve sosyoekonomik faktörlerle ilişkisi: İtalya'da çok merkezli bir çalışma. *Avro. Psikiyatri*. 63 :E84. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.82

Cincioğlu, E., Durat, G., Öztürk, S., & Akbaş, H. (2020). Riskli gebeliklerde gebelerin ruhsal durumları ve stresle başa çıkma biçimleri. *Sağlık Ve Toplum*, 20(3), 148-157.

Coll CVN, da Silveira MF, Bassani DG, Netsi E, Wehrmeister FC, Barros FC, Stein A. (2017). Gebe kadınlar arasında antenatal depresif belirtiler: Güney Brezilya popülasyonuna dayalı bir kohort çalışmasından elde edilen kanıtlar. *J Etki Bozukluğu*. 209 :140–146.

Corbijn van Willenswaard K, Lynn F, McNeill J, McQueen K, Dennis CL, Lobel M. (2017). Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* .17 (1): 271.

Coşar Çetin F, Demirci N, Yeşilçiçek Çalık K. (2017). Çil Akıncı A.Gebelikte olağan fiziksel yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 48(4):135–141.

Coşkun, A. M., Arslan, S., & Okcu, G. (2020). Gebe kadınlarda gebelik algısının stres, demografik ve obstetrik özellikler açısından incelenmesi. *HEAD*, 17(1), 1-8.

Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Çalık K. Y., Aktaş S., (2011), Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,3 (1): 142-162

Çelik, F. H., & Hocaoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.

Çorumlu E, Ulupınar E. (2016). Prenatal stres maruziyetinin nörobiyolojik etkileri. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38 (Özel Sayı 1), 89-98.

Dagklis T, Papazisis G, Tsakiridis I, Chouliara F, Mamo- poulos A, Rousso D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece. *Soc Psychiatry Psychi- atr Epidemiol*. 2016;51:1025-1031.

Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez- Quintero V. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Hum Dev* 2009; 85:65-7.

Duman, Y. (2012). Sezaryen ile Doğum Yapmış Kadınlara Yönelik Postpartum Evde Bakım Kılavuzu. Nobel Tıp Kitabevi.

Er N. (2012). Riskli erken doğumda antenatal risk faktörlerinin analizi, Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Edirne.

Evren C, Ögel K. (2003). Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4: 30-37.

Field T, Diego M, Dieter J. (2004). Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C et al. Prenatal depression effects on the fetus and newborn. *Infant Behav Dev*. 27:216-229.

Figueiredo B., Conde A. Erken gebelikten doğum sonrası 3 aya kadar kadın ve erkeklerde anksiyete ve depresyon belirtileri: Parite farklılıkları ve etkileri. *J. Etki. Uyuşmazlık* 2011; 132 :146-157. doi: 10.1016/j.jad.2011.02.007.

Gilbert ES, Harmon JS. (2002). Yüksek riskli gebelik ve doğum. 2. Baskı Taşkın, Ankara: Palme Yayıncılık. p. 189-93.

Glazier RH, Elgar FJ, Goel V, Holzapfel S. (2004). Gebe kadınlardan oluşan bir topluluk örneğinde stres, sosyal destek ve duygusal sıkıntı. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 25 :247-255.

Goedhart G, van der Wal MF, Cuijpers P, Bonsel GJ. (2009). Psychosocial problems and continued smoking during pregnancy. *Addictive behaviors*. Apr 1;34(4):403-6.

Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., Dennis, C. L., Steiner, M., Brown, C., Cheung, A., Dawson, H., Rector, N. A., Guenette, M., & Richter, M. (2018). Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 79(5), 17r12011. <https://doi.org/10.4088/JCP.17r12011>

Gül, B. (2019). Evlilik Doyumunun Gebeliğe Uyum Sürecine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Güleç, D., Eminov, A., & Kavlak, O. (2020). Yüksek riskli gebelerde anksiyete ve depresyon ile hemşirelik bakım memnuniyetinin incelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(1), 70-75.

Gümüşdaş M., Apay S. E., Özorhan E. Y. (2014). Riskli Olan ve Olmayan Gebelerin Psiko-Sosyal Sağlıklarının Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi, 1(2), 32-42.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (1994). 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı ve Macro International Inc. Ankara, Türkiye.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. alkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Raporu. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Türkiye.

Hessami, K., Romanelli, C., Chiurazzi, M., & Cozzolino, M. (2022). COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians, 35(20), 4014–4021. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1843155>

Hisli N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. Psikoloji Dergisi, 6(22), 118-126.

Hisli N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. Psikoloji Dergisi,

Hisli N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. Psikoloji Dergisi,7(23), 8-13.

Holness N. (2018). High-risk pregnancy. Nursing Clinics. 53(2):241-251.

Hopkins J, Miller JL, Butler K, Gibson L, Hedrick L, Boyle DA. (2018). The relation between social support, anxiety and distress symptoms and maternal fetal attachment. *J Reprod Infant Psychol* 36(4):381-392.

Işık E., Işık U., Taner Y. (2013), *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*; Ziraat Gu- rup Matbaacılık, Ankara.

Kaba İ., (2019), *Stres, Ruh Sağlığı Ve Stres Yönetimi: Güncel Bir Gözden Geçirme* , Akademik Bakış Dergisi, Sayı: 73 Mayıs - Haziran 2019, 63-81

Kamalak, H. (2015). Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomlarının Gebelik Uyumuna Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2021). Yüksek Riskli Gebeliklerde Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sıklığının Değerlendirilmesi. *Caucasian Journal Of Science*, 8(1), 51-69.

Kaya Zaman, F., Özkan, N., & Toprak, D. (2018). Gebelikte Depresyon ve Anksiyete.

Khalesi ZB, Bokaie M, (2018). Attari SM. Effect of pregnancy on sexual function of couples. *Afr Health Sci*. 18(2):227-234.

Kuzu Gülberk Z. (2017). Çalışan evli kadınların evlilik uyum düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Koçak, D. Y., BEji, N. K., & DumAN, N. B. (2015). Prenatal Tam Yöntemlerinde Etik Yaklaşım. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 1(2), 86-90.

KÖKNEL Ö, (2005). *Ruhsal Çöküntü Depresyon*, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul,.

Lee AM, Lam SK, Lau SMSM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*. 110(5), 1102-1112. 61.

Lee KW, Ching SM, Ramachandran V, Yee A, Hoo FK, Chia YC, Veetil SK. (2018). Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: A systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*. 18(1), 494.

Lee S, Ayers S, Holden D. (2016). Risk perception and choice of place of birth in women with high risk pregnancies: A qualitative study. *Midwifery*. 38: 49-54.

Makara-Studzińska M., Moryłowska-Topolska J., Sygit K., Sygit M., Goździewska M. Orta ve doğu Polonya bölgelerindeki hamile kadın popülasyonunda anksiyete belirtilerinin sosyo-demografik ve psikososyal belirleyicileri. *Ann. Agric. çevre. Med.* 2013; 20 :195-202.

McAnarney ER, Stevens-Simon C. (1993). Maternal psychological stress/depression and low birth weight. Is there a relationship? *Am J Dis Child* 1990;144:789- 92.th: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol* 169: 858-65.

McEvoy, P. M., Mahoney, A. E., & Moulds, M. L. (2010). Are worry, rumination, and post-event processing one and the same?: Development of the repetitive think- ing questionnaire. *Journal of anxiety disorders*, 24(5), 509-519.

Michel-Wolfromm H. (1968). The psychological factor in spontaneous abortion. *J Psychosom Res* 12: 67-71.

Misrawati, Afianti Y. Endonezya, Jakarta'daki hamile kadınlar arasında antenatal depresyon ve ilişkili faktörler. *Klinik Başvurusu*. 2020; 30 (Ek 7):96-101. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.07.020

Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK. Ürdünlü kadınlar arasında doğum öncesi ve doğum sonrası depresyonun yaygınlığı ve gelişimi ile ilişkili faktörler. *Ebelik*. 2011; 27 :e238-e245

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psy- chological science*, 3(5), 400-424.

Ölçer Z., Oskay U. (2015). Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler Ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2), 85-92.

Özçetin, Y. S. Ü., & Erkan, M. (2019). Yüksek Riskli Gebelerde Psikolojik Sağlık, Algılanan stres ve psikososyal sağlık. *Cukurova Medical Journal*, 44(3), 1017-1026.

Özkan M., Kaçmaz N., Anuk D., İbrahimoglu L. (2004). Yüksek Riskli Gebeliklerde Psikiyatrik Morbidite. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 67(4), 210-217.

Özkan S. *Psikiyatrin Konsültasyon- Lizözün Psikiyatrsi Kitabı*, 1. Baskı, İstanbul 1993 ; 201 - 209.

ÖZMEN E. (2004). *Depresyon Hakkında Her Şey*, Boyut Yayın Grubu, İstanbul.

Öztürk O., Uluşahin A., (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, yenilenmiş 11. Baskı, cilt 1, Ankara.*

Pampaka, D., Papatheodorou, S. I., AlSeaidan, M., Al Wotayan, R., Wright, R. J., Buring, J. E., Dockery, D. W., & Christophi, C. A. (2018). Gebelikte depresif belirtiler ve komorbid problemler - popülasyon bazlı bir çalışmanın sonuçları. *Psikosomatik araştırmalar dergisi*, 112, 53-58.

Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med*. 2010;7(1):136-142. Arıca SG, Alkan S, Bali S, Mansuroğlu YE, Özer C. Gebeliğin cinsel yaşam üzerine etkileri. *Turkish Fam Physician [Internet]*. 2011;2(3):19-24. Available from: www.turkishfamilyphysician.com

Podvornik N., Globevnik Velikonja V., Praper P. Slovenya'da Gebelik Sırasında Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete. Zdr. Varst. 2015; 54 :45-50.

Preis, H., Somers, J., Mahaffey, B., & Lobel, M. (2022). When pregnancy and pandemic coincide: changes in stress and anxiety over the course of pregnancy. *Journal of reproductive and infant psychology*, 1-15. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2117289>

Queenan JT, Spong CY, Lockwood CJ. (2012). Overview of high-risk pregnancy. In Queenan JT, Spong CY, Lockwood CJ, Queenan's Management of High-Risk Pregnancy. 6 th Edition. UK John Wiley and Sons Ltd.

Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. (2007). Association between antenatal depression and low birth weight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand* 115:481486.

Raynor MD, Oates MR. (2009). Perinatal mental health. In Myles Textbook For Midwives, 15 th ed. (Eds DM Fraser, MA Cooper):679-703. London, Elsevier,

Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing: Geneva, Switzerland 13-15 June 2005. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69855>

Rezaee R, Framarzi M. (2014). Predictors of mental health during pregnancy. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 19:S45.

Ribeiro MC, de Tubino Scanavino M, do Amaral MLSA, de Moraes Horta AL, Torloni MR. (2017). Beliefs about sexual activity during pregnancy: a systematic review of the literature. *J Sex Marital Ther.* 43(8):822-832

Ribeiro, G. M., Cieto, J. F., & Silva, M. M. J. (2022). Risk of depression in pregnancy among pregnant women undergoing high-risk prenatal care. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 56, e20210470. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0470en>

Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, Gillman MW. (2006). Tıbbi bir grup uygulamasında kadınlar arasında antenatal ve postpartum depresif semptomların sosyodemografik yordayıcıları. *J Salgın Toplum Sağlığı.* 60 :221-227.

Sağlık Bakanlığı (2018). Doğum Öncesi Bakım Yönetmeliği. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2018). Doğum Öncesi Bakım Yönetmeliği. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Ankara.

Satyapriya, M., Nagarathna, R., Padmalatha, V., & Nagendra, H. R. (2013). Effect of integrated yoga on anxiety, depression & well being in normal pregnancy. *Complementary therapies in clinical practice*, 19(4), 230–236. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2013.06.003>

Saydam ve ark. (2007). Riskli gebelerde öz-bakım gücü'nün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelenmesi. *Perinatoloji Dergisi* 15(3), 131139

Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Stuart S. (2007). Doğum sonrası depresyonun yaygınlığı: üç sosyal statü endeksinin göreceli önemi. *Soc Psikiyatri Psikiyatri Salgını*. 42 :316–321.

Serçekuş P, Okumuş H. (2004). Yüksek riskli gebelerde uzun süre hastanede yatmanın etkileri. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 7(3):107-111.

Soğukpınar, N., Baykal Akmeşe, Z., Hadımlı, A., Balçık, M., & Akın, B. (2018). Doğumevlerinde riskli gebelik profili: İzmir ili örneği.

Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A. (2016). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular journal of Africa*, 27(2), 89–94. <https://doi.org/10.5830/CVJA>

Soto-Balbuena C., Rodríguez MF, Escudero Gomis AI, Ferrer Barriendos FJ, Le HN, Pmb-Huca G. (2018). Hamilelik sırasında anksiyete belirtileriyle ilişkili insidans, prevalans ve risk faktörleri. *psikotema*. 30 :257–263.

Stahl, S. M. (2008). *Depression and bipolar disorder: Stahl's essential psychopharmacology*. Cambridge University Press.

Stewart D. (2005). Depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 51:1061- 1063.

Sugiura-Ogasawara M, Furukawa TA, Nakano Y, Hori S, Aoki K, Kitamura T. (2002). Depression as a potential causal factor in subsequent miscarriage in recurrent spontaneous aborters. *Hum Reprod* 17: 2580–4.

Şahin E. M., Kılıçarslan S. (2010). Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Bunları Etkileyen Etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 51-58.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No:925, Ankara.

Taşkın L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara. Koç Yayınları.

Taylor, D., & Richardson, P. (2005). The psychoanalytic/psychodynamic approach to depressive disorders. *Oxford textbook of psychotherapy*, 127-136.

Thompson O, Ajayi I. Nijerya, Abeokuta (2016). Kuzey Yerel Yönetim Bölgesi'ndeki doğum öncesi kliniklerine başvuran hamile kadınlar arasında doğum öncesi depresyonun yaygınlığı ve ilişkili risk faktörleri. Res Treat'a basın. 4518979.

Tıp, M. F., & Derneği, P. (2005). Tanı ve Tedavi Klavuzları. Öncü Basımevi.

Tobacco smoking and depression during pregnancy. Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul. 32(2):44-7. 152.

Tong VT, Farr SL, Bombard J, D'Angelo D, Ko JY, England LJ. (2016) Smoking before and during pregnancy among women reporting depression or anxiety. Obstetrics and gynecology. Sep;128(3):562.

Topatan S, Koç E. (2020). Gebelik döneminde yaşanan kadın cinsel sıkıntı durumu ve ilişkili faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilim Tıp Derg. 34(1):13-19.

Tsakiridis I, Bousi V, Dagklis T, Sardeli C, Nikolopoulou V, Papazisis G. Obstetrik (2019). komplikasyonlar nedeniyle yüksek riskli gebelikleri olan kadınlar arasında antenatal depresyon epidemiyolojisi: kapsam belirleme incelemesi. Arch Gynecol Obstet. 300 (4):849-59. doi: 10.1007/s00404-019-05270-1.

Tuğrul, Y. G. (2018). Erken Yaşta Evlendirilen Kadınların Evlilik Süreçleri, Deneyimleri ve Sonraki Yaşamları Üzerine Nitel Bir Çalışma. Sosyoloji Notları, 1(2), 2-38.

Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAPV). (2019). Güvenli Annelik: Etki Değerlendirme Araştırması. Ankara: Collectif Danışmanlık.

Uçtu Kul A, Bekmezci H, Özerdoğan N. Gebelikte cinsellik. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 6(3):171-175.

Ulusoy M., Şahin H.N., Erkmen Hüsnü, (1998). Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. Journal of Cognitive Psychotherapy, 12(2), 163-172

UNFPA (2012). Marrying Too Young End Child Marriage. <http://www.Unfpa.Org/Sites/Default/Files/Pub-Pdf/Marryingtooyoung.Pdf>. (Erişim tarihi: 17.12.2022).

UNICEF (2019). Adolescents Overview. Geliş tarihi 10 Ekim 2020, gönderen: <https://data.unicef.org/topic/adolescents/overview/> World Health Organization. (2007).

Üst Z, Pasinlioğlu T, Özkan H. (2013). Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(2), 110-115.

Val, A., & Míguez, M. C. (2023). Prevalence of Antenatal Anxiety in European Women: A Literature Review. International journal of environmental research and public health, 20(2), 1098. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021098>

Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. (2009). Hamile ve doğum sonrası kadınlarda kaygı. Anne yönelimlerinin rolüne dair keşifsel bir çalışma. J. Etki. Uyuşmazlık 114 :232-242. doi: 10.1016/j.jad.2008.07.018.

Van De Loo K, Vlenterie R, Nikkels SJ, Merkus P., Roukema J, Verhaak CM, Roeleveld N., van Gelder M. (2018). Gebelikte depresyon ve kaygı: Anne özelliklerinin etkisi. Doğum. 45 :478-489. doi: 10.1111/birt.12343.

Vázquez MB, Míguez MC (2021). Gebelikle İlgili Kaygı Anketinin İspanyolca kısa versiyonu: PRAQ-20. klinik Selam. 32 :15-21. doi: 10.5093/clysa2020a22.

Viswasam K, Eslick GD, Starcevic V. Prevalence, (2019) onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta analysis. Journal of Affective Disorders 255, 27-40.

Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Garite TJ. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. Am J Obstet Gynecol 169: 858-65

Weng SC, Huang JP, Huang YL, Lee TS, Chen YH. (2016). Tütün maruziyetinin perinatal intihar düşüncesi, depresyon ve kaygı üzerindeki etkileri. BMC Halk Sağlığı. 16:623.

Weobong B, Soremekun S, Ten Asbroek AH, Amenga-Etego S, Danso S, Owusu-Agyei S, Prince M, Kirkwood BR. (2014). Gana'da ağırlıklı olarak kırsal bir nüfusta hamile kadınlar arasında doğum öncesi depresyonun yaygınlığı ve belirleyicileri: DON nüfusa dayalı çalışma. J Etki Bozukluğu. 165 :1-7

World Health Organization. (2019). Maternal Mortality. Geliş tarihi 28 Eylül 2020, gönderen: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

World Health Organization. (2020). Adolescent pregnancy. Geliş tarihi 28 Eylül 2020, gönderen: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Zhu SH, Valbø A. Depression and smoking during pregnancy. Addictive Behaviors. 2002 Jul 1;27(4):649-58. 154. Zaman FK, Özkan N, Toprak D. GEBELİKTE DEPRESYON VE ANKSİYETE ARTAR MI?. Konuralp Tıp Dergisi. 2018;10(1):20-5.

Zuckerman B, Amaro A, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviours. Am J Obstet Gynecol 1989; 160:1107-1111.

Zuckerman B, Amaro A, Bauchner H, Cabral H. (1989). Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviours. Am J Obstet Gynecol. 160:1107-1111.

EKLER

EK-1 Gebe Değerlendirme Anketi

Sayın Katılımcı; Adım Tuğçe Döndü SAVAŞIR, HİTİT Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans yapmaktayım. Yüksek Riskli Gebeliği Olan Kadınlarda Emosyonel Sorunları ve Etkileyen Faktörleri inceleyerek, profesyonel bireysel bakıma katkıda bulunmayı amaçlıyorum. Bu amaçla, sizin cevaplamanız için hazırlanmış Gebe Değerlendirme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği bulunmaktadır. Soruları cevaplamanız ortalama 25 dakikanızı alacaktır. Sorulara yanıt vermeniz yapmış olduğum çalışmaya katkıda bulunacaktır. Toplanan veriler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacaktır. Gizliliği sağlamak için çalışmanın hiçbir yerinde isminiz kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmanız için gönüllü olmanız esastır. Araştırmadan istediğiniz zaman çıkabilirsiniz. Katıldığınız için teşekkür ederim.

Bu koşullarda söz konusu olan araştırma için kendi rızamla, herhangi bir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Tarih (gün/ay/yıl):/...../20.....

1. Yaşınız:
2. Gebeliğin kaçınıcı haftasındasınız?
3. Medeni durumunuz:
1.Evli 2. Bekar
4. Eğitim durumunuz
1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite
5. Mesleğiniz
1. Ev Hanımı 2. Memur 3. İşçi 4. Serbest Meslek
6. Aylık geliriniz
1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere eşir 3. Gelir giderden fazla
7. Gebeliğiniz sırasında çalışıyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
8. Sosyal güvenceniz var mı?

1.Evet 2. Hayır

9. Son 10 yıl içinde göç yaptınız mı?

1.EVET 2.HAYIR

10. Kaç yaşında evlendiniz?

11. Eşinizin eğitim durumu

1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite

12. Eşinizin Mesleği

1. Memur 2. İşçi 3. Serbest Meslek

13. Eşiniz ile aranızda akrabalık var mı?

1.EVET 2.HAYIR

14. Evlilik hayatınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. ÇOK İYİ 2.İYİ 3.FENA DEĞİL 4.KÖTÜ 5. ÇOK KÖTÜ

15. Gebeliğinizde cinsel yaşamınız olumsuz etkilendi mi?

1.EVET 2.HAYIR

16. Gebeliğiniz sırasında sigara kullanıyor musunuz?

1. EVET 2.HAYIR

17. Gebeliğiniz sırasında alkol kullanıyor musunuz?

1.EVET 2.HAYIR

18. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1.EVET 2.HAYIR

19. Varsa nedir?

20. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

1.EVET 2.HAYIR

21. Varsa nedir?

22. Gebeliğinizde uyku düzeninizde değişiklik oldu mu?

23. Toplam kaç gebeliğiniz oldu ?

24. Canlı doğum sayısı

25. Ölü doğum sayısı

26. Yaşayan çocuk sayısı
27. Kürtaj sayısı
28. Düşük sayısı
29. Gebeliğiniz boyunca yaşadığınız sorunları işaretleyiniz (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

1.sık idrara çıkma,

2. bulantı-kusma,

3.iştahta artma-azalma,

4.mide yanması,

5.kokulara karşı hassasiyet,

6.konstipasyon,

7.diyare,

8.hemoroidler,

9.varisler ve ödem,

10.kas krampları,

11.bel ağrısı,

12.baş ağrısı,

13.yorgunluk hissi,

14.halsizlik,

15.sıkıntı hissi

30. Engelli çocuğunuz var mı?

1.EVET 2.HAYIR

31. Gebelik için yardımcı üreme tekniği kullandınız mı?

1.EVET 2.HAYIR

32. Gebeliğiniz istemli bir gebelik miydi?

1.EVET 2.HAYIR

33. Gebelik takiplerinizi düzgün takip ettiniz mi?

1.EVET 2.HAYIR

34. Gebelik sırasında hangi tanıyı aldınız ?

- 1.Hipertansif hastalıklar
- 2.Pyelonefrit
- 3.Şiddetli hiperemezis gravidarum
- 4.Preterm eylem
- 5.Kiloalımındaki anormallikler
- 6.Postterm gebelik
- 7.İntrauterin gelişme geriliği
- 8.Çoğul gebelik
- 9.Polihidramnios ve oligohidramnios
- 10.Yüksek ateş
- 11.Akut cerrahi problemler
- 12.Rh izoimmünizasyonu
- 13.Prezentasyon anomalileri
- 14.Diabetes mellitus
- 15.Gebelik haftasına uygun olmayan fundus yüksekliği
- 16.Antenatal kanama

17.DİĞER

35. Yüksek riskli gebelik tanısı için hastaneye yattınız mı?

1.EVET 2.HAYIR

EK-2 Beck Depresyon Ölçeği

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.

5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

- (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.
11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çokzorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15. (0) Uykum her zamanki gibi.

- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1--2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

- 16.** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
 - (2) Her şey beni yoruyor.
 - (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

- 17.** (0) İştahım her zamanki gibi.
- (1) Eskisinden daha iştahsızım.
 - (2) İştahım çok azaldı.
 - (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

- 18.** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
- (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
 - (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
 - (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

- 19.** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
- (1) Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor
 - (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
 - (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

- 20.** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
- (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
 - (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
 - (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

- 21.** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
- (1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
 - (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
 - (3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

EK-3 Beck Anksiyete Ölçeği

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir., Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğimi yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-4 Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği

Yönerge: Aşağıda listelenen durumlar gebeliğe bağlı stres etkenlerini tanımlamaktadır. Sizden ŞU ANDAKİ endişelerinizin, sıkıntılarınızın ve/veya kaygılarınızın derecesini " kesinlikle hayır ", " hafif ", " orta ", " ciddi " veya " çok ciddi " şeklinde uygun sütuna belirterek değerlendirmeniz istenmektedir.	Kesinlikle hayır	Hafif	Orta	Ciddi	Çok ciddi
1. Anormal veya zor doğum	0	0	0	0	0
2. Benim için güvenli doğum eylemi süreci ve doğum	0	0	0	0	0
3. Bebeğim için güvenli doğum	0	0	0	0	0
4. Doktorun doğuma yetişememesi ihtimali	0	0	0	0	0
5. Erken doğum	0	0	0	0	0
6. Doğum eylemi süreci ve doğum esnasında doktorun tutumu	0	0	0	0	0
7. Doğum eylemi süreci ve doğum esnasında ebe ya da hemşirenin tutumu	0	0	0	0	0
8. Doğum eylemi süreci ve doğum anında eşin olmaması	0	0	0	0	0
9. Dayanılmaz doğum ağrısı	0	0	0	0	0
10. Bebeğimi emzirme ya da biberonla besleme	0	0	0	0	0
11. Başarılı bir şekilde emzirebilme	0	0	0	0	0
12. Bebeğimi başarılı bir şekilde büyütebilme	0	0	0	0	0
13. Bebeğime isim verme	0	0	0	0	0
14. Gebelikte cinsel ilişki	0	0	0	0	0
15. Doğum sonrası boş zamanın kalmaması	0	0	0	0	0
16. Diğer önemli kişilerce çocuğun kabul edilmesi (Anneanne, babaanne, dede vd.)	0	0	0	0	0
17. Bebeğin ihtiyaçları nedeniyle ekonomik yükün artması	0	0	0	0	0
18. Eş ya da aile üyelerinden destek	0	0	0	0	0

EK-4 (DEVAM)

Yönerge: Aşağıda listelenen durumlar gebeliğe bağlı stres etkenlerini tanımlamaktadır. Sizden ŞU ANDAKİ endişelerinizin, sıkıntılarınızın ve/veya kaygılarınızın derecesini "kesinlikle hayır", "hafif", "orta", "ciddi" veya "çok ciddi" şeklinde uygun sütuna belirterek değerlendirmeniz istenmektedir.	Kesinlikle	Hafif	Orta	Ciddi	Çok ciddi
19. Bebeğin görünümü	0	0	0	0	0
20. Bebeğin doğum kilosu	0	0	0	0	0
21. Bebeğin cinsiyeti	0	0	0	0	0
22. Bebeğin sağlığı	0	0	0	0	0
23. Bebeğin hareketi hakkında endişe	0	0	0	0	0
24. Geleneksel gebelik adetlerine bağlı kalma	0	0	0	0	0
25. Bebeği etkileyen anne davranışları	0	0	0	0	0
26. Bebek için yenidoğan giysileri ve malzemelerini hazırlama	0	0	0	0	0
27. Nitelikli bir bebek bakıcısı bulma	0	0	0	0	0
28. Bebeğin bakımına kimin yardım edeceğine karar verme	0	0	0	0	0
29. Doğum sonrası ilk ayda kalmak için yer seçimi	0	0	0	0	0
30. Doğum sürecinde ev işleriyle ilgilenecek birinin ayarlama	0	0	0	0	0
31. Gebelik sürecinde beden şeklindeki değişim	0	0	0	0	0
32. Gebelik süresince kilo kontrolü	0	0	0	0	0
33. Değişen vücut şeklinden kaynaklanan hareket zorlukları	0	0	0	0	0
34. Doğum sonrası dönemde, gebelik öncesi vücut şekli ve ağırlığına geri dönme	0	0	0	0	0
35. Cilt üzerinde koyu kahverengi alanlar	0	0	0	0	0

36. Uyku kalitesi	0	0	0	0	0
-------------------	---	---	---	---	---



EK-5 Kurum İzni



T.C.
ÇORUM VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı :83369068/
Konu: Bilimsel Çalışma Ön İzin
Komisyon Onayı (Tuğçe Döndü SAVAŞIR)

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Tuğçe Döndü SAVAŞIR'ın araştırmacılığında, Sorumlu Araştırmacılığını Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN' nın üstleneceği "Yüksek Riskli Gebeliği Olan Kadınlarda Emosyonel Sorunlar ve Etkileyen Faktörler" isimli çalışmanın, Başkanlığımıza bağlı Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi için Ön İzin verilmesi hakkındaki 07.04.2022 tarih ve E-804048031-302.08.01-42200025588 sayılı talep yazısı, Ön İzin Formu ve ekleri Bilimsel Araştırma ve Proje Ön İzin Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

Mülga Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19.06.2013 tarih ve 95796091/010/4683 sayılı yazısında, yapılacak olan çalışmaların sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına önem verilmesi, yapılacak çalışmaların sonucunun kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi bildirilmiş olup, bu hususlar çerçevesinde hareket edilmesi, ilgili mevzuat şartlarının yerine getirilmesi, Hastane Yönetimi ve AR-GE birimi bilgilendirildikten sonra çalışmaya başlanması koşullarıyla ilgili çalışmaya Ön İzin verilmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Makamınızca uygun görüldüğü takdirde, olurlarınıza arz ederim.

EK-6 Ölçek İzinleri

(konu yok)

Gelen Kutusu



Tuğçe SS 13.12.2021

Merhabalar Hocam, Ben Hitit Üniversitesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği



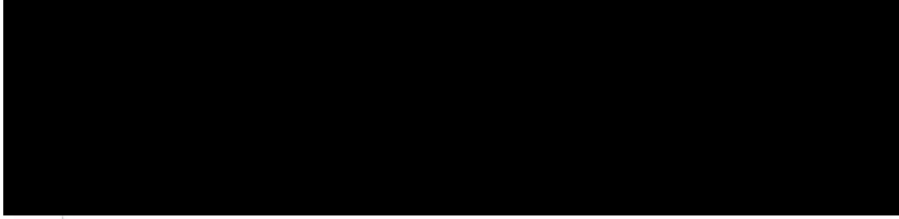
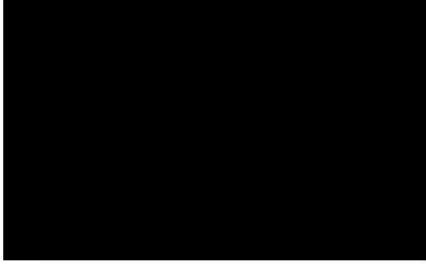
Mustafa Ulusoy 13.12.2021

Alıcılar: ben ▾



Tuğçe hanım merhaba
İlgili çalışmanızda BAÖ ni kullanabilirsiniz.

Selamlar
M.Ulusoy



EK-6 (Devam)

(konu yok) Gelen Kutusu 

 **Tuğçe SS** 13.12.2021
Ben Hitit Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans tez

 **özlem akın** 13.12.2021
Alıcılar: ben  

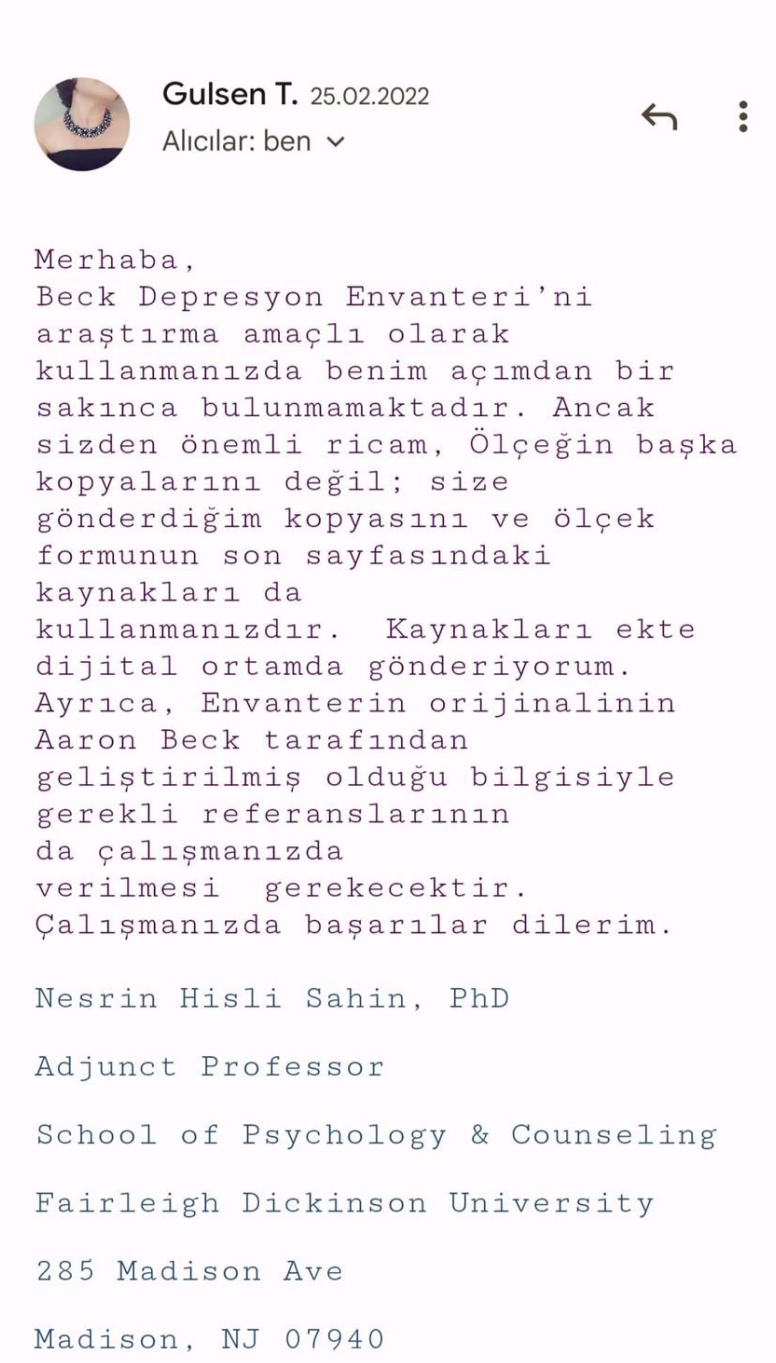
Sayın Savaşır,
Geliştirmiş olduğumuz Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği'ni çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ekte gönderiyorum. İyi çalışmalar dilerim...

Öğr. Gör. Özlem AKIN
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı



[Alıntılanan metni göster](#)

EK-6 (Devam)



EK-7 Bilgilendirilmiş onam formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Bilimsel araştırma amaçlı ve detayları aşağıda yer alan bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığımız ya da belirtilmediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacıya sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Jinekolojik onkoloji tanısı alan kadınlarda algılanan sosyal desteğin posttravmatik stres bozukluğuna etkisi

2. KATILIMCI SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı *en az 277*'dir.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 5 dakikadır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmada, 18 yaş üstü jinekolojik onkoloji tanısı konmuş kadınlarda yarattığı travmanın duygularının sosyal destek ile arasındaki ilişkinin nasıl olduğu amaçlanmıştır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA ve ÇIKARILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dahil edilebilmek için sahip olmanız gereken koşullar şu şekildedir;

- 18 yaş üstü olan kadınlar
- Jinekolojik onkoloji tanısı konmuş üzerinden en az 1 yıl geçmiş 18 yaş üstü kadınlar
- Daha önce kronik,psikotik,ruhsal bozukluğu olmayan kadınlar
- Alkol, madde bağımlılığı olmayan kadınlar
- Yakın zamanda kayıp,yas sürecinde olmayan kadınlar
- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar çalışmanın örneklemini oluşturacaktır.

Araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada size uygulanacak veya sizin yapmanız gereken işlemler şu şekildedir;

Bu çalışmaya dahil edilmeyi kabul etmeniz durumunda size sorulan sorulara doğru cevap vermeniz istenmektedir.

7. KATILIMCININ SORUMLULUKLARI

Sorulara dürüstçe yanıt vermek.

8. OLASI RİSKLER

Katılımcılar araştırma sırasında herhangi bir riskle karşılaşmayacaktır.

9. ARAŞTIRMAYA KATILIMIN OLASI YARARLARI

Bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda ülkemizde konuyla ilgili daha önce yapılmış olan çalışmalara katkı sağlamak, konuyla ilgili güncel sonuçlar elde etmek ve elde edilen sonuçların bilimsel literatüre katkı sağlaması planlanmaktadır.

10. GİDERLERİN KARŞILANMASI ve ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

11. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabileceksiniz.

12. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM veya KURULUŞ

Araştırmayı destekleyen kurum/kuruluş yoktur.

13. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME veya AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

14. ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda detayları yazılı olan ve tarafıma anlatılan bu araştırmada yer almak için araştırmacı Gülseda Yardımcı tarafından "katılımcı" (denek) olarak davet edildim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda

bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim). Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
ADI SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
ADI SOYADI	Tuğçe Döndü SAVAŞIR	
GÖREVİ	Araştırmacı	
ADRES	Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Fakültesi	
TELEFON	██████████	
TARİH	28.07.2022	

Diğer Araştırmacılar

Sorumlu Araştırmacı

Yükseklisans öğrencisi Doç.Dr Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN

Tuğçe Döndü SAVAŞIR

