



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SON TRİMESTER GEBELERDE ANKSİYETE
DEPRESYON VE DOĞUM KORKUSUNUN DOĞUM
SONUÇLARINA ETKİSİ**

ÇİLER KELEŞ GÖZÜTOK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi FİLİZ OKUMUŞ

İSTANBUL-2019

İTHAF

Güzel Kızım Duru'ya...



TEŞEKKÜR

Bu çalışmayı yaparken bana önderlik eden, fikirleriyle beni yönlendiren çalışma süresince her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen tezimde büyük emeği olan çok kıymetli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Filiz OKUMUŞ'a,

Yüksek lisans eğitimimde bana destek olan değerli hocam Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji'a,

Yüksek lisans sürecime başlamamda büyük desteği olan, bilgi birikimi ve deneyimiyle her zaman rehberliğini hissettiğim sağlık hizmetleri müdürüm doktor öğretim görevlisi Yeliz Doğan Merih'e,

Tez çalışmam sırasında önerilerini ve katkılarını benden esirgemeyen, moral ve motivasyonu her zaman için yanımda olan başta sevgili arkadaşlarım Tuğba Yılmaz Esencan ve Seda Ayyıldız olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarıma,

Çalışmanın yürütüldüğü Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi çalışanlarına,

Hayatım boyunca beni destekleyen, ilgi ve sevgileriyle yanımda olan annem, babam ve kardeşlerime,

Her zaman için desteğiyle ve sevgisiyle yanımda olan hayat arkadaşım, eşim Salih Gözütok'a ve biricik güzel kızım Duru Gözütok'a

SONSUZ TEŞEKKÜRLER

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN.....	ii
İTHAF.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
1.ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Gebelik ve Gebeliğe Uyum Süreci.....	6
4.1.2. Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler.....	8
4. 2. Anksiyete.....	11
4.2.1. Anksiyete Epidemiyolojisi.....	12
4. 2. 2. Anksiyete Nedenleri.....	12
4.2.3. Anksiyetenin Düzeyleri ve Belirtileri.....	12
4. 3.Gebelikte Anksiyete.....	13
4.3.1. Gebelikte Anksiyete Prevelansı.....	13
4.3. 2. Gebelikte Anksiyete ve Risk Faktörleri.....	14
4. 3.3. Gebelikte Anksiyetenin Belirtileri.....	14
4. 3. 4. Gebelikte Anksiyete ve Sonuçları.....	14
4. 3. 5. Gebelikte Anksiyete ve Hemşirenin Rolü.....	15
4.4. Depresyon.....	15

4.4.1. Depresyonun Etiyolojisi	16
4.4.2. Depresyonun Prevelansı	16
4.4.3. Depresyonun Belirtileri.....	17
4.5. Gebelikte Depresyon	17
4.5.1. Gebelikte Depresyon Prevelansı.....	18
4.5.2. Gebelikte Depresyon Risk Faktörleri	18
4.5.3. Gebelikte Depresyon ve Belirtileri.....	19
4.5.4. Gebelikte Depresyon ve Sonuçları	19
4.5.5. Gebelikte Depresyon ve Hemşirenin Rolü	21
4.6. Korku.....	21
4.6.1. Korkunun Belirtileri.....	21
4.7. Doğum Korkusu	22
4.7.1. Doğum Korkusunun Nedenleri ve Belirtileri.....	22
4.7.2. Doğum Korkusunun Sonuçları	23
4.7.3. Doğum Korkusu ve Hemşirenin Rolü	24
4.8. Doğum Eylemi	24
5. MATERYAL VE METOT	28
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	28
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	28
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
5.3.1. Örneklem Seçim Kriterleri.....	29
5.4. Araştırma Soruları	29
5.5. Verilerin Toplanması.....	29
5.5.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu	30
5.5.2. Travay Ve Doğum Takip Formu	30
5.5.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	30

5.5.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	31
5.5.5. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu	31
5.6. Tez Akış Şeması	32
5.7. Araştırma Aşamaları	32
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	33
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	35
6. BULGULAR	36
6.1. Gebelerin tanımlayıcı özellikleri ve Beck anksiyete, Beck depresyon, W-DEQ A ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular	37
6.2. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	44
6.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A Ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	47
6.4. Gebelerin Doğum Sonuçlarının Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeğine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	49
7. TARTIŞMA	53
7.1. Gebelerin tanımlayıcı özellikleri ve Beck anksiyete, Beck depresyon, W-DEQ A ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin bulguların tartışılması	54
7.2. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması	61
7.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A Ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgularının tartışılması	63

7.4. Gebelerin Doğum Sonuçlarının Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeğine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması	65
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	70
9. KAYNAKLAR	73
10. EKLER	88
11. ETİK KURUL ONAYI.....	100
12. ÖZGEÇMİŞ	103



KISALTMALAR LİSTESİ

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

W-DEQ-A: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

NST: Nonstres Test

Min: Minimum

Max: Maksimum

SS: Standart Sapma

Ort: Ortalama

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Gebelikte Meydana Gelen Fiziksel Değişiklikler.....	7
Tablo 4.2. Gebelikte Depresyon Gelişmesine İlişkin Risk Faktörleri.....	19
Tablo 4.3. Gebelik Depresyonunun Anneye ve Bebeğe Etkileri.....	20
Tablo 4.4. Doğum Korkusunun Fizyolojik Belirtileri.....	22
Tablo 5.6.1. Gebelerin Beck anksiyete ve depresyon, W-DEQ A puanlarının Hotelling's T testi Sonucu ve Güvenirlik Katsayıları.....	34
Tablo 5.6.2. Gebelerin Beck anksiyete ve depresyon, W-DEQ A puanlarının ortalama, minimum ve maksimum değerlerinin dağılımı.....	34
Tablo 6.1.1. Gebelerin Sosyo Demografik Özellikleri.....	37
Tablo 6.1.2. Gebelerin Sağlık Durumu Özellikleri	38
Tablo 6.1.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	39
Tablo 6.1.4. Gebelerin Bu Gebeliklerine İlişkin Özellikleri.....	40
Tablo 6.1.5. Gebelerin Bu Doğum Sürecine İlişkin Özellikleri.....	41
Tablo 6.1.6. Vajinal Doğumda Rutin Müdahalelerin Uygulanma Özellikleri.....	41
Tablo 6.1.7. Gebelerin Yenidoğanlarının Özellikleri.....	42
Tablo 6.1.8. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Anksiyete Dereceleri.....	42
Tablo 6.1.9. Gebelerin Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Depresyon Dereceleri.....	43
Tablo 6.1.10. Gebelerin W-DEQ A Versiyonu Puanlarına Göre Doğum Korkusu Dereceleri.....	43
Tablo 6.1.11. Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki Kolerasyonlar.....	44
Tablo 6.2.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımı.....	45
Tablo 6.2.2. Gebelerin Sağlık Durumu Özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımı.....	46
Tablo 6.3.1. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımı.....	48

Tablo 6.4.1. Doğum sonuçlarının gebelerin anksiyete, depresyon ve doğum korkusu varlığına göre dağılımı.....	50
Tablo 6.4.2. Doğum evresi sürelerinin gebelerin anksiyete, depresyon ve doğum korkusu varlığına göre dağılımı.....	51
Tablo 6.4.3. Gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusunun doğumda yapılan müdahalelere etkisinin dağılımı.....	52



1.ÖZET

SON TRİMESTER GEBELERDE ANKSİYETE, DEPRESYON VE DOĞUM KORKUNUN DOĞUM SONUÇLARINA ETKİSİ

Bu araştırmada son trimester gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusunun doğum sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma, Ocak- Haziran 2017 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, gönüllü 237 gebeyle yüz yüze görüşme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak Tanımlayıcı Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu, Travay ve Doğum Takip Formu kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS 22 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile gerçekleştirilmiştir. Pearson korelasyon testi, ki kare, anova ve t testleri kullanılmıştır.

Gebelerin BAÖ puan ortalaması 11.57 ± 7.61 , BDÖ puan ortalaması 8.05 ± 6.46 , W-DEQ A ölçeği puan ortalaması 42.54 ± 21.65 olarak bulunmuştur. BAÖ ile BDÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=.595, p<0.05$), BAÖ ile W-DEQ A ölçeği arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=.405, p<0.05$) bulunmuştur. BDÖ ile W-DEQ A ölçeği arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r=.550, p<0.05$) olduğu belirlenmiştir. Abortus öyküsü olan gebelerin anksiyete düzeyinin ve gebeliği planlı olmayanların ise depresyon düzeyinin anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Primiparların BDÖ ile W-DEQ A ölçeği puan ortalamasının anlamlı derece yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Anksiyetesi olan kadınların % 60.8'i sezaryen, %39.2'si normal doğum yapmıştır. Anksiyetesi yüksek olan kadınlar daha çok sezaryen olmuştur ($p<0.05$). Doğumun gerçekleştiği hafta, doğum eyleminin süresi, müdahaleleri ve yenidoğanın doğum haftası, ağırlığı ve Apgar skoruyla ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Anahtar kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Doğum Korkusu, Doğum, Gebelik

2. ABSTRACT

THE EFFECT OF ANXIETY, DEPRESSION AND FEAR OF CHILDBIRTH ON LABOR RESULTS IN LAST TRIMESTER PREGNANCY

The aim of this study was to determine the effects of anxiety, depression and fear of childbirth on labor outcomes in the last trimester pregnant women.

The study was conducted between January and June 2017 in Zeynep Kamil Women and Children Diseases Training and Research Hospital with 237 volunteers face to face interviews. Descriptive Information Form, Beck Anxiety and Depression Inventory, Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, Labor and Birth Follow-up Form were used as data collection tools. Data were analyzed with SPSS 22 program and 95% confidence level was used. Pearson correlation, chi-square, anova, t tests were used.

The mean BAI score of the participants was 11.57 ± 7.61 , the mean score of BDI was 8.05 ± 6.46 and the mean score of W-DEQ A was 42.54 ± 21.65 . A positive positive correlation was found between BAI and BDI ($r = .595, p < 0.05$), and W-DEQ A scale had a positive positive correlation ($r = .405, p < 0.05$). There was a positive correlation between BDI and W-DEQ A scale ($r = .550, p < 0.05$). It was found that anxiety levels of pregnant women with a history of abortion and depression levels of pregnant women without a planned pregnancy were significantly higher. ($p < 0.05$). The mean score of BDI and W-DEQ A scale of the primiparas were found to be significantly higher ($p < 0.05$). 60.8% of the women with anxiety had cesarean section and 39.2% had normal birth. Women with high anxiety levels had more caesarean section ($p < 0.05$). There was no statistically significant difference between the week of birth, the duration of labor, interventions and birth week of newborn, weight and Apgar score and scale scores of the newborn ($p > 0.05$).

Key words: Anxiety, Depression, Fear of Childbirth, Labor, Pregnancy

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik ve doğum, fizyolojik ve sosyal değişikliklere neden olmasından dolayı kadın hayatında önemli bir yere sahiptir. Gebelik süreciyle birlikte yaşanan fizyolojik değişiklikler psikolojik değişiklikleri beraberinde getirmektedir. Kadınların çoğu gebelik sürecinin getirdiği değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken bazı kadınlarda ise hafif, orta, şiddetli düzeylerde ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (1, 2, 3). Depresyon ve anksiyete bozuklukları gebelikte yaygın görülen ruh sağlığı sorunlarından (4, 5). Gebelikte görülen depresyon ve anksiyete belirtileri genellikle gebelikle ilgili hormonal ve fiziksel değişikliklere bağlanmakta ve az tanınmaktadır (5). Gebelikte kadın ruh sağlığının iyi olması gebelikte oluşan değişikliklere uyum sürecinin iyi yönetimi anne ve fetus sağlığı açısından oldukça önemlidir (6).

Gebelik sürecinde annenin ruhsal sağlığını etkileyen birçok faktör vardır. Yaşadığı yer, gebelik sayısı (3), sigara kullanımı, çalışma durumu (7), gebeliğin planlı olup olmadığı, eşin iş durumu (8), ekonomik durum algısı, kronik hastalık varlığı (9), anne yaşı, düşük eğitim seviyesi, bebeğin sağlığı konusunda duyulan kaygı, doğum korku, gebelikte yaşanan komplikasyonlar, aile içi şiddet (10), ailesel depresyon ve geçmiş depresyon öyküsü (11), düşük öz saygı, sosyal izolasyon ve algıladığı sosyal destek faktörlerinin eksikliği (12, 13) gebelik döneminde kadının ruh sağlığını etkilediği bildirilmiştir.

Gebelikte depresyon prevalansı sırasıyla %11.9, % 20.2, %33.8 olarak yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (11, 14, 15). Gebelik sürecinde depresyon şiddetinin incelendiği bir çalışmada; %27.6'sında hafif, %17.9'unda orta ve %9.3'ünde şiddetli düzeyde depresyon belirtisi olduğu ve gebelerde depresyon prevalansının ise % 27.2 olduğu belirlenmiştir (10). Gebelikte anksiyete ve depresyon prevalansının incelendiği başka bir çalışmada; sırasıyla 1. trimesterde %22.7, 2. trimesterde % 17.4, 3. trimesterde ise %20.8 anksiyete, %35.7 1. trimesterde, 2. trimesterde % 24.0, 3. trimesterde ise % 26.1 depresyon olduğu belirlenmiştir (16) .

2017 yılında Türkiye'nin de içinde bulunduğu 30 farklı (USA, Avustralya, Brezilya, Canada, Hollanda, Fransa, İsviçre, Almanya, İtalya, Japonya gibi) ülkelerde yapılan ve 66 araştırmanın sonucunu gösteren meta-analiz çalışmasına göre; gebelik sürecinde anksiyete belirtileri ve hafif-şiddetli depresif belirtilerin görülme sıklığı % 9.5 ve eşlik

eden anksiyete belirtileri ve orta / şiddetli depresif belirtiler % 6.3'dür. Herhangi bir antenatal anksiyete bozukluğu ve depresyon tanısı ile klinik tanı prevalansı % 9.3 olarak belirlenmiştir (17). Gebeliğin son trimesterinde kadınların, %50.5' inin bir ya da daha fazla psikiyatrik tanı aldığı, %12.1' inde anksiyete, %10.3' ünde depresyon, %28' inde hem depresyon hem de anksiyete olduğunu saptamışlardır (18).

Doğum eyleminin sonucunun bilinmeyen ve belirsizliklerle dolu bir süreç olarak algılanması, gebeliğin neden olduğu hormonal ve duygusal faktörler kadınların doğum korkusu yaşamalarına sebep olabilmektedir (19). Doğum korkusunun sıklığı 2.trimester dönemde %12.4, gebeliğin son dönemlerinde %13.5 olduğu bildirilmiştir (20). Yapılan araştırmalarda doğum korkusunun yaygınlığıyla ilgili farklı sonuçlar bildirilmiştir. İsveç'te yapılan bir araştırmada doğum korkusu yaşama oranı %10.9 olarak belirlemiştir (21). Avustralya'da yapılmış bir araştırmada ise kadınların %48'inin orta derecede, %28'inin ise yüksek derecede doğum korkusu yaşadıkları bulunmuştur (22).

Gebelikte ruh sağlığının iyi olması anne ve fetüs sağlığı için önemlidir (23). Preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı, doğum öncesi depresyon ve/veya anksiyete ile ilişkili bulunmuştur (24, 25). Finlandiya'da, gebeliğin erken döneminde yoğun anksiyete yaşayanlarda gebeliğe bağlı yüksek tansiyon ve preeklamsinin görülme sıklığının yaklaşık 3 kat arttığı saptanmıştır (26). Antenatal anksiyete ve depresyonun postpartum depresyon ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (27, 28). Fransa'da yapılmış kohort çalışmasında anksiyete ve depresyonun spontan preterm doğumla ilişkili olduğu bulunmuştur (29).

Gebeliğin son trimesterinde kadınlar yeniden ambivalan duygular yaşamaya başlar. Bebeğini ister ancak doğumdan korkar. Doğuma yönelik yaşanan korkunun nedenleri farklılık gösterir. Yapılan çalışmalarda yaşın ileri ya da genç olması, düşük gelir düzeyi, gebelik sayısı, abortus öyküsü, olumsuz doğum deneyimleri, gebelikte anksiyete ve depresyonu öyküsü gibi faktörlerle doğum korkusunun ilişkili olduğu belirlenmiştir (31, 32, 33, 34, 35, 36). İsveç'te yapılmış bir çalışmada doğum korkusunun sıklığı 2. trimesterde %12.4, gebeliğin son döneminde ise %13.5 ve doğumdan bir yıl sonra ise %15.1 olduğu belirlenmiştir (37). Avustralya'da kadınların %26'sında hafif düzeyde, %48'inde orta düzeyde ve %26'sının ise ağır düzeyde korku olduğu belirlenmiştir (36). Norveç'te gebelerin %7.5'i, İsveç'te gebelerin %10'unun,

Kanada’da %9.1’inin şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur (38, 39, 40). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada gebelerin %41.1’inin orta düzeyde, %19.1’inin şiddetli düzeyde, %19.6’sının klinik düzeyde doğum korkusu olduğu belirlenmiştir (41).

Doğum korkusunun doğum sürecine etkisini inceleyen bir çalışmada, doğum korkusu yaşayanlarda doğum sürecinin daha uzun olduğu, epidural anestezi, indüksiyon ve enstrümantal doğum ve acil sezaryen doğumların daha fazla olduğu bildirilmiştir (38). İsveç’te yapılan bir çalışmada doğum korkusu yaşayanlarda isteğe bağlı sezaryen, acil sezaryen doğumlar daha fazla görülmüş ve daha fazla indüksiyon kullanıldığı belirlenmiştir (42). Sağlıklı nulliparlarla yapılan çalışmada doğum korkusu, acil sezaryen ve uzamış doğum eylemi ile ilişkili bulunurken, fetal distress ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir (33). Gebelikte doğum korkusu olumsuz bir doğum deneyimiyle sonuçlandığı gibi doğum sonu dönemde de depresyon, anne bebek bağlanmasında gecikme ve post travmatik stres bozukluğuna neden olduğu görülmüştür (43).

Hemşireler, gebelerde anksiyete ve depresyon bulgularını bilmeli, risk faktörlerini analiz edip önlenmesi için hemşirelik girişimlerini planlamalıdır. Kadın sağlığı hemşirelerinin yakın takibi ve gözlemleri anne-bebek sağlığı, gebelik ve doğum sonu sürecin sağlıklı geçirilmesi yönünden kilit rol oynamaktadır. Prekonsepsiyonel dönemden gebelik sürecine kadar yapılan hemşirelik danışmanlığı ile birlikte kadınların doğuma ilişkin yaşadıkları korkular tespit edilmeli ve baş etme yöntemleri öncesinde belirlenmelidir. Ebe ve kadın sağlığı hemşirelerinin bu girişimleri ile bir kadının tüm yaşamını etkileyecek olan gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerine ihtiyacı olan hem fizyolojik hem de psikolojik destek sağlanmış olunur. Literatürde de doğum korkusunun kontrol altına alınması için yapılan danışmanlığın, gebenin kendine olan güveninin artmasına ve doğum sürecinin ve sonuçlarının olumlu yönde ilerlemesini sağladığı belirtilmektedir (3,19,30,41).

Gebelik sürecinde anksiyete, depresyon ve doğuma yönelik yaşanan korkunun annenin ve yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Ancak literatürde anksiyete, depresyon ve doğum korkusunun doğum sonuçlarına etkisini birlikte bütün olarak ele alan çok az çalışma olduğu ve ülkemizde yapılan çalışmaların yeterli olmadığı görülmüştür. Bu bilgilerden yola çıkarak bu araştırma son trimester gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusunun doğum sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Gebelik ve Gebeliğe Uyum Süreci

Anne olmak kadının en büyük rollerindendir. Anne adayının gebeliğini ve gelecekteki annelik serüvenini benimsemesi önemlidir. Kadının inanç ve tutumları, görev ve sorumluluk anlayışı, ilişkileri ve davranışları bu serüveni etkilemektedir (7, 44).

Kadın vücudunda meydana gelen anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle birlikte ruhsal ve bedensel olarak sağlıklı bir kadında bu dönem, ufak tefek sorunlar olsa da genellikle önemli ve hoş bir deneyim olarak yaşanır. Çünkü gebelik bir hastalık değil, fizyolojik, olağan, doğal seyri olan ve kadına özgü bir süreçtir. Bu süreç fizyolojik olmasının yanında, gebelik süreci boyunca kaygı ve stres oluşturabilecek birçok biyolojik ve psikososyal etkenle karşılaşma riski de taşımaktadır (45, 47). Sağlıklı ve huzurlu geçirilen bir gebelik dönemi kadın ve doğacak bebeği için oldukça önemlidir. Gebelik sürecindeki kadınların bir kısmı doğumdan korkarlar. Bu süreçte meydana gelebilecek risklerin bebeğe zarar verebilme riski anne adayını kaygılandırır ve stere girmesine neden olur. Ayrıca gebelik döneminde kadının vücudunda meydana gelen tüm değişiklikler anneyi, eşini, ailesini ve çevresini etkilemektedir. Gebelik serüveni, bebek aileye katılincaya kadar ailede gelişimsel krize adaptasyon sürecinin yönetimiyle sürer (7,12).

Kadın yaşamında önemli bir dönüm noktası olan gebelik, gelecek kuşakların devamının sağlanması yönünden de önemlidir. Gebelik, doğum ve doğum sonrasında bir bebeğe sahip olma neslin devamı için kadın hayatında farklı ve yeni rollere uyum gerektiren önemli bir süreçtir. Gebelikle birlikte kadına aktarılan yeni görev ve rollerin farkındalığı ayrı bir stres kaynağı olabilmektedir (45,46).

4.1. 1. Gebelikte Meydana Gelen Fiziksel Değişiklikler

İnsan gebeliği obstetrik olarak 40, embriyolojik olarak 38 haftalık bir süreçte meydana gelir (48). Normal bir gebelik fertilizasyondan doğum sonu döneme kadar antenatal komplikasyon veya herhangi bir rahatsızlık olmaksızın, canlı bir fetüsün doğumuyla tamamlanan fizyolojik bir olaydır (45). Gebelik serüveni her biri üçer aydan oluşan ve trimester adı verilen üç bölümden oluşmaktadır. Birinci trimester 0-

12 haftaları, ikinci trimester 13-28 haftaları ve üçüncü trimester ise 29-40 haftaları kapsamaktadır (45, 49).

Gebelik süresince oluşan fizyolojik değişiklikler gebelik ve doğum süreci boyunca bazı risklerden korunma, fetal büyüme ve gelişmenin sağlanması açısından önemlidir(2). Gebelik boyunca meydana gelen değişiklikler sürecin farklı aşamalarından etkilenmektedir. Bu sürecin bir kısmı hormonal etkilerden, diğer kısmı ise fetüsün uterus içerisinde büyümesinden bir kısmı ise meydana gelen değişikliklere annenin fiziksel uyumu sonucunda ortaya çıkar. Gebelik sürecinde fizyolojik değişiklikler en çok hormonlar aracılığı ile gerçekleşir (50, 51).

Gebeliğin fizyolojik değişiklikleri; genital organlara ilişkin değişiklikler (perine, vulva, vajen, serviks, uterus, overler, tubalar ve ligamentlerdeki değişiklikler), ekstremital organlardaki değişiklikler (kas-iskelet sistemi, deri, saç, karın duvarındaki değişiklikler, gözler, metabolik değişiklikler) , memelerdeki değişiklikler ve ek olarak kardiovasküler sisteminde, solunum sisteminde, sindirim sisteminde, üriner sistemdeki değişiklikleri içermektedir. Bu değişiklikler doğumdan 6-8 hafta sonrasında da normale döner (45,48, 51, 52)

Tablo 4.1. Gebelikte Meydana Gelen Fiziksel Değişiklikler (45, 48, 51).

Gebelikte Meydana Gelen Fiziksel Değişiklikler		
1. Trimester	2. Trimester	3. Trimester
Anatomik değişikliklerden çok fizyolojik değişiklikler ve gebelikten kaynaklanan yakınmalar mevcut; - Bulantı-Kusma, - İştahta Artma veya azalma, - Aşırma, - Sık İdrara Çıkma,	Anatomik değişiklikler ön plandadır, gebelikten kaynaklanan yakınmalar daha az; - Yorgunluk, - Baş Ağrısı, - Mide Yanması ve reflü, - Kabızlık, - Cilt Değişiklikleri, - Sırt ağrısı,	Uterus genişlemesi en üst düzeyde, intraabdominal basınç artmış, göğüs duvarı yanlara doğru genişlemiş, diyafragma kası, solunumda etkin kullanılmadığı için daha çok göğüs solunumu mevcut; - Baş Ağrısı,

- Göğüslerde Ağrı ve hassasiyet - Çok uyuma veya uykusuzluk, - Yorgunluk	- Bebeğin hareketleri ve kalp sesinin hissedilmesi	- Bel ve sırt ağrıları, - Varis, - Bacak Krampları, - Hemoroid - Konstipasyon - Sık İdrara Çıkma, - Yorgunluk - Uykusuzluk
--	--	---

4.1.2. Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler

Kadın yaşamında gebelik süreci, farklı ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak söylenebilir. Kısaca bu dönem kadın için stres yüklü bir tecrübenin yanında çoğunlukla kuvvetli ve derin hislerin yaşandığı, gelişim için bir fırsat, kendini tanıma ve yaratıcılık için de bir şanstır. Gebelik kadının biyo psikososyal dengesinin değiştiği, yeni rollerin eklendiği, bebek ve anne arasında ebeveynlik sürecinin başladığı yaşamsal bir kriz ortamı olarak da ifade edilebilir (53, 54).

Üretken çağdaki kadınlar için gebelik yaygın görülen bir süreçtir. Çoğunlukla anne için bir mutluluk ve neşe dönemi olarak algılanır. Gebelik bir neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olabildiği gibi; endişe, kaygılı bekleyiş, yüklenme de yaratabilir. Ancak her kadın gebelik sürecini farklı yaşar. Gebelik sürecindeki tepkileri kadının hatıralarına, korkularına, sosyoekonomik koşullarına ve isteklerine göre değişim gösterir (53, 54).

Gebenin bu sürecini olumlu bir biçimde geçirebilmesi; kadınlık rolünü özümsemesi, kendi annesiyle olan bugüne kadar ki ilişkisi, çevresindeki rol modellerin varlığı, geçmiş yaşamındaki deneyimleri belirleyicidir. Gebenin annelik rolüne hazır hissetmesine, gebeliğin planlı olmasına, eşyle olan pozitif ilişkisine, eşinin ve yakınlarının bebeğe yönelik duygularına, beden imajındaki değişime uyumuna ve gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik problemlere bağlı olarak gebenin gebelik sürecine uyumu değişkenlik gösterir (55).

Gebelik sürecine fizyolojik değişikliklerin yanı sıra psikolojik ve karmaşık sosyal

değişiklikleri de beraberinde getirir. Bu süreçte gebelikte oluşan fizyolojik değişiklikler, anne karnında büyüyen fetüsün varlığı ve aile yaşamı psikolojik tepkilerin nedenini oluşturur. Gebe kadının bebeğini ve anneliğe geçişini kabullenmesi gebelik sürecince gelişir. Gebeliğin trimesterine göre psikolojik uyum süreci değişiklik göstermektedir ve bu sürece uyum önemlidir (44, 56).

Birinci trimesterde kadında yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyumla ilgili süreç başlar. Gebenin aile yaşantısı, iş hayatı, eşle ilişkisi, gebelik durumunun getirdiği yeni güçlükler ve gereksinimler bu yeni durumla birlikte etkilenir. Ambivalan (zıt-karşıt) duyguların en yoğun yaşandığı dönem ilk trimesterdir. Mide bulantısı, kusma gibi şikayetlerde artma, gebenin kendini rahatsız ve yorgun hissetmesi kadında ambivalan duyguları tetikleyen en önemli unsurlardandır. Bebeğe karşı çok az sevinç duyulan dönemdir. Bazen de gebelik planlanmış olsun olmasın kadın bebek sahibi olacağının mutluluğunu, diğer taraftan ise korku ve anksiyete de hissedebilir (45, 50, 51).

Bu dönemin diğer bir özelliği ise kadının bebeği ve kendi sağlığıyla ilgili kaygıları olmasıdır. Diğer yandan gebe bu dönemde sağlıklı olduğuna ve gebeliğinin iyi gittiğine inanmak ister. Gebe kendisinin dışında, yakın çevresinin de gebeliğinden haberdar olmasını ve bu gebeliği istendiğinden emin olmak ister. Yani gebeliğin kabulü bu ilk trimesterde gerçekleşir. İlk trimesterin sonuna doğru fiziksel rahatsızlıklarla baş edebilme, gebelikten hoşlanma ve mutluluk hissi kadının gebeliğini kabullendiğinin göstergeleridir (48, 50, 51).

İkinci trimesterde kadının bulantıları geçer, gücü yavaş yavaş eski haline döner, kendini keyifli hisseder ve olumlu duygular geliştirmeye başlar. Bu trimester, kadının gebeliğiyle birlikte gelişen fiziksel değişikliklerine adaptasyon sağladığı dönemdir. Fiziksel değişiklikler ambivalan duyguların ortadan kalkmasını hızlandırır. Kadın gebe görünümü kazanmıştır. Fetüs hareketleri başlamıştır. İçinde canlı olduğunu hisseder. Bununla birlikte kadının ilgisi kendi içine yönelmiştir. Gebelerin bir kısmı doğmamış çocuğuyla konuşur. Fetüsle bu iletişim hali erken anne bebek bağlanması için ilk basamaktır (48, 51).

Bu dönemde anne adayları gebelik gerçeğini ve hayatına getirdiklerini özümser. Gebenin sonuçlandırması gereken gelişimsel süreç, bir önceki dönemde onun için gerçek olmayan fetüsü ayrı bir varlık olarak algılayıp kabul etmektir. Sonuç olarak bu

trimestirde odak fetüs, narsisizm ve içe dönme, beden imajı ve cinsel yaşamdaki değişimler olarak ön planda yer alır (55, 57).

Üçüncü Trimesterde; fiziksel şikâyetlerle birlikte bu dönemde uterusun büyümesine paralel olarak farklı bir şekilde tekrar meydana gelir. Büyüyen karın gebenin hareketlerini kısıtlar. Daha çok yorulur ve bu sorunlar kadının başetmesinde güçlüklerle yol açar ve günlük yaşamı zorlaştırır. Beden görünümündeki değişiklikler kadının gebeliğe ve cinselliğe karşı tutumunu da etkiler. Fiziksel olarak ortaya çıkan rahatsızlıklar, gebeliğin artan yükü ve sorumluluğu gebe kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanmasına ivme katar (48, 50, 51).

Bu trimesterde fetüsün hareketlerinin kuvveti artar. Gebe kadın dış ortamda kendine ve bebeğine herhangi bir şey olacağı kaygısı ve korkusu yaşar. Aile tarafından bebeğin istenip beklenildiğini gebenin hissetmesi bu dönemde çok önemlidir. Bebeğin istenmemesi kadının kendini reddedilmiş olarak algılamasına neden olur. Aynı zamanda bebeğin istenmemesi gebe için kendinin reddedilmesi anlamına gelir. Eş desteğini ön planda ihtiyaç olarak hisseder. İlk trimesterdekine benzer ambivalan duygular tekrardan ortaya çıkar(48, 50).

Gebelikte trimesterler arasında gelişen psikolojik hareketliliğe bazı kadınlar kolaylıkla uyum sağlanırken bazı kadınlarda ise farklı düzeyde ruhsal cevaplar görülebilmektedir. Özellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde anne adaylarında kaygı oluşmaktadır (3). Son trimesterde gebenin fizyolojik olarak hareketleri kısıtlı olmasına karşın gelişen annelik hisleriyle birlikte dünyaya gelecek bebeğe yönelik korumacı davranışlar ortaya çıkar. Gebeliğin bu son dönemlerinde ölü bebek doğurma, zor doğum, doğum ağrısı, ölüm korkusu, iyi anne olamayacağı korkusu, doğumdan sonra işini bırakmak ya da ara vermek zorunda olması anksiyeteyi tetikler. Bununla birlikte ailede ekonomik bir yükün altına girmesi gibi sebeplerden dolayı gebede anksiyete ortaya çıkabilir (56, 58).

İnsan hayatında yeni bir başlangıç olarak kabul edilen ana-baba olma eşler için stres yaratan bir durumdur. Bu stres, gebelikte her şeyin iyi gitmeyeceği olasılığı ile birlikte olan anksiyete ile birleştiği zaman ebeveynler için sürecin atlatılmasını zorlaştırmaktadır. Gebelik planlanmış olsun ya da olmasın kadının bebek doğurma yeteneğini koruması ve sürdürmesi oldukça önemlidir. Gebelikte yeni rolüne ilişkin

tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular gün yüzüne çıkar (56).

Gebeliğin son günlerine doğru hem kadın hem de erkeklerin çoğunluğu bebeğin normal olup olmayacağı, problemsiz bir doğum yapıp yapmayacağı endişesi ile doğumla ilgili bazı korkulara kapılabilirler. Bu korkular gebe kadına doğum korkusu olarak yansımaktadır (7, 59). Gebelikle birlikte gelişen psikolojik dalgalanmalara kadınların çoğu çok rahat adapte olurken bazıları ise hafif, orta ve şiddetli seviyelerde ruhsal sıkıntılar gün yüzüne çıkar. Değişken zamanlarda yaşanan belirsizlik, çelişki, dış dünyaya kendini kapatma, korku, pasiflik, kaygı gibi duygu-durum değişiklikleri gebelikte ruhsal problem oluşturan nedenler arasında yer alır (60,61,62).

Bu gibi sorunlar doğumun evrelerinde süre değişikliği yapabildiği gibi, doğum sonu komplikasyonlarının oluşmasına neden olmaktadır. Doğum sürecine ilişkin yaşanan korku ise kadınlar arasında oldukça sık izlenen bir olaydır. Kadınlar doğumun çok öncesinde korku hissetmeye başlamaktadır. Korku, doğumun doğal sürecinin yönetilmesini olumsuz etkileyerek en önemli nedenler arasında yer almaktadır (61, 63).

4. 2. Anksiyete

Anksiyete hoş olmayan özellikleri ile diğer şekillerinden ayrılan bir duygulanım türüdür. Kaygı ya da bunaltı olarak da ifade edilir. Nefes almada zorluk, çarpıntı, hızlı nefes alma, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtilerin yanı sıra psikolojik belirtiler olarak sıkıntı, heyecan, birden bire çok kötü bir şey olacakmış duygusu ve korkusu olabilir (64, 65).

Anksiyete yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici, endişe ve korku duygusudur. İçsel ya da dış çevreden tehlike olasılığı veya kişi tarafından tehlikeli olarak hissedilip yorumlanan herhangi bir olay karşısında deneyimlenen duygu durum şeklidir (64, 65).

Yaşamının bir döneminde birçok kişi, anksiyeteyi deneyimleyebilir. Stres yaratan bir durumla karşılaşıldığında anksiyete hissedilir. Hatta anksiyete doğumla başlayıp ölüme kadar sürer (51). Çok yönlü bir olay olan anksiyete tüm organizmayı etkiler. Anksiyete kişiyi çevresinde olan değişikliklere hazırlar ya da cevap vermesini sağlar. Normal anksiyete organizma için bir korunma mekanizmasıdır. Tehdit olarak algılanan bir durum ya da olay karşısında gerçekleşir. Bireyin kaçması ya da

karşılaştığı durumla savaşması gerekir. Bazen anksiyete tehlike oluşturacak bir durum ortada yokken de meydana gelir. Bu durum uzun sürer ve sonlandırılmaz ise patolojik bir hal alır (51, 64, 66).

4.2.1. Anksiyete Epidemiyolojisi

Toplumun yaklaşık olarak %10'unda farklı düzeylerde anksiyete bozuklukları mevcuttur. Çoğunlukla 20 ve 30'lu yaşlarda başlamaktadır (67). Anksiyete bozuklukları erkeklerden çok kadınları etkisine alan yaygın bir sağlık sorunudur. Kadınlarda anksiyete bozukluklarında en büyük faktör üreme hormon düzeylerindeki dalgalanmalardan dolayı gerçekleşmektedir (42, 68).

4. 2. 2. Anksiyete Nedenleri

Anksiyeteyi tetikleyen en önemli neden insan yaşamındaki çatışmalardır. İnsan hayatı ve istekleri ile toplumsal koşullar ve olanakların karşılaşmasında çoğunlukla çatışma gelişir. Anksiyetenin sebepleri çocukluk ve yetişkinlik olmak üzere farklı gelişimsel dönemlerde meydana gelir (51). Tehlikeli durumlarla mücadelede yaşanan zorluklar ve gelecekle ilgili yaşanan yoğun düşünceler, anksiyetenin bilişsel yönüdür (69).

Toplumsal değişimler, başarı dengesindeki hareketlilik, kabul görmede yaşanan sorunlar, para kaybı, ahlaki sorunlar, ölüm, boşanma, kültürel farklılıklar, taşınma, göç, ayrılık, saldırı, tecavüz, hastalık, hastaneye yatış, emeklilik, çevresel kirlilik gibi durumlar kişide anksiyete yaratır. Ayrıca işsizlik, yeni iş değişimi, işte terfi, cinsel gelişim, akran ilişkilerinde değişiklikler, gebelik, ebeveyn olma, kariyer değişiklikleri, yaşlanma etkileri, duygusal kayıplar, ekonomik çıkmazlar ve motor kayıplar anksiyeteye neden olan faktörlerdendir (70).

4.2.3. Anksiyetenin Düzeyleri ve Belirtileri

Anksiyete bireyde türüne ve derecesine göre değişik belirtilerle kendini gösterir. Çoğunlukla da hafif, orta ve ağır düzeyde deneyimlenir (51).

Hafif derecede anksiyetede; birey çevresinde olayların farkındadır. Çok az gerilim mevcuttur. Bu gerilimle birlikte enerjide artış olur. Duygular alarm verir, kavrama alanı genişler. Birey çevresine karşı daha hassas ve katılımcıdır. Böylece anksiyete bireyde öğrenmeyi tetikler ve bireyi olumlu etkiler. Ayrıca konsantre olma, mantık yürütme ve problem çözme becerisi yoğundur (70). Sıkıntı, endişe, huzursuzluk, korku hissi, gerginlik, tek yönlü baş ağrısı, iştahsızlık ve zaman zaman kusma ve terleme yaşanabilir (51).

Orta derecede anksiyetede; bireyin dikkati yoğun ve gergindir. Kavrama alanı küçülmüştür. Konsantrasyonu, algılaması ve iletişim becerileri azalmaya eğilimlidir. Çevresel ayrıntılara olan algısı azalmıştır. Fakat problem çözebilecek durumdadır. Bireyde odaklanmakta zorlanma, çalışamama, çarpıntı, kuvvetli baş ağrısı, karın ağrısı ve davranış bozukluğu gibi belirtiler görülebilir (52).

Ağır derecede anksiyetede ise; birey çevresindeki olayları anlamakta zorluk yaşar. Algılama ve kavrama alanı iyice küçülmüştür, kontrolünü kaybetmiştir. Olaylar ve ayrıntılar arasında ilişki kurmakta güçlük yaşar. Bu nedenle öğrenme güçleşmiştir. Diğer düzeylerde yaşanan anksiyete bulguları daha ağır yaşanır. Çarpıntı, dispne, dispeptik yakınmalar, başağrısı ve göğüs ağrısı görülür. Kişi huzursuz ve gergindir (70). Zayıflık ve şişmanlık görülebilir (51).

Panik düzey anksiyete; anksiyetenin en yoğun yaşandığı seviyedir. Bireyin emosyonel dengesi bozulmuştur. Dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi bulgular mevcuttur. Bu durumda birey kendini ezilmiş, korkmuş hisseder ve kriz aşamasındadır (70). Birey çevresel olaylara artık yanıt veremez durumdadır. Dikkat dağınıklığı, gerçekte var olmayan algılamalar ve paranoya vardır. Boğulma, baş dönmesi, baygınlık, taşikardi gibi belirtiler dikkat çeker. Birey kriz seviyesine girmiştir ve profesyonel yardım şarttır (60).

4. 3.Gebelikte Anksiyete

Anksiyete bozuklukları için başlangıç tipik olarak doğurganlık çağı ya da daha öncesi döneme işaret eder. Bu nedenle anksiyete bozukluğu tanısı alan kadınların çoğu hastalığı boyunca gebeliği tecrübe etmektedir (56).

Gebelikte görülen fizyolojik durumların çoğu anksiyete belirtilerine çok benzerdir. Bu nedenle anksiyete bozuklukları gebe kadında gizlenebilir (65). Gebelik kadın için başlı başına bir anksiyete kaynağıdır. Önemli olan anksiyete bozukluğu ile normal anksiyetenin ayırt edilebilmesidir (56). Psikolojik faktörler, gebelikte anksiyete bozukluklarının gelişiminde önemli rol oynayabilir. Gebelikte östrojen, progesteron, gonadal steroid seviyelerinde değişiklikler meydana gelebilir. Bu değişiklikler duygudurum değişikliklerini daha da tetikleyebilir (71).

4.3.1. Gebelikte Anksiyete Prevelansı

Gebelikte gelişen psikolojik değişikliklere kolaylıkla adaptasyon sağlanırken bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli seviyelerde ruhsal sorunlar görülmektedir.

Çoğunlukla da gebeliğin son trimesterinde anne adaylarında anksiyete belirtileri görülmekte ve anksiyete düzeyi artmaktadır (3).

Yapılan bir çalışmaya göre gebelerin %54'ünde anksiyete belirlenmiştir (72). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin yer aldığı bir çalışmaya göre gebelerin %28.8'inde anksiyete belirtileri saptanmıştır (65). Antenatal ve postpartum depresyon ile anksiyete bozukluğunun ilişkisinin incelendiği bir çalışmada gebeler için anksiyete bozukluğu %18.4 oranında belirlenmiştir (42).

4.3. 2. Gebelikte Anksiyete ve Risk Faktörleri

Düşük eğitim düzeyi, perinatal stresörler, kötü hayat koşulları ve ailesel sorunlar gibi problemler gebelik boyunca anksiyete bozukluklarına yol açmaktadır. Gebelikte yaşanan anksiyetenin risk faktörleri arasında; yetersiz ve dengesiz beslenme, sağlık gereksinimlerin karşılanmaması, sigara, alkol ve madde bağımlılığı gibi olumsuz sağlık davranışları söylenebilir (9). Ayrıca gebelik öncesi depresyon veya anksiyete öyküsü, ailesel anksiyete bozuklukları, hormonal dengesizlikler, bebek bakımına ilişkin endişe, suçluluk duyguları, mükemmeliyetçi kişilik özelliği ve benlik saygısının düşük olması gibi kişisel özellikler gebelik sürecinde anksiyete için risk faktörlerindedir (73, 74).

4. 3.3. Gebelikte Anksiyetenin Belirtileri

Anksiyete bozukluğu olan gebelerde sırt ağrısı, bulantı, baş ağrısı gibi bulgular daha fazla görülmekte ve daha yoğun yaşanmaktadır. Anksiyeteyi belirlemede yaşanan en büyük zorluklar ise, anksiyete ile gebelikte yaşanan belirtilerin benzerliğidir. Sürekli uyku hali, iştahsızlık, enerji ve istek kaybı gebelikte hem fizyolojik hem de anksiyete bulgusu olarak gösterilebilir (53, 75).

Gebelikte anksiyete belirtileri ise; sürekli endişe hali, sinirlilik, üzüntü, yorgunluk, aşırı derecede yeteneksizlik, gelecekle ilgili olarak yaşanan endişe duygusu, yoğun uykusuzluk görülür. Dikkat bozukluğu ve dikkati toplama güçlüğü, iştah ve uyku sorunları, unutkanlık ve baş dönmesi, sıcak basması, kusma ve bulantı gibi fiziksel belirtiler de yer almaktadır (71).

4. 3. 4. Gebelikte Anksiyete ve Sonuçları

Gebelikte birlikte ortaya çıkan duygusal durum değişiklikleri, gebeliğin her üç trimesterinde farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Gebelerde hafif, orta ve şiddetli

kaygı yaşanmasına neden olur. Gebeliğin son trimesterinde yaşanan kaygı, gebelik komplikasyonlarını harekete geçirmektedir (9).

Gebelikte deneyimlenen anksiyete gebe ve fetüs sağlığı açısından normal dışı durumlara sebep olmaktadır. Ayrıca gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, sezaryen doğum, polihidramnios, yenidoğanın sağlığını etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve intrauterin gelişme geriliği gibi nedenlere zemin hazırladığı görülmüştür. Anksiyetin anne bebek bağlanmasını da olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (9).

Anksiyete olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkili olup bunlar; doğum eyleminin erken başlaması, erken membran rüptürü, emzirmede yaşanan güçlükler, kanama ve uzamış ya da hızlı doğum eylemi riskleri, zor doğum ve sezaryen olarak karşımıza çıkmaktadır (3). Gebelik dönemi boyunca kontrol altına alınmamış anksiyete sonucunda; gestasyon haftasına göre düşük Apgar skorları, fetal hemodinami, preeklampsi, servikal diskinezi görülebilmektedir (76,77).

4. 3. 5. Gebelikte Anksiyete ve Hemşirenin Rolü

Gebenin kendi sağlığını ve fetüsün sağlığını yükseltmek için yeni duruma adaptasyon sağlaması gerekir. Hemşireni rolü bu değişimleri gebeye iyi tanımlaması, gebeye sorunların çözümünde destek olması ve danışmanlık yapmaktır. Gebe bütüncül olarak değerlendirilmelidir(48). Gebelik boyunca ortaya çıkan fiziksel ve duygusal bulguların, gebenin ailesiyle olan ilişkileri, annelik algısı, beden imajı, gebelik süreci, bebek bakımına ilişkin yaşadığı duygu ve endişeleri belirlenmeli ve gebe desteklenmelidir (78).

Ebe ve hemşireler, gebelik süreci boyunca, gebenin ve çevresinin gebeliğe uyumunu kolaylaştırmalıdır. Kadında meydana gelebilecek fiziksel ve duygusal problemlere her an hazır olmalı ve önlem almalıdır. Bu süreçte gebe ve ailesi bakım ve tedavi sürecinin yönetimine dâhil edilmelidir (2,57). Anksiyete bulgularının erken zamanda belirlenmesi ve kontrol altına alınmasında hemşirenin rolü oldukça önemlidir (9).

4.4. Depresyon

Depresyon; yoğun üzüntülü bir duygudurum içinde olma hali, düşünce, konuşma ve fiziksel hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, kuvvetsizlik, isteksizlik, karamsarlık, intihar gibi duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde azalma gibi semptomları içeren bir sendromdur (79, 80). Depresyonun temel

özellikleri çökkünlük, enerjide azalma ve genel ilginin ya da alınan zevkin kaybı olarak ifade edilmektedir. Konsantrasyon azlığı, özgüven azalması, suçluluk duyguları, kendine zarar verme, uyku düzeninde değişimler, iştah farklılıkları ve cinsel istekte azalma diğer yaygın görülen semptomlarıdır. Kişinin sosyal ve mesleki işlevlerinde inişlere neden olur (64). Depresyonda kronikleşme, yaygınlık ve tekrarlama oranının yüksek olması, iş gücü kaybını ayrıca intihar riskini artırması gibi nedenlerden dolayı bireysel ve toplumsal açıdan önemli bir sağlık sorunudur (54).

4.4.1. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun biyokimyasal etiolojisi ise nörotransmitter monoaminlerin (serotonin, norepinefrin, dopamin) yetersizliği durumudur. Hormonlar da depresyonda büyük rol oynamaktadır. Östrojen ve progesteronun, nörotransmitter sistem üzerine etkileri olmakla birlikte premenstrual, postpartum ve perimenapozal duygudurum değişimlerine de neden olmaktadır (81).

Yapılan çalışmalara göre stresli yaşam olaylarıyla depresyon arasında bir ilişki mevcuttur. Günlük stres faktörleri, bireyin fizik bütünlüğünü tehdit eden tecrübeler, ya da zaman içinde edinilen yaşam deneyimleri depresyonun ortaya çıkmasında rol alır. Kayıplar, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma, erken çocukluk döneminde travmatik yaşam olaylarının varlığı ve insan eliyle istemli ya da istemsiz meydana gelen yıkıcı tecrübeler depresyonun oluşumuna neden olabilmektedir (82).

4.4.2. Depresyonun Prevelansı

Kadınlarda depresyonda kronikleşme ve yaşam boyu depresyon görülme sıklığı erkeklere oranla daha yoğundur (83). Kadın hayatındaki zorluklar, hormonal faktörler, çocukluğundan itibaren şiddete maruz kalma, girişken olma yönünden baskılanma, boyun eğen, pasif ve bağımlı olmayı öğrenme, toplumsal roller, düşük eğitim ve gelir düzeyi, işsizlik, düşük sosyo ekonomik seviye, ayrımcılığa maruz kalma gibi riskler, ruhsal bozuklukların kadınlarda daha sık görülme nedenleri arasındadır (83).

Depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı kadınlar için ortalama %20, erkekler de ise ortalama %15 dir. Sağlık hizmetlerine yönelenler incelendiğinde, başvuran her 10 kişiden birisinde depresyon bulgusu bulunmuştur (84).

Depresyonun belirtilerinde toplumlar arasında farklılar görülmektedir. Batı toplumunda suçluluk duygusu daha sık görülürken, diğer toplumlarda ise bedensel yakınmalar ön plandadır (82).

4.4.3. Depresyonun Belirtileri

Depresyon bir takım belirtiler grubundan oluşur. İlk iki belirti başlangıç kriterini oluşturur. Depresyon tanısının konulabilmesi için iki kriterden an az birisinin varlığı ve bunlarla birlikte beş bulgunun en az iki hafta süre ile bireyin yaşantısını etki altına alacak kadar kuvvetli ve vaktinin önemli bir diliminde yer alması gerekmektedir (85).

Depresyon Belirtileri;

- Mutsuzluk, hüznün, keder, ağlama,
- Zevk almama, ilgisizlik ve isteksizlik,
- Değersizlik duyguları, suçluluk düşünceleri, hastalığı kendisine bir ceza gibi algılama,
- Başarısızlık ve çaresizlik düşünceleri,
- Tekrarlayıcı ölüm, intihar düşünceleri,
- Dikkatini toplayamama, kararsızlık, dalgınlık,
- Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon,
- Uyku sorunları, uykuya dalamama, sık, erken, dinlenmemiş uyanma, fazla uyuma,
- İştah sorunları, iştahsızlık, kilo kaybı, aşırı yeme,
- Güçsüzlük, yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybıdır (85).

Depresyonda kronikleşme, yaygınlık ve tekrarlanma oranının yüksek olması, iş gücü kaybını ayrıca intihar riskini artırması gibi nedenlerden dolayı bireysel ve toplumsal açıdan önemli bir sağlık sorunudur (54). Bu sendrom, bilişsel ve duygusal bölümlerle ilgili bir çok semptomu kapsamaktadır. Semptomlar hafif düzeyden başlayıp şiddetli düzeye kadar değişiklik gösterebilir. Ayrıca zaman içerisinde kronikleşme, tekrarlanma yüzdesinde artma, iş gücü kaybı ve öz kırım gibi ciddi sorunlara yol açması sebebiyle erken müdahale edilmesi gereken bir sağlık sorunudur (62).

4.5. Gebelikte Depresyon

Gebelik kadının hayatının en güzel ve özel dönemi olarak söylenebilir. Bu dönemde annelik yolculuğunun getirdiği mutluluk yanında endişe ve stres de sıklıkla görülür (5). Bu süreç, mutluluk dolu bir olay olsa da bulgular bazı kadın için gebelik boyunca psikiyatrik morbidite ve belirgin olarak depresyonda bir artış olduğu görülür (86).

Depresyon, hafif ya da ağır düzeyde gebelikte en sık görülen ruhsal bozukluktur (54, 87). Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gebelik trimesterine göre de farklılık

gösterir. Gebeliğin ikinci trimesterine göre birinci ve üçüncü trimesterinde anksiyete ve depresyonun daha fazla yaşanmaktadır (69).

Gebelikte görülen depresyon ve anksiyete bulguları çoğunlukla hormonal ve fiziksel değişikliklere ifade edilmekte ve tanı koyma zorluklarıyla karşılaşılmaktadır. Depresyon ve anksiyete gebelik serüveninde annenin çökkün duygu durum, uyku ve iştah bozukluklarıyla geçirmesine sebep olmakta ve bunun sonucu olarak fetüsün hem bedensel hem de ruhsal gelişimi olumsuz etkilenmektedir. Kadın annelik sürecine iyi odaklanamamakta, yaşam kalitesi bozulmakta ve aile içi sorunlar görülmektedir (62). Antenatal depresyon önemlidir ve anne sağlığı ile doğum sonuçlarını etkiler (88).

4.5.1. Gebelikte Depresyon Prevelansı

Yapılan araştırmalara göre gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığı %5-51 arasındadır. Gelişmiş ülkelerde yürütülmüş ve gebelik sırasında depresyon oranlarının değerlendirildiği bir meta analiz çalışmasında depresyon görülme sıklığının; birinci, ikinci ve üçüncü trimesterlerde sırasıyla %7.4, %12.8 ve %12 olarak bildirilmiştir (89).

4.5.2. Gebelikte Depresyon Risk Faktörleri

Obstetrik öyküsünde kürtaj sıklığı, düşük ve gebeliğe ilişkin karmaşık duygular gebelikte depresyon için risk faktörleri arasındadır. Düşük yapanların bir sonraki gebeliklerinde depresyon görülme sıklığı daha yüksektir. Depresyon öyküsünün varlığı, aile öyküsünde depresyon varlığı, genç anne yaşı, çocuk sayısının fazla olması, istenmeyen gebelikler, sosyal destek yetersizliği ve evlilik sorunları gibi durumlarda depresyon görülme sıklığı artmaktadır (54).

Tablo 4.2. Gebelikte Depresyon Gelişmesine İlişkin Risk Faktörleri (54).

Gebelikte Depresyon Gelişmesine İlişkin Risk Faktörleri
<p><u>Biyolojik Faktörler;</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Duygudurum ve anksiyete bozuklukları öyküsü• Postpartum depresyon öyküsü• Premenstrual disforik bozukluk öyküsü• Ailede psikiyatrik hastalık varlığı
<p><u>Psikososyal Faktörler;</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Çocukluk çağı suistimal öyküsü• Yaşın küçük olması• Planlanmamış gebelik• Gebelik hakkında kararsızlık veya olumsuz düşüncelerin bulunması• Dul anne olma• Çocuk sayısının fazla olması• Ev içinde siddet veya evlilik çatışmaları• Düşük eğitim düzeyi ve işsizlik• Madde bağımlılığı ve sigara kullanımı

4.5.3. Gebelikte Depresyon ve Belirtileri

Perinatal depresyon belirti ve bulguları genel depresyon belirti ve bulgularıyla benzerdir. Bu belirtiler; depresif ruh hali, ilgi azlığı veya keyifsizlik, suçluluk duygusu veya düşük öz değer, sinirlilik, kilo artışı, uyku veya iştah bozukluğu, düşük enerji ve zayıf konsantrasyondur (54, 90, 91, 92). Gebelerdeki depresyon belirtilerinin gebeliğin sürecine ait sebeplerle mi yoksa altta yatan predispozan faktörlere bağlı olarak mı meydana geldiği konusu hala tartışmalıdır. İlk trimesterde bu bulgular, uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve kaygı seviyesinde dalgalanmalar, yoğun yorgunluk, cinsel istek kaybı, dikkatini toplama güçlüğü olarak ortaya çıkabilir. Son trimesterde de anksiyete, yoğun yorgunluk, uyku ve iştah seviyesinde iniş çıkışlar ve doğumla ilgili kaygılar ön plandadır. İkinci trimesterde ise bu bulgular daha az görülür (54).

4.5.4. Gebelikte Depresyon ve Sonuçları

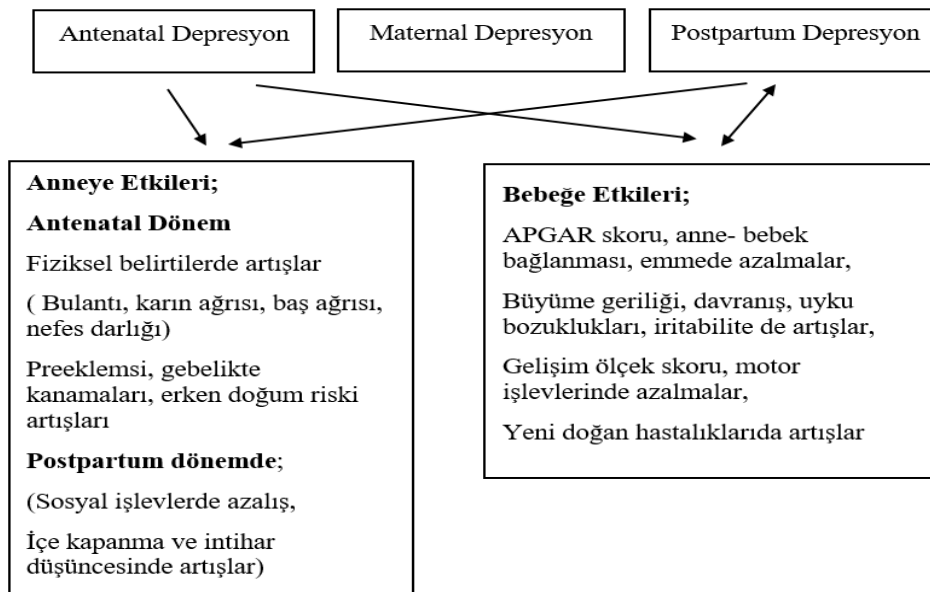
Gebelikte birlikte meydana gelen depresyon ve anksiyete maternal ve fetal sorunların oluşmasına zemin hazırlamaktadır (93). Antenatal stresle birlikte; plasental, maternal pitüiter, adrenal aksın aktivasyonu ile preterm doğuma neden olduğu belirtilmiştir. Gebelik sürecinde depresyon ve anksiyete sadece anne adayını değil bebek içinde bir stres kaynağı olup, postnatal hayatta da nöromotor ve davranışsal gelişimi olumsuz olarak etkilemektedir. Bu süreci yaşayan bebeklerin daha düşük doğum ağırlığına sahip oldukları söylenebilir (54, 94, 95).

Ayrıca gebelikte yaşanan depresyon sezaryen ile doğum, forseps kullanımı gibi müdahaleli doğumlara, doğum eyleminde ağrının normale oranla daha fazla olması ve dolayısıyla analjeziye ihtiyaç duyulması gibi durumlarla da ilişkili olduğu belirtilmiştir. Depresyon, annenin prenatal bakım isteğini ve sağlıksız davranışlarını önleme yeteneğini de etkilediği bildirilmiştir. Depresyonda olan kadınların; sigara kullanımı, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı özelliği olan maddeleri kullanmaya daha çok yöneldiği görülmüştür. Bu süreç gebeliğin olumsuz yönde sonuçlanmasına neden olabilmektedir (54).

Gebelikteki depresyon, doğum eylemine yönelik olumsuz sonuçlarından erken doğum, zor doğum, cerrahi müdahalelerde artış gibi çoğunlukla ikinci ve son trimesterde meydana gelen depresyonlarla ilişkilendirilmektedir. Tedavi edilmeyen depresyon süreci gebede kardiyovasküler problem ve irritabl bağırsak sendromu riskini de artırmaktadır (81, 85).

Antenatal dönemde görülen depresyon, postpartum depresyonun gelişimini etkileyen önemli bir risk faktörüdür (96). Antenatal depresyon, sosyal ve ekonomik etkilere yol açan, anne ve fetüsün iyilik halini olumsuz etkileyen, annenin, bebeğin ve diğer aile bireylerinin ruhsal ve fiziksel sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorundur (97).

Tablo 4.3. Gebelik Depresyonunun Anneye ve Bebeğe Etkileri (62).



4.5.5. Gebelikte Depresyon ve Hemşirenin Rolü

Gebelik sürecinde ve sonrasında gelişen en önemli sağlık sorunlarından biri depresyondur (54). Gebelik depresyonunun belirlenmesinde hemşirelerin önemli rolleri vardır. Tedavi gerektiren gebelik depresyonunda, gebeler daha sık zaman aralıklarıyla takip edilmelidir (98). Yapılan bu sık takiplerle birlikte gebelik sürecinde ve postpartum dönemde relaps önlenmelidir. Bu konuda aile bireyleri bilgilendirilmeli ve desteklerinin de önemli olduğu belirtilmelidir(54). Ayrıca sağlık profesyonelleri, gebelik depresyonunun korunması, önlenmesine yönelik gebenin sosyal destek faktörlerini kuvvetlendirmesi için rehberlik yapmalıdır (62).

4.6. Korku

Korku, kişinin iyilik durumuna zarar verebilecek tehlikeye karşı oluşan kuvvetli bir duygusal tepki olarak ifade edilmektedir (43). Bilinen ve seçilen bir tehdide karşı duyulan bir cevaptır. Evrensel bir duygu durumu olan korku, tüm insanlarda ortak ve doğal bir durumdur. Stres durumunda bireyi alarma geçirip, uygun önlemleri alarak yaşanan durumla baş edebilmeyi sağlar. Korku yaklaşan bir tehlike sebebiyle var olan ve kaçma isteğine neden olan temel bir duygudur (19, 41, 99).

Korkunun öğrenilmesinde temel olan, bir limbik sistem yapısı olan “amigdala”dır. Limbik sistem; amigdala, hipokampus ve septal çekirdekler gibi derin yapıları ifade etmek için kullanılır. Korkunun oluşmasında ikinci sırada gelen beyin bölgesi, “prefrontal korteks”tir. Prefrontal korteks tehlikenin durumunu değerlendirir ve öğrenilmemiş korku davranışları için önemli bir rol oynar. Korku sürecinde rol oynayan diğer yapı ise hipotalamustur. Korku sinyalleri alındığında hipotalamus CRH salgılar. Bu hormon pituiter bezden ACTH salınımı sağlar ve artan ACTH, adrenal korteksi uyararak kortizolün salınmasına neden olur (19).

4.6.1. Korkunun Belirtileri

Korku, birçok yaşamsal ve durumsal olaylardan (sevilen bir kişiyi ya da nesneyi kaybetme kaza, karanlık, ölüm, kaza, savaş, deprem gibi doğal afetler) sonra ortaya çıkan tepkilerden oluşur. Belirtileri;

- Tüylerin diken diken olması,
- Ürperme, taşikardi,
- Gözlerin gereğinden fazla açılması,
- Soğuk soğuk terleme,

- Bulantı,
- Beyin zonklaması,
- Ağız kuruluğu,
- Kasların aşırı derecede gerilmesi,
- Yutkunma güçlüğü gibi tepkilerdir (41).

Bu fiziksel belirtilerin yanında, titreme, yerinde duramama, kıpırdayamama, fenalık hissi, bazen aşırı halsizlik, gergin bir yüz ifadesi ve ses tonu, gülme veya ağlama artışı, çok konuşma, başkalarına bağımlılık, hayal kurmaya yönelme, güven arama, ısrarla başkalarından onay bekleme, öneri isteme gibi davranışsal belirtiler de görülebilir (41).

4.7. Doğum Korkusu

Gebelik biyo psikososyal değişimlerin olduğu ve yaşanan bu değişimlere adaptasyon sağlayarak, kadının doğum eylemine ve anneliğe hazırlandığı bir dönemdir (43). Gebelik, doğum ve doğum sonu süreçler günümüzde daha az komplikasyon görülmesine rağmen, birçok kadın bu süreçlere ilişkin korku yaşamaktadır. Toler edilebilir düzeydeki korkunun kadının doğum sürecine yardımcı olabileceği görülmüştür (22, 100).

Doğum korkusu gebelikten önce gelişir. Gebelikte bu korku çok şiddetli düzeylere yükselirse “tokofobi” olarak adlandırılmaktadır (43). Tokofobi gebeliğe özgü spesifik bir anksiyete çeşidi ve doğum sırasında ölme korkusu olarak da ifade edilir. Tokofobi, günümüzde patolojik doğum korkusu şeklinde adlandırılır (43).

4.7.1. Doğum Korkusunun Nedenleri ve Belirtileri

Korku sırasında artmış sempatik aktiviteye bağlı olarak salınan adrenalın ve kortizol, vücutta bazı fizyolojik değişimlerin görülmesine neden olur. Bu Fizyolojik değişimler;

Tablo 4.4. Doğum Korkusunun Fizyolojik Belirtileri (19).

Doğum Korkusu Belirtileri		
Metabolik hızda artma	• Baş dönmesi	• Sık idrara çıkma
• Solunum sayısında artma	• Titreme	• Konuşma bozuklukları
• Solunum güçlüğü	• Kaslarda gerilme	

<ul style="list-style-type: none"> • Kalp hızında artma • Tansiyon değişiklikleri 	<ul style="list-style-type: none"> • Vazomotor tepkilerin değişmesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Sindirim bozukluklar • Tüylerin diken diken olması
---	--	---

Doğum korkusu, birçok kültürde doğum, kontrol kaybı, ağrı ve ölüm korkusu ile eşleştirilmektedir. Doğum sürecinden beklentiler, geçmiş deneyimler ve sosyal öğrenmeler şekillendiği için, farklı kültürlerde yaşayan kadınlarda doğum korkusu farklı düzeylerde olabilir (43).

Doğum korkusunu biyolojik (doğum ağrısı), psikolojik (kişilik, önceki travmatik olaylar, ebeveyn olma), sosyal (sosyal destek eksikliği, ekonomik nedenler) veya ikincil (önceki doğum deneyimi) faktörler etkilemektedir (43). Ayrıca kadının önceki psikolojik rahatsızlığı veya stres dolu yaşam varlığı da doğum korkusunu için zemin hazırlar. Doğum korkusuna neden olan faktörlerin ortaya çıkarılması kadının doğum korkusunu serbest bırakmasını sağlayabilir (99).

Doğum korkusunun en önemli nedenlerinden biri doğum eyleminde yaşanan ağrıdır. Yapılan çalışmalarda doğum korkusu yüksek olan kadınların daha yoğun ağrısının olduğu veya diğer bir ifadeyle doğum ağrısı yoğun olan kadınlarında daha yüksek seviyede korku yaşandığı ifade edilmektedir (101, 102).

Ağrı eşiği düşük olan ve önceki doğum deneyimlerinde şiddetli düzeyde ağrı deneyimi olan kadınların doğum korkusu daha yüksektir (103, 104). Parite ne olursa olsun, doğum ağrısından korkma genel ağrı korkusuyla örtüşmekte olup, isteğe bağlı sezaryen oranının artışına sebep olabilir (32). Yapılan bir araştırmaya göre gebelerin %50'sinin doğum ağrısını deneyimlemekten korktukları için sezaryeni tercih ettikleri belirlenmiştir (104).

Gebelik sürecinde sosyal desteğin yetersiz olması, yaş, düşük eğitim seviyesi, çalışma durumu, düşük gelir düzeyi gibi durumların da doğum korkusu ile ilişkili faktörler olduğu belirtilmektedir (104). Gebede var olan düşük benlik saygısı, anksiyete düzeyi gibi bazı kişilik özellikleri de yaşadığı doğum korkusu düzeyini etkilemektedir (34, 105).

4.7.2. Doğum Korkusunun Sonuçları

Doğum korkusu gebelik komplikasyonu olarak değerlendirilmekte olup, operatif doğum, travma sonrası stres bozukluğu, sezaryen ile doğum, postnatal depresyon, anne

bebekte bağlanma sorunları, cinsel sağlığa ilişkin sorunlar ve gelecekteki doğumlar için negatif zihin öğrenmeleri gibi konulara neden olabilir (100, 106).

Doğum korkusu gerilim yaratır ve korku bireyde katekolaminlerin salınımına neden olur. Hafif düzeyde katekolamin salınımı yenidoğanda uyanıklık sağlar ve sürfaktan salınımını uyararak neonatal solunum fonksiyonuna yardım eder. Yüksek düzeyde korku ise, uterusun kontraksiyonuna engel olur, katekolaminlerin aşırı salınımı ile uterin distosia gelişme riskini tetikler. Bunun sonucunda da yenidoğana ilişkin komplikasyon gelişebilir. Doğum eyleminde aşırı yoğunlaşan korku, servikal dilatasyonun ikincil olarak durmasına, doğum eyleminin uzamasına yol açarak fetal distrese ve sezeryan doğum endikasyonunun artışına neden olabilmektedir (19).

Gebelik sürecinde yaşanan doğum korkusu, olumsuz doğum sonuçlarını arttırdığı gibi doğum sonu dönemde depresyon, anne bebek uyum sürecine ilişkin sorunlar ve post travmatik stres bozukluğuna da neden olur (40).

4.7.3. Doğum Korkusu ve Hemşirenin Rolü

Doğum korkusunu gebeler sık olarak deneyimlerler ve bu korku gebelik, doğum ve doğum sonrası süreci olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Gebelik sürecinde korku düzeyinin belirlenmesi; doğum korku ile baş etmesine destek olmak bu olumsuz etkileri azaltacaktır. Böylece kadının olumlu bir doğum tecrübesi yaşamasını sağlayacaktır (43).

Kadınların doğuma ilişkin korkularını ve kaygılarının kontrol altına alınabilmesinde hemşirelere büyük roller düşmektedir. Bu süreçte ebe ve hemşireler kadınların doğum eylemine hazırlık ve pozitif yönde doğum deneyimi kazanması için destek olmalıdır (13).

Gebeler, bir önceki doğum deneyimleri ve şimdiki doğumuna ilişkin düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir. Gebenin bu süreçte bilgilendirmesi olumlu duygu hissetmesini sağlar, kendine olan güvenini artırır, doğum sürecini ve sonuçlarını olumlu yönde etkiler (43).

4.8. Doğum Eylemi

Doğum eylemi, doğum ağrılarının başlamasının ardından fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreç olarak adlandırılmaktadır (107). Düzenli gelip giden uterus kasılmalarının devamı ile serviksin incelmeye (efasman) ve genişlemesine (dilatasyon) yol açan bir akışta ilerlemektedir. Serviksin efasman ve dilatasyonu,

fetusun uterustan doğum kanalı yoluyla doğmasına izin verir (51). Normal doğum eyleminin, termde (son menstrüal periodtan 40 hafta sonra), kendiliğinden başlaması, tek ve canlı bir fetüsün varlığı ile, verteks pozisyonunda, baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan, sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenmektedir (51).

Doğum eyleminde görev alan unsurlar şöyle sıralanır; doğum kanalı, fetüs, doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan güçler ve annenin psikososyal durumudur. Bu unsurlarla doğum başlar, aksi bir durum yoksa doğum normal vajinal yoldan gerçekleşir. Eğer gebelik sürecinde yaşanan sorunlar ve doğum kanalının uygun olmaması gibi nedenlerle karşılaşılır ise sezaryen ile doğum sonlanabilir (19).

Normal doğum eylemi dört aşamadan oluşur. Birinci evre (dilatasyon evresi) doğum ağrıları ile başlar, servikal silinme ve dilatasyonun 10 cm olması ile son bulur. Doğumun en uzun aşaması olup latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere üç aşamada gerçekleşir (107). İkinci evre (itilme evresi), servikal dilatasyonun tamamlanmasıyla başlar ve plesantanın ayrılıp atılmasıyla sonlanır. Doğum evresinin son evresi (kanama kontrol dönemi) ise plesantanın ayrılmasıyla başlar ve doğumdan sonraki ilk dört saati kapsar. Bu evreye erken lohusalık devresi de denir (51).

Normal koşullarda fizyolojik olan doğum eylemine, anne ve fetüse ait problemler, erken ve hatalı uygulanan girişimler, sağlık kurumundan ve personelinden uzak olma gibi nedenlerden kaynaklanan zorluklar ve komplikasyonlar doğum eyleminde bazı indüksiyon ve cerrahi girişimleri gerekli kılmaktadır (48). Doğumun doğal seyrine yapılan her türlü müdahale doğumun doğal akışını etkiler. Yapılan müdahaleler, kadının tercihinin, bireysel klinik durumuna ve sağlık personelinin süreç yönetimine göre nonfarmakolojik, farmakolojik, invaziv olmayan veya en az bir invaziv yöntem şeklinde olabilir (108).

Doğum eylemi sırasında yapılan başlıca önemli uygulamalar; amniotomi, fundal bası, indüksiyon, epizyotomi, forseps uygulaması, vakum ekstraksiyonu ve doğumun en büyük müdahalesi sezaryendir.

Amniyotomi; doğum eylemini başlatmak ya da hızlandırmak amacıyla amniyotik membranların suni olarak açılmasıdır (107). Doğumun indüklenmesi için kullanılan bu yöntemde, servikal olgunlaşma iyi ise ve önde gelen kısım rahatça tespit edilebiliyorsa başarı şansı yüksektir. Amniyotomi, doğum eylemini kısaltır ancak intraamniotik

enfeksiyon riski, kord prolapsusu ve fetal kalp ritim bozukluklarına neden olup sezaryene neden olabilir. (109).

Fundal bası; doğumun ikinci evresinin süresini azaltmak için uterusun fundus bölgesine genelde dirsekle bası yaparak uygulanan bir yöntemdir. Yapılan çalışmalar, fundal basının doğumda ikinci evreyi kısaltmasına rağmen anne ve bebek için olumsuz sonuçlara neden olduğunu göstermiştir. Fundal bası uygulaması ile ilgili riskler hakkında sınırlı veriler yer almaktadır. Ancak bu sınırlı sayıdaki veri azlığı uygulamayı risksiz ve uygulanabilir olarak göstermemelidir (110).

Doğum eyleminin indüksiyonu, spontan doğum eylemi başlamadan önce vajinal doğumu gerçekleştirmek için uterus kontraksiyonlarının uyarılmasıdır (107). Son zamanlarda, dünya genelinde doğum indüksiyonu kullanımının arttığı belirlenmiştir. Yararları risklerinden daha ağır bastığından uzmanların yer aldığı obstetri ünitelerinde yapılmalıdır. Gerekliliği anne adayına anlatılıp, onayı alınmalıdır. Süreçte anne aday ve fetus yakın izlemde olmalıdır (107).

Doğum indüksiyonu uygulamaları; farmakolojik yöntemler (prostaglandinler, oksitosin) ve mekanik yöntemler (balon kateterler, eksraamniyotik salin infüzyonu, hiproskopik dilatörler, ozmatik dilatörler) olarak söylenebilir (107).

Epizyotomi; fetus başının süratli ve tehlikesiz doğumunu sağlamak, perinenin tonusunu korumak ve istenmedik yırtıkları önlemek amacıyla, bebek başı doğarken perinede bulbo-kavernos kasına yapılan insizyondur. Uygulamanın temel amacı; travayın ikinci devresini kısaltarak fetal hipoksiyi önlemek, düzensiz yırtıklar yerine düz ve temiz insizyon yaratmak, anal sfinkteri korumak, fetal başı baskıdan kurtarak, kafa içi kanamaları önlemektir. Kısa ve uzun sürede pelvis ve perine sorunlarını önlemektir (107).

Forseps ve vakum müdahalleri; doğumun ikinci aşamasında fetal başın traksiyonunu veya fetal başın rotasyonunu sağlanması amacıyla yapılır. Forseps, fetusun başını kolayca çevreleyen bir alettir ve fetus pelvis çıkımı ya da orta pelvisteyken uygulanır. Vakum ise negatif basıncı ile birlikte fetusun başını çekmek için kullanılır. Genellikle uzamış ikinci evre, şüpheli fetal kalp hızı, prezente olan kısmın rotasyonunun olmaması ve pelvise inmemesi, epidural anesteziden dolayı etkin itmenin olmaması, intrapartum enfeksiyon ve yorgunluk gibi durumlarda doğumu kolaylaştırmak ve hızlandırmak için kullanılır (51).

Sezaryen doğum; maternal ve fetal morbidite ve mortalite risikinde artış olduğu durumlarda fetusun abdomen ve uterus içinden insizyon ile alınmasıdır. Sezaryen doğumlar spinal, epidural veya genel anestezi altında transvers veya vertikal insizyon ile uygulanmaktadır. Sezaryen doğum genel olarak fetal distres, makat prezentasyon ve diğer prezentasyon anomalileri, çoğul gebelikler, fetal makrozomi ve fetal anomaliler gibi fetal endikasyonlarda, geçirilmiş uterus cerrahi, bazı sistemik hastalıklar, vertikal geçişli maternal enfeksiyonlar, maternal endikasyonlar; baş-pelvis uyumsuzluğu, uzamış eylem, kordon sarkması, plesenta previa, abllasyo plasenta gibi travay ya da doğuma ait endikasyonlarla yapılır. Annenin istemi, sezaryen için tek başına yeterli bir neden olmamakla birlikte, kişiye ait aşırı korku, endişe, panik gibi psikolojik durumlar da göz önünde bulundurulur (51).

5. MATERYAL VE METOT

5. 1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Son trimester gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusu düzeylerini belirleyerek, doğum sonuçları üzerine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı araştırma olarak yapılmıştır.

5. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yapılacağı yerin seçiminde İstanbul İlinde alanında yetkin bir dal hastanesi olması, hastanede aktif çalışan bir gebe okulunun olması, başvuran gebe ve doğum sayılarının yüksek olması ve araştırmacının bu hastanede görev yapıyor olması etkili olmuştur. Araştırma tarihleri içerisinde çalışmanın uygulandığı hastanenin yatak sayısı 260 iken poliklinik hizmeti veren doğum acil ve gebe izlem bölümlerine NST çekimi için başvuran gebe sayısının günlük ortalama 80 kişi olduğu belirlenmiştir. Çalışma vakaları hastanenin gebe izlem ve doğum acilinden başvuran gebelerin NST çekimi sırasında seçilmiştir. Vaka seçimi sırasında NST odasının kullanılması son trimester gebelerine ulaşma konusunda etkili olmuştur. Takip edilen vakaların doğum sonrası verileri doğumhane biriminden ulaşılarak çalışma yürütülmüştür. Kurum klinik araştırmalar etik kuruluyla sözlü yazılı görüşmeler yapıp, etik kurul onayı (EK VI) alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Araştırma verileri, 15 Ocak-30 Haziran 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

5. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, çalışmanın yapıldığı tarihler içerisinde, NST Birimine başvuran, doğumunu bu hastanede yapmayı planlayan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma koşullarını sağlayan tüm gebeler oluşturmaktadır. Araştırma yapılmadan önceki üç aylık dönemde ilgili hastanede gerçekleşen doğum sayısı yaklaşık 2000 kişidir. Örneklem hesaplamasında Epi info 7.2 programından yararlanılmıştır. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken Tekgöz ve ark. (2009)'nın çalışmasına göre son trimester gebelerde % 50.5 olan psikiyatrik tanı sıklığı dikkate alınmıştır (18). Buna göre örneklem büyüklüğü % 90 güven aralığında 235 olarak belirlenmiştir.

5.3.1. Örneklem Seçim Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etme,
- Gebeliğin son trimesterinde olmak (28-42 hafta) ve aynı hastanede doğum yapmayı planlıyor olması,
- Spontan gebe kalmış olması,
- Kronik bir hastalığı olmaması,
- Türkçe okuyor ve yazabiliyor olması

5.4. Araştırma Soruları

1. Gebelerin sosyo demografik özellikleri anksiyete, depresyon ve doğum korkusu düzeyleri arasında bir ilişki var mı?
2. Gebelerin obstetrik özellikleri anksiyete, depresyon ve doğum korkusu düzeylerini etkiler mi?
3. Gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusu oranlarının yüksek olması doğum sonuçlarını etkiler mi?
4. Gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusu düzeyleri birbirini etkiler mi?

5.5. Verilerin Toplanması

Araştırma, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gebelik takipleri yapılan, NST birimine gelen ve aynı hastanede doğum yapmayı planlayan gebelerle yapılmıştır. Araştırmaya vakaların seçimi sırasında örnekleme alınma kriterleri gözetilmiş, çalışma hakkında bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır. Araştırmaya katılma konusunda gönüllü olan gebelere veri toplama araçları yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Gönüllülerle yapılan her bir görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Verilerin toplanması sadece araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Verilerin toplanmasına 15 Ocak 2017 tarihinde başlanmış olup örneklem sayısına ulaşıncaya kadar verilerin toplanmasına devam edilmiştir. Araştırmanın veri toplama aşaması 30 Haziran 2017 tarihinde sona ermiştir. Veri toplama aracı olarak Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK I), Travay ve Doğum Takip Formu (EK II) Beck Anksiyete Ölçeği (Ek III), Beck Depresyon Ölçeği (EK IV), Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu (EK V) kullanılmıştır.

5.5.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek geliştirilen bu form gebenin değerlendirilmesi amacıyla doldurulacaktır. Bu form bilgilendirilmiş gönüllü onam formu doldurulduktan sonra NST Biriminde gebeyle ilk temas sırasında doldurulmuştur. Form son trimesterinde olan gebelerin sosyo demografik, tıbbi ve obstetrik öykü ile gebelik sürecine ilişkin özelliklerinin yer aldığı 20 sorudan oluşmaktadır.

5.5.2. Travay Ve Doğum Takip Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek geliştirilen bu form ise travay, doğum bilgileri ve yenidoğanın özelliklerini içeren 20 sorudan oluşmaktadır. Bu forma ait olan tüm veriler gebelerin doğum yapmasının ardından yapılmış olan gebe dosyası ve doğumhane dosyasında yer alan kayıtlarından alınarak dolduruldu.

5.5.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Bu ölçek NST Biriminde gebeyle ilk temas sırasında tanımlayıcı bilgi formunun ardından gebelerin anksiyetesini değerlendirmek amacıyla dolduruldu.

Beck Anksiyete Ölçeği, bireyin yaşadığı anksiyete bulgularının sıklığını ölçmek için kullanılır. 1988 yılında Beck tarafından ölçek geliştirilmiştir. 1998 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Türkiye’de Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, ölçeğin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.93, güvenilirlik katsayısı r:45, r:72 olarak belirtilmiştir. Bu araştırmada ise Beck Anksiyete Ölçeği için cronbach’s alfa katsayısı 0.835 olarak bulunmuştur. 21 maddeden oluşan ve her madde 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddenin toplamında 0-63 puan elde edilir ve toplam skorun artması anksiyete semptomlarının da arttığını gösterir. Beck Anksiyete Ölçeği’ndeki maddelerde anksiyetenin subjektif, somatik ve panikle ilgili belirtileri tarif edilmektedir.

Beck Anksiyete Ölçeği puanlama kriterleri;

0-7 puan: Anksiyete belirtileri yok.

8-15 puan: Hafif düzeyde anksiyete

16-25 puan: Orta düzeyde anksiyete

26-63 puan: Şiddetli düzeyde anksiyete şeklindedir (111, 112, 113).

5.5.4.Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Bu ölçek NST Biriminde gebeyle ilk temas sırasında tanımlayıcı bilgi formunun ardından gebelerin depresyon düzeyini değerlendirmek amacıyla dolduruldu.

1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen, depresif belirtilerin şiddetini ve seviyesini belirlemede kullanılan, 21 soru içeren dörtlü likert tip bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her soru 0-4 puan arasında değişmektedir. Toplam puanı 0-63 arasında değişmektedir. 1988 yılında Hisli tarafından Türkçe' ye uyarlanmıştır. Cronbach's alfa kat sayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise 0.87 olarak belirlenmiştir. Beck Depresyon Ölçeği depresif belirtilere ilişkin 21 madde yer alır. Her maddenin altında 4 kendini değerlendirme cümlesi bulunmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeğinde; başarısızlık duygusu, karamsarlık, doyum almama, suçluluk duyguları, yorgunluk, huzursuzluk, kararsızlık, iştah azalması, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin maddeler yer alır. Belirtilen her bir madde depresyon yoğunluğuna göre sırasıyla 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanan dörtlü likert tip bir ölçüm özelliği taşır. Tüm bu maddelerin toplamından 0-63 puan elde edilir ve toplam skorun artması depresif semptomların da arttığını gösterir.

Puanlama aralığı;

1-10 Puan arası: normal,

11-16 Puan arası: hafif ruhsal sıkıntı,

17-20 Puan arası: Sınırlı klinik depresyon,

21-30 Puan arası: Orta depresyon,

31-40 Puan arası: Ciddi depresyon,

40 Üzeri: Çok ciddi depresyon olarak değerlendirilir.

Türk toplumu için kesme puanı genel olarak 17 olarak kabul edilmektedir. 17 üzerindeki puanların tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (114, 115).

5.5.5. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

Bu ölçek NST Biriminde gebeyle ilk temas sırasında tanımlayıcı bilgi formunun ardından gebelerin doğum korkusu düzeyini belirlemek amacıyla dolduruldu.

1998 yılında Wijma ve arkadaşları tarafından doğum korkusunu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Körükçü ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır ve ölçeğin Cronbach Alfa değeri primipar gebeler için

0,88, multipar gebeler için 0.90 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise Wijma Doğum Beklentisi /Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun cronbach's alfa değeri 0.889 olarak hesaplandı. 33 maddelik olan ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tipte bir ölçektir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0 olup, maksimum puan 165'dir. Puanların yüksek olması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Körükçü ve arkadaşları Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanlarını dört alt grupta toplanmışlardır. Sırasıyla;

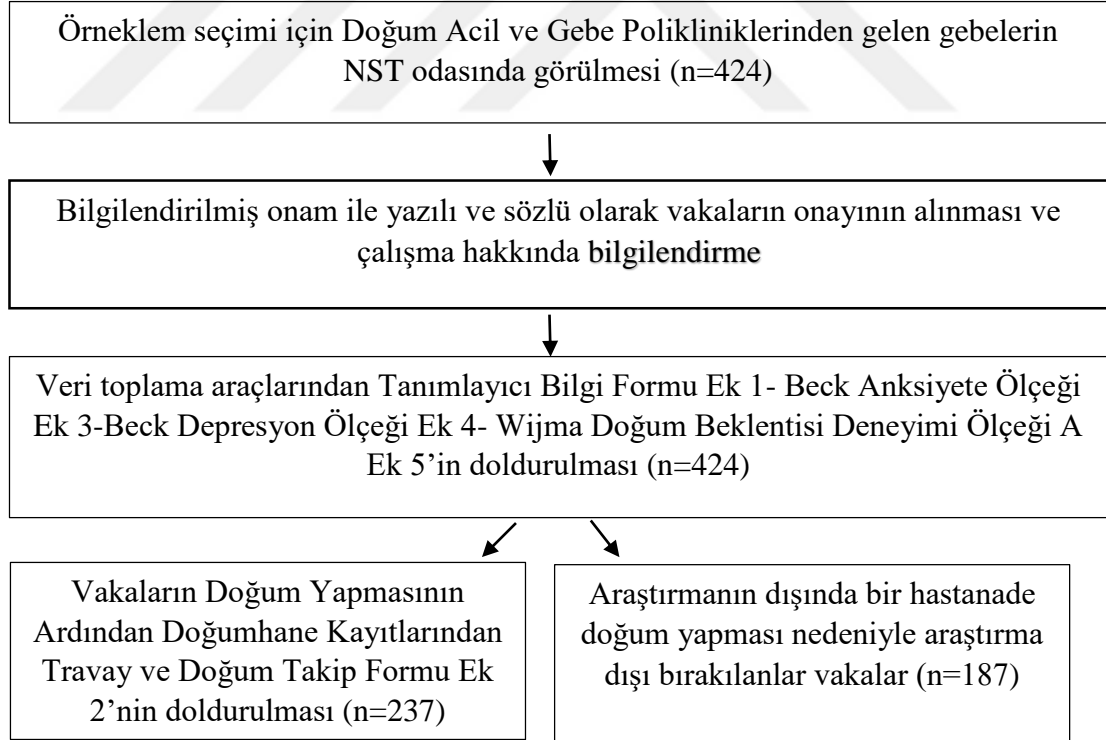
Düşük derecede doğum korkusu: Puan ≤ 37

Orta derecede doğum korkusu: puan 38-65

Ağır derecede doğum korkusu: puan 66-84

Klinik derecede doğum korkusu: (puan ≥ 85) şeklinde gruplandırılmıştır (116, 117)

5.6. Tez Akış Şeması



5.7. Araştırma Aşamaları

Araştırma vakaların seçiminin ardından son trimester gebelerin izlemi ve doğum sonrası veri kayıtlarının alınması olmak üzere iki aşamalı olarak yürütülmüştür.

Birinci aşama; vakaların seçimi ve anketlerin doldurulması uygulamalarını kapsamaktadır. Bu uygulama NSTodasında gebelerle yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Uygulama sırasında toplam 424 gebe ile görüşme yapılmış ve veri toplama araçları kullanılarak uygulamanın ikinci aşamasına geçilmiştir. Bu aşamada klinik düzeyde anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek olan gebeler hekime yönlendirildi.

İkinci aşama; takip edilen vakaların doğum verilerinin işlenmesi uygulamasını kapsamaktadır. Bu uygulama sırasında katılımcıların doğum yapmalarının ardından doğumhane kayıtları ve vaka dosyalarından veriler toplanmıştır. Bu aşamada takip edilen 424 vakanın 187'si uygulamanın yapıldığı hastanede doğum yapmaması nedeniyle doğum sonu verilerinin toplanamaması sonucunda araştırmadan çıkarılmıştır. İkinci aşamanın tamamlanmasıyla 237 vakaya ulaşılması sonucunda araştırmanın veri toplama aşaması tamamlanmıştır.

5. 8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılmıştır.

Verilerin analizi SPSS 22 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Maddeler içi ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (Groeneveld ve Meeden, 1984; Moors, 1986; Hopkins ve Weeks, 1990; De Carlo, 1997). Ölçek puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri -3 ile +3 arasında olduğundan normal dağılıma uygun olduğu belirlenmiştir. Ölçek puanlarının bazı kategorik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu parametrik olan test tekniklerinden Bağımsız gruplar T, ANOVA testleriyle ve bazı kategorik değişkenler arasındaki ilişki ise Ki-kare testi ile incelenmiştir. Ölçek puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Ölçek maddelerinin toplam puanının elde edilip edilemeyeceği Hotelling testi ile incelenmiştir.

Tablo 5.8.1. Gebelerin Beck anksiyete ve depresyon, W-DEQ A puanlarının Hotelling's T testi Sonucu ve Güvenirlilik Katsayıları

Ölçekler	Hotelling's T-Squared	F	df1	df2	Sig	Cronbach's alfa Güvenirlilik
Beck Anksiyete	681.803	31.380	20	220	.000*	0.835
Beck Depresyon	729.970	33.597	20	220	.000*	0.873
W-DEQ A	1267.208	34.464	32	208	.000*	0.889

Hotelling's T testi sonucuna göre Beck Anksiyete, Beck Depresyon ve W-DEQ A ölçekleri anlamlıdır ($p < 0.05$). Beck Anksiyete, Beck Depresyon ve W-DEQ A ölçeklerinin güvenirlilikleri çok yüksektir.

Güvenirlilik Analizi

Cronbach's alfa katsayısının 0-1 arasında değiştiği, değerlendirme kriterlerine göre “0.00 < 0.40 ise ölçek güvenilir değil, 0.40 < 0.60 ise ölçek düşük güvenirlilikte, 0.60 < 0.80 ise ölçek oldukça güvenilir ve 0.80 < 1.00 ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçek” olarak değerlendirildiği ifade edilmektedir (118).

Tablo 5.8.2. Gebelerin Beck anksiyete ve depresyon, W-DEQ A puanlarının ortalama, minimum ve maksimum değerlerinin dağılımı

Ölçekler	n	Minimum	Maximum	Ortalama	SS	Çarpıklık	Basıklık
Beck Anksiyete	237	0	44	11.57	7.61	1.281	2.363
Beck Depresyon	237	0	31	8.05	6.46	1.419	1.980
W-DEQ A	237	4	101	42.54	21.65	0.192	-0.844

Tablo 5.6.2’de son trimester gebelerin Beck anksiyete ve depresyon, W-DEQ A puanlarının ortalama, minimum ve maksimum değerlerinin dağılımı yer almaktadır. Katılımcıların Beck anksiyete ölçeği puanları ortalaması 11.57 ± 7.61 , Beck depresyon ölçeği puanları ortalaması 8.05 ± 6.46 , W-DEQ A puanları ortalaması 42.54 ± 21.65 ’tir.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi NST Birimine başvuran gebeler üzerinde uygulanmıştır. Ayrıca travay, doğum bilgileri ve yenidoğanın özelliklerinin gebe dosyasından ve doğumhane

kayıtlarından alınmış olması ile de çalışma sonuçları sadece çalışmanın yapıldığı grup ile sınırlıdır. Veri toplama araçlarında yer alan sorular cevaplanırken vakalar için uzun olması zaman açısından sınırlayıcı olmuştur.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik kurul onayı; Çalışmaya başlamadan önce, üniversitenin etik kurulundan (Protokol No: 19.10.2016/499) ve Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK VI) (Protokol No:13.01.2017/8) çalışma izni alınmıştır. Gönüllülük esasına dayalı olarak da çalışmaya katılanlardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Veriler gizli tutulmuş, araştırma dışında kullanılmamıştır.



6. BULGULAR

Tezin bu bölümünde araştırmaya katılan son trimester gebelerin tanımlayıcı özellikleri, Beck Anksiyete, Beck Depresyon, W-DEQ A ölçeklerinden aldıkları puanlar, ölçeklerden aldıkları puanların sosyoloji-demografik, obstetrik özellikler, gebelik ve doğum süreci ve yenidoğan özelliklerine göre karşılaştırmasına ilişkin bulgular, aşağıdaki başlıklar halinde sunulmuştur;

6.1. Gebelerin tanımlayıcı özellikleri ve Beck anksiyete, Beck depresyon, W-DEQ A ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular

6.2. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

6.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

6.4. Gebelerin Bu Doğum Özelliklerinin ve Sonuçlarının Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeğine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

6. 1. Gebelerin tanımlayıcı özellikleri ve Beck anksiyete, Beck depresyon, W-DEQ A ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, sağlık güvencesi, aile gelir algısı, akraba evliliği), sağlık durumu özellikleri (sigara kullanma durumu, alerji öyküsü, geçirilmiş ameliyat öyküsü, kan uyuşmazlığı, anemi), obstetrik öykü özellikleri (gebelik sayısı, doğum sayısı, abortus sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı, önceki doğum şekli), bu gebeliklerine ilişkin özellikler (hiperemesis gravidarum öyküsü, ayaktan devamlı ve hastaneye yatma) ile beraber Beck anksiyete, Beck depresyon, W-DEQ A ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 6.1.1. Gebelerin Sosyo Demografik Özellikleri

Sosyo Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	$\bar{X} \pm SD = 28.33 \pm 5.83$ (18-42)	
18 yaş ve altı	5	2.1
19-34 yaş	192	81.0
35 yaş ve üstü	40	16.9
Medeni Durum		
Evli	237	100
Bekar	0	0
Öğrenim Durumu		
İlkokul	62	26.2
Ortaokul	58	24.5
Lise	64	27.0
Üniversite	53	22.4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	50	21.1
Çalışmıyor	187	78.9
Sağlık Güvencesi		
Var	226	95.4
Yok	11	4.6
Akraba evliliği		
Var	42	17.7
Yok	195	82.3
Gelir Algısı		
Düzenli geliri yok	20	8.4
Gelir giderden az	38	16.0
Gelir gidere denk	170	71.7
Gelir giderden fazla	9	3.8
TOPLAM	237	100.0

Tablo 6.1.1’de araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyo demografik özelliklerine göre dağılımlarına yer almaktadır. Çalışma katılan 237 gebenin yaşları 18-42 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 28.33 ± 5.83 ’tür. Gebelerin % 81’i 19-34 yaş (n=192) arasındadır. Gebelerin tamamının medeni durumu evlidir. Gebelerin öğrenim durumu incelendiğinde % 27.0’si (n=64) lise , %26.2’si (n=62) ilkokul, 24.5’i (n=58) ortaokul, % 22.4’ü (n=53) ise üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %78.9’u (187) çalışmadığı, % 4.6’sının (n=11) sağlık güvencesinin olmadığı, %17.7’sinin (n=42) akraba evliliği öyküsü olduğu görülmüştür. Katılımcıların gelir algısı ise, %71.7’si (n=170) gelir ve gider denkliği olduğu, % 8.4’ ünün düzenli bir gelirinin olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 6.1.2. Gebelerin Sağlık Durumu Özellikleri

Sağlık Durumu Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara kullanıma		
<i>İçiyor</i>	25	10.5
<i>Gebeliğinde bırakmış</i>	19	8.0
<i>İçmiyor</i>	193	81.4
Alerji öyküsü		
<i>Var</i>	17	7.2
<i>Yok</i>	220	92.8
Geçirilmiş operasyon öyküsü		
<i>Obstetrik</i>	91	38.4
<i>Diğer</i>	14	5.9
<i>Yok</i>	132	55.7
İlaç kullanımı		
<i>Var</i>	15	5.3
<i>Yok</i>	222	93.7
Kan uyuşmazlığı		
<i>Var</i>	39	16.5
<i>Yok</i>	198	83.5
Anemi		
<i>Var</i>	79	33.3
<i>Yok</i>	158	66.7
TOPLAM	237	100.0

Tablo 6.1.2’de araştırma kapsamındaki gebelerin genel sağlık durumu ve alışkanlıklarına ait bulgular yer almaktadır. Katılımcıların % 81.4’ü (n=193) sigara kullanmadığını, % 8.0’i ise gebeliği sürecinde bıraktığını belirtmiştir. Gebelerin % 7.2’sinin alerji öyküsü olduğu ve % 15’inin ise ilaç kullandığı, % 16.5’i (n=39) kan uyuşmazlığının olduğu, % 33.3’ünün (n=79) anemi tanısı aldığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların % 34.1'inin (n=81) gebelik öncesi bir obstetrik operasyon öyküsü olduğu görülmüştür.

Tablo 6.1.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Obstetrik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gravida	Ortalama (2.54) Ortanca (2.00)	
	1 kez	28.3
	2 kez	32.1
	3 kez	18.6
	4 kez ve üzeri	21.0
Parite	Ortalama (1.06) Ortanca (1.00)	
	0 kez	38.0
	1 kez	34.2
	2 kez	17.3
	3 kez ve üzeri	10.4
Abortus öyküsü		
	0 kez	70.5
	1 kez	20.7
	2 kez ve üzeri	8.8
Yaşayan çocuk sayısı	Ortalama (0.95) Ortanca (1.00)	
	0 kez	39.7
	1 kez	35.4
	2 kez ve üzeri	24.9
Ölü doğum öyküsü		
	0 kez	94.1
	1 kez	4.2
	2 kez	1.7
Önceki doğum şekli		
	Vajinal spontan doğum	12.2
	Müdahaleli vajinal doğum	11.4
	Acil sezaryen	32.5
	İsteğe bağlı sezaryen	4.2
	Hiç doğum yapmamış	39.7
TOPLAM	237	100.0

Tablo 6.1.3'de araştırma grubunu oluşturan gebelerin obstetrik özelliklere göre dağılımları görülmektedir. Katılımcıların gebelik sayıları ve doğum sayıları bulgularına göre, gravida 1 olanlar % 28.3 (n=67), gravida 2 olanlar % 32.1 (n= 76), parite 0 olanlar % 38.0 (n=90), parite 1 olanlar % 34.2 (n=81) dir. Çalışmaya katılan gebelerin % 29.5'inin (n=70) abortus öyküsü ve % 5.9'unun (n=14) ölü doğum öyküsü mevcuttur. Katılımcıların % 60.1'nin (n=143) 1 ve üzeri çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Gebelerin önceki doğum deneyimleri ise; % 12.2' si (n=29) vajinal

spontan doğum, % 11.4'i (n=27) müdahaleli vajinal doğum, % 32.5'i (n=77) sezaryen ile doğum, %4.2'si (n=4) ise isteğe bağlı sezaryen ile doğum yapmıştır.

Tablo 6.1.4. Gebelerin Bu Gebeliklerine İlişkin Özellikleri

Bu Gebeliklerine İlişkin Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiperemesis gravidarum		
<i>Evet</i>	22	9.3
<i>Hayır</i>	215	90.7
Planlı gebelik		
<i>Evet</i>	140	59.1
<i>Hayır</i>	97	40.9
Gebelikte ayaktan geçirilmiş sağlık sorunu varlığı		
<i>Evet</i>	42	17.7
<i>Hayır</i>	195	82.3
Gebelikte hastaneye yatış öyküsü		
<i>Evet</i>	24	10.1
<i>Hayır</i>	213	89.9
Doğumun gerçekleştiği gebelik haftası		
<i>33-37. gebelik hafta</i>	18	7.6
<i>38-39. gebelik hafta</i>	92	38.8
<i>40-42. gebelik hafta</i>	127	53.6
Doğum Şekli		
<i>Vajinal Doğum</i>	129	54.4
<i>Sezaryen</i>	108	45.6
TOPLAM	237	100.0
Sezaryen Şekli*		
<i>Acil</i>	27	25.0
<i>Elektif</i>	68	63.0
<i>İsteğe bağlı</i>	13	12.0

*Sadece sezaryen olanlar alınmıştır

Tablo 6.1.4'de gebelerin bu gebeliklerine ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Gebelerin % 9.3' ünün (n=22) gebelik sürecinde yoğun kusma ve bulantısının olduğu, % 59.1'inin gebeliğinin planlı olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların % 17.7'si (n=42) gebelik sürecinde ayaktan tedavi gerektiren bir sağlık sorunu geçirdiği ve % 10.1'nin (n=24) ise gebelik sürecinde hastaneye yatış öyküsü olduğu, gebelerin % 53.6'sının 40 ve üstü gebelik haftasında doğum yaptığı belirlenmiştir. Katılımcıların %54.4'ü (n=129) vaginal doğum yapmış, %45.6'sı (n=108) sezaryen olmuştur.

Tablo 6.1.5. Gebelerin Bu Doğum Sürecine İlişkin Özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum 1.evresinin süresi*		
1 saatten az	1	0.8
1-3 saat	42	33.9
3-10 saat	73	58.9
10 saat ve üzeri	8	6.5
Doğumun 2.evresinin süresi*		
5-15 dk	52	40.3
16-29 dk	43	33.3
30-75 dk	34	26.4
TOPLAM	129*	100

*Sadece normal doğum yapanlar alınmıştır

Tablo 6.1.5’de vaginal doğum sürecinde takip edilen gebelerin ilk muayene bulgularının dağılımı yer almaktadır. Gebelerin % 58.9’u (n=73) 1. evre süresi 3-10 saat arasındaydı. % 40.3’ünün (n=52) 2. evre süresi 5-15 dk arasında olduğu belirlendi.

Tablo 6.1.6. Vaginal Doğumda Yapılan Müdahalelerin Uygulanma Özellikleri

Doğumda Yapılan Müdahaleler*	Sayı (n)	Yüzde (%)
Üriner kateter	47	36.4
Sürekli fetal monitorizasyon	111	86.9
Analjezi uygulama	65	50.4
İndüksiyon	85	65.9
Epizyotomi	85	65.9
Oral alım kısıtlaması	11	8.5
Hareket kısıtlaması	8	6.2
Enstrümental doğum (Vakum/Forseps)	8	6.2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 6.1.6’da vaginal doğum yapan (n=129) kadınların doğumda yapılan müdahalelerin uygulama özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Vaginal doğum yapan kadınların % 36.4’üne (n=47) üriner kateter uygulaması, %86.9’una (n=111) sürekli fetal monitorizasyon uygulaması, %50.4’üne (n=65) analjezi uygulaması, % 65.9’una (n=85) indüksiyon uygulaması, % 65.9’una (n=85) epizyotomi uygulaması, % 8.5’ine

(n=11) oral alım kısıtlaması, % 6.2'sine (n=8) hareket kısıtlaması, % 6.2'sine (n=8) vakum/forseps uygulaması yapılmıştır.

Tablo 6.1.7. Gebelerin Yenidoğanlarının Özellikleri

Gebelerin Yenidoğanlarının Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
1.dk Apgar skoru	$\bar{X}\pm SD=7.7\pm 0.75$ (min:4-max:9)	
4-6 puan	15	6.3
7 puan	49	20.7
8 puan	159	67.1
9 puan	14	5.9
5.dk Apgar skoru	$\bar{X}\pm SD=8.83\pm 0.65$ (min:5-max:10)	
5-8 puan	47	19.8
9 puan	170	71.7
10 puan	20	8.5
Doğum haftası		
Preterm	18	7.6
Term	219	92.4
Yenidoğanın ağırlığı	$\bar{X}\pm SD=3282.71\pm 474.73$ (min:1630-max:4600)	
1630-2500 g	13	5.6
2501-3000 g	52	21.9
3001-3500 g	97	40.9
3501-4600 g	75	31.6
TOPLAM	237	100

Tablo 6.1.7'de gebelerin yenidoğanlarının özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Yenidoğanların 1. dakika Apgar skoru %67.1'nin (n=159) 8 puan, 2. Dakika Apgar skoru % 71.7'sinin (n=170) 9 puandır. % 92.4'ü (n=219) termdir. %40.9'u (n=97) 3001-3500 gr arasında doğum ağırlığındadır.

Tablo 6.1.8. Gebelerin Beck Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Anksiyete Dereceleri

Anksiyete belirtileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Anksiyete belirtileri yok (0-7 puan)	79	33.3
Hafif düzeyde anksiyete (8-15 puan)	108	45.6
Orta düzeyde anksiyete (16-25 puan)	37	15.6
Şiddetli düzeyde anksiyete (26-63 puan)	13	5.5

Tablo 6.1.8’de son trimester gebelerin anksiyete belirtilerinin derecesine göre dağılımları yer almaktadır. Son trimester gebelerin % 33.3’ünde (n=79) anksiyete bulgusu yoktur. % 45.6’sı (n=108) hafif düzeyde anksiyete bulgusuna sahiptir. Katılımcıların %15.6’sında (n=37) orta düzeyde anksiyete ve % 5.5’ inde (n=13) şiddetli düzeyde anksiyete belirlenmiştir. Gebelerin BAÖ toplam puan ortalaması 11.54 ± 7.61 ’dir. Ölçekten alınan minimum puan 0, maximum puan 44 olarak belirlenmiştir.

Tablo 6.1.9. Gebelerin Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Depresyon Dereceleri

Depresyon belirtileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Depresif belirti yok (0-9 puan)	159	67.1
Hafif düzeyde depresif belirtiler (10-16 puan)	54	22.8
Orta düzeyde depresif belirtiler (17-29 puan)	22	9.3
Şiddetli düzeyde depresif belirtiler (30-63 puan)	2	0.8

Tablo 6.1.9’da son trimesterde olan gebelerin depresyon belirtilerinin dağılımı yer almaktadır. Gebelerin, % 67.1’inde depresyon belirtisi belirlenmemiştir. % 22.8’i hafif, % 9.3’ü orta ve %0.8’i ise şiddetli düzeyde depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Gebelerin BDÖ toplam puan ortalaması 8.05 ± 6.46 ’dır. Ölçekten alınan minimum puan 0, maximum puan 31 olarak belirlenmiştir.

Tablo 6.1.10. Gebelerin W-DEQ A Versiyonu Puanlarına Göre Doğum Korkusu Dereceleri

W-DEQ A puanları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düşük derecede doğum korkusu (puan ≤ 37)	104	43.9
Orta derecede doğum korkusu (38-65 puan)	90	38.0
Ağır derecede doğum korkusu (66-84 puan)	38	16.0
Klinik derecesinde korku (puan ≥ 85 puan)	5	2.1

Tablo 6.1.10’da son trimester gebelerin W-DEQ A ölçeğine göre doğum korkusu düzeylerinin dağılımı yer almaktadır. Gebelerin % 43.9’u (n=104) düşük düzeyde doğum korkusuna, % 38.0’i (n=90) orta düzeyde doğum korkusuna, %16.0’ı (n=38) ağır düzeyde doğum korkusuna ve %2.1’i (n=5) ise şiddetli düzeyde doğum korkusuna sahip olduğu belirlenmiştir. Gebelerin W-DEQ A ölçek puan ortalaması 42±21.65’dir. Ölçekten alınan minimum puan 4, maximum puan 101 olarak belirlenmiştir.

Tablo 6.1.11. Gebelerin Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının İlişkisi

		Beck anksiyete ölçeği	Beck depresyon ölçeği	W-DEQ A ölçeği
Beck anksiyete ölçeği	r	1	.595**	.405**
	p		.000	.000
Beck depresyon ölçeği	r		1	.550**
	p			.000
W-DEQ A ölçeği	r			1
	p			

* $p < 0.05$ Pearson Korelasyon Testi

Tablo 6.1.11’de gebelerin Beck anksiyete ve depresyon, W-DEQ A ölçeği arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan pearson korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Beck anksiyete ölçeği puan ortalamaları ile depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki ($r=.595$), Beck anksiyete ile W-DEQ A ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönlü anlamlı orta düzey bir ilişki ($r=.405$) bulunmaktadır. Beck depresyon ölçeği puan ortalamaları ile W-DEQ A ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı orta düzey bir ilişki ($r=.550$) bulunmaktadır.

6.2. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Bulguların bu bölümünde gebelerin Beck anksiyete, Beck depresyon ve W-DEQ A Versiyonu ölçeklerinden aldıkları puanların gebelerin sosyo-demografik özelliklerine (yaş, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, sağlık güvencesi, aile gelir algısı) göre karşılaştırılmasına ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 6.2.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A Ölçeği puan ortalamalarına göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n) Yüzde (%)	Beck Anksiyete Ölçeği		Beck Depresyon Ölçeği		W-DEQ A	
		Ort $\bar{X}\pm SD$	Test p değeri	Ort $\bar{X}\pm SD$	Test p değeri	Ort $\bar{X}\pm SD$	Test p değeri
Yaş							
18 yaş ve altı	5 (2.1)	13.40±6.11	0.853	11.60±6.69	0.448	62.00±19.52	0.093
19-34 yaş	192 (81.0)	11.50±7.71		7.92±6.36		42.63±21.67	
35 yaş ve üzeri	40 (16.9)	11.70±7.39		8.23±6.96		39.68±20.99	
Öğrenim Durumu							
İlkokul	62 (26.2)	13.15±8.15	0.133	8.48±7.01	0.582	43.02±20.45	0.585
Ortaokul	58 (24.5)	11.84±7.21		8.45±6.74		44.34±22.62	
Lise	64 (27.0)	11.22±7.91		8.16±5.48		39.41±20.72	
Üniversite	53 (22.4)	9.85±6.77		6.98±6.63		43.79±23.19	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	50 (21.1)	11.407.94	0.860	8.94±7.40	0.274	43.56±24.62	0.735
Çalışmıyor	187 (78.9)	11.617.54		7.81±6.18		42.27±20.85	
Gelir Algısı							
Düzenli geliri yok	20 (8.4)	14.45±7.64	0.011*	10.85±6.75	0.001*	61.40±15.21	0.000*
Gelir giderden az	38 (16.0)	14.16±9.06		10.95±7.18		49.63±17.44	
Gelir gidere denk	170 (71.7)	10.85±7.15		7.06±5.96		38.73±22.03	
Gelir giderden fazla	9 (3.8)	7.89±5.46		8.22±7.36		42.67±13.27	
Sağlık Güvencesi							
Var	226 (95.4)	11.57±7.70	0.991	8.10±6.55	0.615	42.24±21.91	0.333
Yok	11 (4.6)	11.55±5.50		7.09±4.34		48.73±14.75	
Akraba Evliliği							
Var	42 (17.7)	12.50±9.92	0.383	8.12±6.88	0.940	47.30±20.83	0.110
Yok	195 (82.3)	11.37±7.45		8.04±7.30		41.50±22.24	

* $p < 0.05$ t testi, Anova

Tablo 6.2.1’de gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımı yer almaktadır. Çalışmamızda yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi ve akraba evliliği olma durumu ile Beck anksiyete, Beck depresyon ölçeği ve W-DEQ A ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Gebelerin ailenin gelir algısı düzeyine göre farklı gruplar arasında Beck anksiyete, Beck depresyon ölçeği ve W-DEQ A ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır ($p<0.05$). Düzenli geliri olmayan Beck anksiyete, Beck depresyon ölçeği ve W-DEQ A ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.2.2. Gebelerin Sağlık Durumu Özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre Dağılımı

Sağlık Durumu Özellikleri	Sayı (n) Yüzde (%)	Beck Anksiyete Ölçeği		Beck Depresyon Ölçeği		W-DEQ A	
		Ort $\bar{X}\pm SD$	Test p değeri	Ort $\bar{X}\pm SD$	Test p değeri	Ort $\bar{X}\pm SD$	Test p değeri
Sigara kullanımı							
İçiyor	25 (10.5)	13.36±6.02	0.432	8.96±6.75	0.663	44.48±25.14	0.887
Gebeliğinde bırakmış	19 (8.0)	10.74±4.78		8.68±6.52		41.68±18.25	
İçmiyor	193 (81.4)	11.42±8.00		7.87±6.44		42.37±21.57	
Geçirilmiş Operasyon Öyküsü							
Obstetrik operasyon öyküsü var	81 (34.2)	11.05±8.87	0.053	7.07±6.01	0.177	38.82±21.07	0.159
Diğer Operasyon öyküsü var	24 (10.1)	15.13±8.82		9.54±7,48		43.75±23.82	
Operasyon Öyküsü yok	132 (55.7)	11.10±6.27		8.25±6.27		44.73±21.45	

* $p<0.05$ Anova

Tablo 6.2.2. gebelerin sağlık durumu özelliklerinin Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımı yer almaktadır. Gebelerin sigara kullanımı ve geçirilmiş operasyon özelliklerine göre

farklı gruplar arasında Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve W-DEQ A ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

6.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A Ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Bulguların bu bölümünde gebelerin Beck anksiyete, Beck depresyon ve W-DEQ A Versiyonu ölçeklerinden aldıkları puanların gebelerin obstetrik özelliklerine (gebelik ve doğum sayısı, çocuk sayısı, abortus ve ölü doğum öyküsü) göre karşılaştırılmasına ait bulgular yer almaktadır.



Tablo 6.3.1. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımı

Obstetrik Özellikleri	Sayı (n) Yüzde (%)	Beck Anksiyete Ölçeği		Beck Depresyon Ölçeği		W-DEQ A	
		Ort $\bar{X}\pm SD$	Test p değeri	Ort $\bar{X}\pm SD$	Test p değeri	Ort $\bar{X}\pm SD$	Test p değeri
Gebelik Sayısı							
Primigravida	67(28.3)	12.35±8.26	0.317	9.43±7.96	0.074	48.34±23.90	0.016*
Multigravida	170(71.7)	11.25±7.33		7.50±5.69		40.25±20.21	
Doğum Sayısı							
Primipar	90(38.0)	12.58±7.94	0.107	9.27±7.55	0.033*	46.87±23.23	0.019*
Multipar	147(62.0)	10.94±7.35		7.29±5.58		39.88±20.23	
Abortus Öyküsü							
Var	70(29.5)	13.38±8.10	0.016*	8.13±6.61	0.907	40.44±21.22	0.303
Yok	167(70.5)	10.74±7.28		8.02±6.46		43.68±21.79	
Ölü Doğum Öyküsü							
Var	14(5.9)	9.78±6.20	0.367	9.00±7.24	0.572	40.00±23.12	0.652
Yok	223(94.1)	11.68±7.69		7.99±6.42		42.70±21.60	
Gebeliğin Planlı Olma Durumu							
Var	140(59.1)	11.01±7.48	0.172	7.36±6.87	0.047*	42.05±21.47	0.676
Yok	97(40.9)	12.38±8.53		9.05±7.64		43.25±23.14	
Gebeliğinde Hastaneye Yatış Öyküsü							
Var	24(10.1)	15.88±6.20	0.003*	7.67±5.26	0.759	45.26±20.94	0.063
Yok	213(89.9)	11.68±7.69		8.09±6.59		42.70±21.75	

* $p < 0.05$ t testi

Tablo 6.3.1. gebelerin obstetrik özelliklerinin Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımları yer almaktadır. Primigravida olanların W-DEQ-A ölçeği puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p < 0.05$), Beck anksiyete ve depresyon ölçek puan ortalamaları açısından ise anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$). Primipar olanların Beck depresyon ölçeği

ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamasının anlamlı derece yüksek olduğu ($p < 0.05$), Beck anksiyete ölçeği açısından ise anlamlı bir farklılık olmadığı görölmüştür ($p > 0.05$).

Gebelerin abortus öyküsü varlığına göre farklı gruplar arasında Beck anksiyete ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Abortus öyküsü olan gebelerin Beck anksiyete puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir. Beck depresyon ölçeği ve W-DEQ A ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Gebeliklerin planlı olma durumuna göre farklı gruplar arasında Beck depresyon ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Gebeliği planlı olmayanların Beck depresyon ölçeği puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksektir. Gebeliklerin planlı olma durumuna göre Beck anksiyete ölçeği ve W-DEQ A ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Gebelik sürecinde hastane yatış öyküsü olma durumuna göre farklı olan gruplar arasında Beck anksiyete ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Gebelik sürecinde hastaneye yatış öyküsü olanların Beck anksiyete ölçeği ortalaması daha yüksektir. Gebelik sürecinde hastaneye yatış öyküsü olma durumuna göre Beck anksiyete ölçeği ve W-DEQ A ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

6.4. Gebelerin Doğum Sonuçlarının Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeğine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Bulguların bu bölümünde gebelerin Beck anksiyete, Beck depresyon ve W-DEQ A Versiyonu ölçeklerine göre gebelerin doğum şekli, yenidoğan özellikleri, doğumun süresi (birinci ve ikinci evre), doğumda uygulanan müdahalelerin özelliklerine göre karşılaştırılmasına ait tablolar yer almaktadır.

Tablo 6.4.1. Doğum sonuçlarının gebelerin anksiyete, depresyon ve doğum korkusu varlığına göre dağılımı

	Beck Anksiyete Ölçeği			Beck Depresyon Ölçeği			W-DEQ A Ölçeği		
	Anksiyete yok	Anksiyete var	Test p değeri	Depresyon yok	Depresyon var	Test p değeri	Doğum Korkusu Düşük Olan Gebeler	Doğum Korkusu Yüksek Olan Gebeler	Test p değeri
	n %	n %		n %	n %		n %	n %	
Doğum Şekli									
Normal Doğum	33 (41.8)	96 (60.8)	.006*	84 (52.8)	45 (57.7)	.480	103 (53.1)	26 (60.5)	.478
Sezaryen Doğum	46 (58.2)	62 (39.2)		75 (47.2)	33 (42.3)		91 (46.9)	17 (39.5)	
Apgar Skoru 1 dk									
4-7 puan	18 (22.8)	46 (29.3)	.364	45 (28.5)	19 (24.4)	.607	53 (27.3)	11 (26.2)	1.000
8-9 puan	61 (77.2)	111 (70.7)		113 (71.5)	59 (75.6)		141 (72.7)	31 (73.8)	
Apgar Skoru 5 dk									
5-8 puan	14 (17.7)	33 (21.0)	.670	34 (21.5)	13 (16.7)	.481	38 (19.6)	9 (21.4)	.954
9-10 puan	65 (82.3)	124 (79.0)		124 (78.5)	65 (83.3)		156 (80.4)	33 (78.6)	
Yenidoğanın Doğum Haftası									
37. haftadan önce	2 (2.5)	6 (3.8)	.466	3 (1.9)	5 (6.4)	.080	7 (3.6)	1 (2.3)	.557
37. haftadan sonra	77 (97.5)	152 (96.2)		156 (98.1)	73 (93.6)		187 (96.4)	42 (97.7)	
Yenidoğanın Doğum Ağırlığı									
2500 gr ve altı	4 (5.1)	8 (5.1)	.629	6 (3.8)	6 (7.7)	.166	9 (4.7)	3 (7.0)	.378
2501 gr ve üzeri	75 (94.9)	149 (94.9)		152 (96.2)	72 (92.3)		184 (95.3)	40 (93.0)	

* $p < 0.05$ Ki kare

Tablo 6.4.1’de gebelerin doğum sonuçlarının (doğum şekli ve yenidoğan özellikleri) anksiyete, depresyon ve doğum korkusu varlığına göre dağılımlarına ilişkin bulguları yer almaktadır. Doğum şekli ile anksiyete varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.05$). Anksiyetesi olan kadınların % 60.8’i sezaryen, %39.2’si normal doğum yapmıştır. Anksiyetesi yüksek olan kadınlar daha çok sezaryen olmuştur. Yenidoğanların özellikleriyle (yenidoğanın Apgar skoru, doğum haftası ve

doğum kilosu) gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusu var olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 6.4.2. Doğum evresi sürelerinin gebelerin anksiyete, depresyon ve doğum korkusu varlığına göre dağılımı

Doğum Evreleri Süreleri	Beck Anksiyete Ölçeği			Beck Depresyon Ölçeği			W-DEQ A Ölçeği		
	Anksiyete yok	Anksiyete var	Test p değeri	Depresyon yok	Depresyon var	Test p değeri	Doğum Korkusu Düşük Olan Gebeler	Doğum Korkusu Yüksek Olan Gebeler	Test p değeri
	n %	n %		n %	n %		n %	n %	
Doğumun 1. Evre süresi									
3 saatten az	11 (35.5)	32 (34.4)	.699	26 (31.3)	17 (41.5)	.474	38 (38.8)	5 (19.2)	.176
3-10 saat	19 (61.3)	54 (58.1)		52 (62.7)	21 (51.2)		54 (55.1)	19 (73.1)	
10 saat ve üzeri	1 (3.2)	7 (7.5)		5 (6.0)	3 (7.3)		6 (6.1)	2 (7.7)	
Doğumun 2. Evre süresi									
5-15 dakika	15 (45.5)	36 (37.9)	.362	32 (38.1)	19 (43.2)	.848	43 (42.2)	8 (30.8)	.097
16-29 dakika	8 (24.2)	36 (37.9)		30 (35.7)	14 (31.8)		37 (36.3)	7 (26.9)	
30-75 dakika	10 (30.3)	23 (24.2)		22 (26.2)	11 (25.0)		22 (21.6)	11 (42.3)	

* $p<0.05$ Ki kare (*Sadece normal doğum yapanlar alınmıştır)

Tablo 6.4.2’de normal doğum yapan gebelerin doğumun 1. ve 2. evre sürelerinin gebelerin anksiyete, depresyon ve doğum korkusu varlığına göre dağılımı yer almaktadır. Doğumun 1. ve 2. evre süreleriyle gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusu var olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.4.3. Gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusunun doğumda yapılan müdahalelere etkisinin dağılımı

*Doğumda Yapılan Müdahaleler	Beck Anksiyete Ölçeği			Beck Depresyon Ölçeği			W-DEQ A Ölçeği		
	Anksiyete yok	Anksiyete var	Test p değeri	Depresyon yok	Depresyon var	Test p değeri	Doğum Korkusu Düşük Olan Gebeler	Doğum Korkusu Yüksek Olan Gebeler	Test p değeri
	n %	n %		n %	n %		n %	n %	
İndüksiyon									
Var	21(63.6)	64(66.7)	.917	60(71.4)	25(55.6)	.106	67(65.0)	18(69.2)	.865
Yok	12(36.4)	32(33.3)		24(28.6)	20(44.4)		36(35.0)	8 (30.8)	
Epizyotomi									
Var	21(63.6)	64(66.7)	.917	54(64.3)	31(68.9)	.373	64(62.1)	21(80.8)	.119
Yok	12(36.4)	32(33.3)		30(35.7)	14(31.1)		39(37.9)	5 (19.2)	
Entrümental Doğum(Vakum/Forseps)									
Var	0 (0.0)	8(7.3)	.119	7 (7.1)	1 (2.2)	.228	4 (3.9)	4 (11.5)	.145
Yok	33(100.0)	88(92.7)		77(92.9)	44(97.8)		98(96.1)	22(88.5)	
Sürekli Fetal Monitorizasyon									
Var	28 (84.8)	83(86.5)	.510	75(89.3)	36(80.0)	.236	88(85.4)	23(88.5)	.487
Yok	5 (15.2)	13(13.5)		9 (10.7)	9 (20.0)		15(14.6)	3 (11.5)	

* $p < 0.05$ Ki kare (*Sadece normal doğum yapanlar alınmıştır)

Tablo 6.4.3’de gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusunun doğumda yapılan müdahalelere etkisinin dağılımı yer almaktadır. Doğumda yapılan müdahalelerle gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusu var olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

7. TARTIŞMA

Tezin bu bölümünde araştırmadan elde edilen veriler aşağıdaki başlıklar halinde tartışılmıştır;

7.1. Gebelerin tanımlayıcı özellikleri ve Beck anksiyete, Beck depresyon, W-DEQ A ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin bulguların tartışılması

7.2. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

7.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

7.4. Gebelerin Bu Doğum Özelliklerinin ve Sonuçlarının Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeğine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

7.1. Gebelerin tanımlayıcı özellikleri ve Beck anksiyete, Beck depresyon, W-DEQ A ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin bulguların tartışılması

Araştırmaya katılan son trimester gebelerin sosyo demografik özellikleri incelendiğinde; **gebelerin yaşlarının** dağılımı 18-42 yaş arasında değişmekte, yaş ortalaması ise $28,33 \pm 5.83$ 'tür. Gebelerin çoğunluğu 19-34 yaş (% 81.0) arasındadır (**Tablo 6.1.1**).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre, yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda yer almaktadır. Önceki çalışmalarda en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 20-24 yaş grubunda yer alırken, ilk kez 2008 TNSA verilerinde en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda yer almaktadır. Sonuç olarak, Türkiye'de yaşa özel doğurganlık örüntüsünün değiştiğini ve doğumların ileri yaşlara ertelendiği görülmektedir (119).

Dağlar ve Nur (2014) gebelerin yaş ortalaması 27.4 olarak bulmuştur (9). Daştan ve ark. (2015) yapmış olduğu bir çalışmada da gebelerin yaş ortalaması ise 25.9'dur (74). Başka bir çalışmada ise gebelerin yaşları 18 ile 41 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması 26 olarak belirtilmiştir (120). Anne olma yaşının genç yetişkinlik dönemine geldiği çalışmamıza benzer şekildedir.

Gebelerin **öğrenim durumu** incelendiğinde % 27.0'si lise, %26.2'si ilkokul, 24.5'i ortaokul, % 22.4'ü ise üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (**Tablo 6.1.1**). Gebelerin çoğunluğunun lise mezunu olduğu görülmektedir. TNSA 2013 verilerine göre Türkiye'de kentlerde yaşayan kadınların yüzde 35'i en az lise mezunudur (119). Dündar ve ark. (2019) yapmış olduğu bir çalışmada gebelerin % 20.7'si lise, %18.7'si ise üniversite mezunudur (78). ESKİCİ ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada gebelerin % 28.8'i lise mezunu, % 9.6'sı üniversite mezunudur (76). Çalışmamız ve diğer çalışmalarda gebelerin eğitim düzeyleri arasında farklı dağılımlar olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin **çalışma durumu** değerlendirildiğinde; %21.1'u çalıştıklarını belirtmiştir (**Tablo 6.1.1**) Elkin' in (2015) yapmış olduğu bir çalışmada gebelerin %20.1'inin çalıştığı belirlenmiştir (121). Çalışmamızda verilerin diğer araştırmalarla benzerlik gösterdiği görülmüştür. TNSA 2013 verilerine göre ise, 25-29 yaş grubundaki kadınların %31.5'i çalışmaktadır (119). Bu oranlar arasındaki

farkın gebelerin gebelikleri ya da doğum öncesi izinleri nedeniyle olacağı düşünülmektedir. Gebe kadınların iş yaşamına katılım oranları düşük olduğu söylenebilir.

Gebelerin % 95.4'ünün **sağlık güvencesinin** olduğu görülmüştür (**Tablo 6.1.1**) TNSA 2013 verilerine göre ise, 25-29 yaş grubundaki kadınların %10.3'nün sağlık güvencesi yoktur (119). Şahin ve ark. (2010) yapmış olduğu çalışmaya göre gebelerin % 95.3'nün sağlık güvencesi vardır (7). Yücel ve ark. (2013) yapmış olduğu bir çalışmada gebelerin % 94.6'sının sağlık güvencesinin olduğu görülmüştür (122). Araştırma sonuçlarımız benzer araştırmalarla paralellik göstermektedir. Gebelerin sağlık güvencesinin yüksek oranda olması, gebelik takibi ve gebelik döneminin yönetimi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Gebelerin **gelir algısı** değerlendirildiğinde ise, %71.7'si gelir ve gider denkliği olduğu, % 8.4' ünün düzenli bir gelirinin olmadığı belirlenmiştir (**Tablo 6.1.1**). Gebelerin gelir durumunun sorgulandığı benzer araştırmalarda; Üst ve ark. (2013) % 60, Özşahin ve ark. (2018) %66.5, Elkin ve ark. (2015) %78.4 olarak gelir gider denkleğinin olduğunu belirlemişlerdir (3, 6, 121). Gebelerin gelir düzeyinin belirtilen diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir.

Gebelerin **sağlık durumlarına ilişkin özelliklerine** bakıldığında % 80.4'ünün sigara kullanmadığı, % 8'inin ise gebeliğinde kullanmayı bıraktığı belirlenmiştir (**Tablo 6.1.2**). Zaman ve ark. (2018) yapmış olduğu çalışmada % 83'ünün, Şahin ve ark. (2009) yapmış oldukları çalışmada gebelerin % 91'inin, Arslan ve ark. (2011) yapmış olduğu bir çalışmada gebelerin % 89.4'ü sigara kullanmadığı belirlenmiştir (5, 30, 65). Şahin ve ark. (2010) benzer bir çalışmasında gebelerin % 85.6 sigara kullanmadığı belirlenmiştir (7). Bu durumda gebelerin çoğunluğunun kendilerinin ve bebeklerinin sağlığını önemsedikleri söylenebilir. Çalışmamızda gebelerin %33.3'ünde anemi tanısı olduğu belirlenmiştir (**Tablo 6.1.2**). Balkaya ve ark. (2014) yapmış olduğu çalışmada gebelerin % 19.9'unda obstetrik öykülerinde anemi tanısı olduğu, % 64.1'inde şimdiki gebeliklerinde anemi tanısı aldığı, % 34.4'ünde postpartum dönemde anemi tanısı aldığı belirlenmiştir (123). Harma ve ark. (2004) multipar gebelerle yapmış oldukları çalışmada gebelerde anemi görülme sıklığı %28.8 olarak bildirilmiştir (124). Gebelerde anemi görülme sıklığının bizim çalışmamızla benzerlik

göstermektedir. Çalışmamızda gebelerin obstetrik öyküsünde % 16.5'inde kan uyuşmazlığı olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 6.1.2**). Arslan ve ark. (2005) yapmış olduğu çalışmada kadınların % 6.3'ünün kan uyuşmazlığı açısından risk taşıdığı saptanmıştır (125).

Gebelerin **obstetrik özellikleri** yönünden değerlendirildiğine; kadınların %28.3'ü ilk gebeliklerini deneyimlediği görülmüştür (**Tablo 6.1.3**). Benzer çalışmalarda ilk gebeliği olan kadınların oranı %30-56.6 arasında değişmektedir (7, 30, 65, 121). Yapmış olduğumuz araştırmada ilk gebeliği olan kadınların oranı diğer araştırmalara göre daha düşük orandadır. Çalışmamızda kadınların %39'unun hiç doğum yapmadığı belirlenmiştir (**Tablo 6.1.3**). Benzer çalışmalarda doğum yapmamış kadınların oranı %33-44 arasında değişmektedir (18, 126).

Kadınların önceki doğum şekilleri incelendiğinde %32.5'i sezaryen olmuştur (**Tablo 6.1.3**). TNSA-2013 verilerine göre Türkiye'de son beş yılda meydana gelen doğumların %48'i sezaryen olup özel hastanelere göre kamu hastanelerinde bu oran daha düşüktür (119). Çalışmamız kamu hastanesinde yapıldığı için örneklem grubumuzda sezaryen oranının Türkiye ortalamasından daha düşük olduğu söylenebilir.

Gebelerin **bu gebeliklerine ilişkin özellikleri** değerlendirildiğinde kadınların % 59.1'inin gebeliğinin planlı olduğu belirlenmiştir (**Tablo 6.1.4**). Yapılan çalışmalarda gebelerde planlı gebelik oranı %70-85 arasında değişmektedir (3, 10, 18, 126). Çalışmamızda katılımcıların planlı gebelik oranının diğer çalışmalardan daha düşük olmasının sebebi örneklem grubu farklılığından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Kadınların % 17.7'si gebelik sürecinde **ayaktan tedavi** gerektiren bir sağlık sorunu geçirdiği ve % 10.1'nin ise gebelik sürecinde **hastaneye yatış öyküsü** olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 6.1.4**). Benzer çalışmalarda kadınların gebelik süresince sağlık sorunu yaşama oranı %5-25 arasında değişmektedir (10, 30, 78).

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), vajinal doğum esnasında maternal laserasyonlara karşı koruma, doğumu kolaylaştırma veya hızlandırma gibi maternal veya fetal endikasyon durumlarında epizyotominin kullanılabileceğini, gerekmedikçe kullanımının sınırlandırılmasını önermektedir

(127). Çalışmamızda vaginal doğumda rutin müdahalelerin uygulanma özellikleri değerlendirildiğinde kadınların % 65.9'una epizyotomi uygulanmıştır (**Tablo 6.1.6**). Bekdemir'in (2013) yapmış olduğu çalışmaya göre lohusaların % 54.4'üne şimdiki doğumlarında epizyotomi uygulandığı belirlenmiştir (128). Kütük'ün (2013) yapmış olduğu retrospektif çalışmada epizyotomi oranı %88.6 olarak tespit edilmiştir. Bu oran nulliplarlarda %89.7 ve multiparlarda %87.7dir (129). Şahin ve ark. yapmış olduğu çalışmada epizyotomi uygulanma oranı primiplarlarda % 92, multiparlarda ise %72 olarak belirtilmiştir (130). Çalışmamız ve diğer çalışmalarda benzer oransal dağılımlar olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda vaginal doğumda rutin müdahalelerin uygulanma özellikleri değerlendirildiğinde kadınların % 6.2'sinde enstrümental (forseps/vakum) doğum uygulanmıştır (**Tablo 6.1.6**). Forseps veya vakumla doğum uygulamalarının insidansı %1.5 ile %26 arasında olup ülkeler arası farklılık göstermektedir. 2005-2006 yıllarında İngiltere'de % 11.1 forseps ya da vakum kullanıldığı belirlenmiştir (131). Çetin ve ark. (2017) çalışmasına göre operatif vaginal doğum (forseps ve vakum) oranı % 1.4'tir ve çoğu primigravida olarak belirlenmiştir (132). Çalışmamız, diğer çalışmalar ile benzer oransal dağılımlar olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda son trimester gebelerin BAÖ puan ortalaması ise; 11.57 ± 7.61 'dir (**Tablo 6.1.8**). Arslan ve ark. (2011) çalışmasında hastane anksiyete ölçeğine göre, gebelerin anksiyete puan ortalaması 7.98 ± 4.053 olarak saptanmıştır (65). Doğdu ve ark. (2015) yaptığı benzer bir çalışmaya göre gebelerin BAE skoru 11.91 ± 9.47 ve gebelerin %49.2'sinde anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir (120). Zaman ve ark. (2018) yapmış olduğu benzer bir çalışmada kadınların BAÖ puan ortalaması ise 15.76 ± 9.01 olarak belirlenmiştir (5). Dağlar ve ark. (2014) Beck anksiyete ölçeğini kullandıkları bir çalışmada gebelerin BAE puan ortalaması 19.2 ± 10.1 'dir (min-max: 0-47) (9). Çalışmamızda anksiyete puan ortalaması diğer çalışmalara benzer olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda gebelerin anksiyete dereceleri incelendiğinde gebelerin % 66.7'sinde anksiyete bulgusu mevcuttur (**Tablo 6.1.8**).

Andersson et al (2004) yapmış olduğu çalışmada gebelerin %10.4'ünde anksiyete bozukluğu olduğu belirlenmiştir (133). Zhang et al (2018) çalışmasında gebelerde birinci, ikinci ve üçüncü trimesterde anksiyete durumunun görülme sıklığı sırasıyla % 22.7, % 17.4 ve % 20.8 idi. Gebelerde depresyon durumu prevalansı ise sırasıyla % 35.7, % 24.0 ve % 26.1 idi (16). Alqahtani et al (2018) 575 gebeyle yaptıkları çalışmada kaygı sıklığı % 23.6 olarak belirlenmiştir (134). Arslan ve ark. (2011) çalışmasında hastane anksiyete ölçeğine göre gebelerin %28.8'inin anksiyete semptomları olduğu saptanmıştır (65). Tunç ve ark. (2011) hastane anksiyete depresyon ölçeğini kullandıkları bir çalışmada gebelerin %32'sinde anksiyete puanlarının 10 ve üstü olduğunu belirlemiş olup bu puanlar klinik olarak anlamlı bulunmuştur (8). Oraarık ve ark. (2012) yapmış olduğu çalışmaya göre gebelerin %40.5'i anksiyete bozukluğu olduğunu görmüşlerdir (126). Doğdu ve ark. (2015) yaptığı benzer bir çalışmaya göre gebelerin %49.2'sinde anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir (120). Alqahtani et al (2018) çalışmada ortalama durumluk anksiyete skoru 38.4 ± 11.4 ve ortalama sürekli anksiyete skoru 38.2 ± 9.5 idi. (134). Gebelerde erken trimesterlerde anksiyete oranı son trimestere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (5). Diğer çalışmalarda gebelerde anksiyete oranlarının bizim çalışmamızdan düşük oranda olmasının sebebi; araştırmamızda sadece son trimester gebeleri almamızdan kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Eskici ve ark. (2012) yürüttüğü bir araştırmada gebelerin anksiyete oranı % 75'dir (76). Bu çalışmada bizim araştırma sonuçlarımıza yakın bir oran bulunmuştur. Çalışmanın örneklem grubunun bizim çalışmamıza benzer şekilde son trimester gebelerden oluşmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Gebelerin %45.6'sı hafif düzeyde anksiyete, %15.6'sında orta düzeyde anksiyete, % 5.5' inde şiddetli düzeyde anksiyete olduğu belirlenmiştir (**Tablo 6.1.8**). Zaman ve ark. (2018) yapmış olduğu benzer bir çalışmada kadınların %42'sinde minimal düzeyde, %26'sinde hafif düzeyde, %23'ünde orta düzeyde ve % 9'unda şiddetli düzeyde anksiyete bulgusu mevcut olduğu belirlenmiştir (5). Çalışmada yer alan gebelerde anksiyete puan ortalaması bizim çalışmamızla benzer sonuçlara sahiptir.

Çalışmamızda son trimester gebelerde depresyon sıklığı %33 olarak bulunmuştur (**Tablo 6.1.9**). Yapılan çalışmalarda gebelerde depresyon sıklığı %12-55 gibi geniş bir

skalada değişiklik göstermektedir (9, 10, 18, 65, 76, 89, 120, 122, 126, 133, 134, 135, 136).

Çalışmamızda son trimester gebelerin depresyon puan ortalaması 8.05 ± 6.46 olarak hesaplanmıştır (**Tablo 6.1.9**). Yapılan çalışmalarda gebelerde depresyon puan ortalaması 6.58 ± 3.79 ile 17.57 ± 10.10 arasında değişmektedir (5, 9, 65, 74, 134, 137, 138).

Çalışmamızla diğer çalışmalar arasında depresyon sıklığı ve puanları yönünden farklılıklar mevcuttur. Gebelikte depresyon oranlarındaki farklılığın sebebi kültürel özellikleri, sağlık düzeyi, eğitim düzeyi, gelir algısındaki farklılıklar, sosyal destek faktörleri ve stresle baş etme yöntemleri, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve yaşam deneyimleri, gebenin obstetrik özellikleri gibi faktörlerden kaynaklı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca veri toplama araçlarının çeşitliliği ve ölçme değerlendirme farklılıklarından kaynaklı olabilir. Ek olarak diğer çalışmalarda örneklem grubunda yer alan gebelerin farklı trimesterlerde olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin % 22.8'i hafif, % 9.3'ü orta ve %0.8'i ise şiddetli düzeyde depresif belirtiler olduğu saptanmıştır. Beck depresyon puan ortalaması ise 8.05 ± 6.46 'dır (min: 0, max:31) (**Tablo 6.1.9**). Zaman ve ark. (2018) Beck depresyon ölçeğiyle yaptıkları çalışmada bütün olguların % 42 minimal düzeyde, % 24 hafif düzeyde, %23 orta düzeyde ve % 11 şiddetli düzeyde depresyon bulgusu olduğunu belirlemişlerdir (5). Akbaş ve ark. (2008) çalışmasına göre gebelerin % 42.3 gebe hafif, % 39.4 gebe orta ve % 18.3 gebe şiddetli düzeyde depresif belirtiyeye sahip olduğu bildirmişlerdir (47). Çalışmamızın örneklemi oluşturmuş gebelerin depresyon düzeyinin diğer çalışmalarda yer alan gebelerin depresyon düzeylerinden düşük olduğu görülmektedir. Çalışmalar arasındaki farklı depresyon düzeylerinin varlığı örneklem seçme kriterlerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin doğum korkusu değerlendirildiğinde; %16.0'ı ağır düzeyde doğum korkusuna ve %2.1'i ise şiddetli düzeyde doğum korkusuna sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.1.10). Adams et al (2012) çalışmasında kadınların %7.5 inde yüksek düzeyde doğum korkusu saptanmıştır (38). Mortazavi et al (2018) çalışmasında 525 kadından % 6.1'i şiddetli doğum korkusu yaşamıştır (139). Bülbül ve ark. (2016) çalışmasına göre kadınların %38.8'inin doğuma ilişkin şiddetli korku, %8.2'sinin ise

linik düzeyde korku yaşadığı belirlenmiştir (140). Dursun'un (2018) yaptığı çalışmasında gebelerin %19.1'inin şiddetli düzeyde, %19.6'sının klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığını saptamışlardır (41). Çalışmalar arasında farklı doğum korku düzeylerinin olduğu görülmektedir. Çalışmalar arasındaki bu farklılığın sebebi; örneklem seçme kriterleri, kurum farklılıkları ve örneklemi oluşturan gebelerin farklı trimesterlerde olmalarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

W-DEQ A puan ortalaması ise 42.54 ± 21.65 'tir (**Tablo 6.1.10**). Güleç ve ark. (2014) gebelerin W-DEQ A ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 46.4 ± 31.2 olarak belirlenmiştir (141). Adams et al (2012) çalışmasında doğum korkusu puan ortalama skoru 56.6 ± 19.49 olarak bulunmuştur (38). Mortazavi et al (2018) çalışmasında doğum korkusu ortalama skoru 67.6 ± 23.5 idi (139). Rouhe et al (2009) çalışmasında W-DEQ A skoru 68.3 ± 21.1 'dir (34). Barut ve Uçar'ın (2018) çalışmasında gebelerin W-DEQ A ölçeği puan ortalaması 73.31 ± 16.84 'tür (142). Şahin ve ark. (2019) yürüttükleri çalışmaya göre kadınların W-DEQ A ölçeğinden aldıkları puanlar ise 6-144 arasında değişmekte olup, ortalama 74.28 ± 33.14 puan olduğu belirtilmiştir (143). Körükçü ve ark. (2017) W-DEQ A ölçeğini kullandıkları bir çalışmada; ölçek puan ortalaması 79.9 ± 17.3 'dür (12). Şahin ve ark. (2009) W-DEQ A ölçeğini kullandıkları bir çalışmada; ölçek puan ortalaması 85.63 ± 13.76 olduğu bildirilmiştir (30). Çalışmalar arasında gebelerin doğum korku puan ortalamalarının farklı değerlerde olduğu görülmektedir. Bu farklılığın; örneklem sayısı, çeşitliliği, örneklem seçme kriterleri, ve kültürel farklılıklarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Gebelerin anksiyete, depresyon ve doğum korkusu ölçek puanları değerlendirildiğinde; Beck anksiyete ölçeği puan ortalamaları ile depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r=.595$), W-DEQ A ölçeği arasında pozitif yönlü anlamlı orta düzey bir ilişki ($r=.405$) bulunmaktadır. Beck depresyon ölçeği puan ortalamaları ile W-DEQ A ölçeği ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı, orta düzey bir ilişki ($r=.550$) bulunmaktadır (**Tablo 6.1.11**). Dursun'un (2018) yaptığı çalışmada gebelerin W-DEQ A ölçeği puanı ile süreklilik anksiyete arasında pozitif yönde ilişki olduğunu belirlemiştirler (41). Alipour et al (2011) yaptığı çalışmada nullipar kadınlarda doğum korkusu puanlarıyla durumsal ve sürekli kaygı ölçek puanları arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (144).

Körükçü ve ark. (2017) Gebelerin W-DEQ A ölçeği ile gebelikte psiko sosyal sağlığı değerlendirme ölçeği ve alt boyutları arasındaki anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemişlerdir (12). Norveçte Storksen et al (2012) doğum korkusuyla kaygı ve depresyon ilişkisini inceledikleri çalışmada; doğum korkusu olan kadınların yarısından fazlasında % 56.2 kaygı ya da depresyonun olduğunu bildirmişlerdir. Bununla birlikte, anksiyete veya depresyon varlığı doğum korkusu prevalansını arttırmıştır. Hem kaygı hem de depresyonu olan kadınlar doğum korkusu açısından en yüksek prevalansa sahip olduğu bildirilmiştir (145). Spice et al (2009) doğum korkusu ile anksiyete ve depresyon arasında ilişkiyi incelendiği çalışmasında farklı düzeylerde de olsa doğum korkusu ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptamıştır (40).

7.2. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Çalışmamızda farklı yaş grupları arasında Beck anksiyete ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 6.2.1). Benzer çalışmalarda gebelerde yaşa göre anksiyete puanları arasında farklılık olmadığı bulunmuştur (3, 5, 9, 18, 47, 126). Bazı çalışmalar yaşın artması ile birlikte gebelikte anksiyete görülme sıklığının arttığı gösterilmiştir (122, 146). Çalışmamız ve diğer çalışmalar arasındaki bu farklılığın; gebelik sayısı, doğum deneyimleri ve doğum sürecine ilişkin yaşanan endişelerden kaynaklı olacağı düşünülmektedir.

Farklı yaş grupları arasında Beck depresyon ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 6.2.1).

Çalışmamızda farklı yaş grupları arasında W-DEQ A ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 6.2.1). Bazı çalışmalarda çalışmamızın aksine genç yaş ile doğum korkusu arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (33, 147). Literatürde çalışma verilerimize benzer çalışmalar görülmektedir. Şahin ve ark. (2009) çalışmasında yaş arttıkça gebelerde gözlenen doğum korkusunun istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı belirlenmiştir (30). Demirci et al. (2018) yapmış olduğu çalışmada gebelik yaşı ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (148).

Çalışmamızda gebelerin **öğrenim düzeylerine göre** farklı gruplar arasında Beck anksiyete ölçeği, depresyon ölçeği ve W-DEQ A ölçek puanları açısından ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$) (**Tablo 6.2.1**). Zhang et al (2018) çalışmasında düşük eğitim düzeyine sahip gebelerde (ortaokul veya altı) anksiyete ve depresyon durumu ile ilişkili bulunmuştur (16). Ravid et al (2018) benzer bir çalışmada düşük öğrenim düzeyinde olan gebelerin anksiyete düzeyi anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (149). Dağlar ve Nur'un (2014) çalışmasında gebelerin anksiyete düzeylerine ilişkin bulgular; çalışmaya katılan ilkokul ve ortaokul mezunu gebelerin anksiyete puan ortalamaları lise ve üzeri eğitime sahip gebelerin puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (9). Üst ve ark. (2013) çalışmasında gebelerin eğitim durumu ile anksiyete puan ortalamasının anlamlı fark bulunmuştur, eğitim düzeyi düştükçe anksiyete puan ortalaması arttığı görülmüştür (3). Çelik ve ark. (2013) çalışmasında düşük öğrenim düzeyindeki gebe grubunun depresyon düzeyi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (10). Gebelerde öğrenim düzeyi ile anksiyete arasında ters orantı olduğu söylenebilir, gebeled öğrenim düzeyi arttıkça anksiyete görülme olasılığı düşmektedir.

Çalışmamızda gebelerin öğrenim düzeyine göre depresyon ölçeği puan ortalaması arasında farklılık olmadığı belirlenmiştir (**Tablo 6.2.1**). Gözüyeşil ve ark. (2008) gebeler üzerinde yaptığı çalışmada gebelerin öğrenim düzeyleri ile depresyon puan ortalamaları karşılaştırılmış, öğrenim düzeyi düşük olanlarda depresyon puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (44). Çakır ve ark. (2012) çalışmasında öğrenim düzeyi arttıkça depresyon puanının düştüğü belirlenmiştir (63). Çalışmamıza benzer şekilde Şahin ve ark. (2009) araştırmasında gebelerin öğrenim düzeyi ve doğum korkusu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (30). Güleç ve ark. (2014) çalışmasında öğrenim düzeyi farklı gruplar arasında doğum korkusu puanı arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (141).

Çalışmamızda gebelerin **ailenin gelir algısı** düzeyine göre gruplar arasında Beck anksiyete, depresyon ve W-DEQ A ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Düşük gelir seviyesinde olan gebelerin anksiyete, depresyon ve doğum korkusu puanları anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (**Tablo 6.2.1**). Bu alanda yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Gebelerin sosyoekonomik ve aile gelir algısı azaldıkça anksiyete düzeyleri (8, 9, 18, 63, 65),

depresyon düzeyleri (8, 9, 10, 63, 65) ve doğum korkusu düzeyleri (32, 33, 139, 150) arttığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda gebelerin sigara kullanım durumuna göre ölçek puanları ortalaması arasında farklılık olmadığı belirlenmiştir (**Tablo 6.2.2**). Gebelerde sigara kullanımına göre anksiyete, depresyon ve doğum korkusu puanlarında fark görülmemiştir. Bu alanda yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Zaman ve ark. (2018) gebelerin sigara kullanma durumuna göre gebelerin anksiyete ve depresyon puanları arasında farklılık bulunmadığını ifade ederken (5), Arslan ve ark. (2011) ve Lee et al (2007) sigara kullanımı ile anksiyete arasında ilişki olduğunu bulmuştur (65, 72). Laursen et al (2008) çalışmaya göre gebelerin sigara kullanımı ile doğum korkusu arasında fark olduğu bulunmuştur (33).

7.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A Ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgularının tartışılması

Gebelerin obstetrik özelliklerinin Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımları yer almaktadır. Primigravida olanların W-DEQ-A ölçeği puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0.05$), Beck anksiyete ve depresyon ölçek puan ortalamaları açısından ise anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$)(**Tablo 6.3.1**). Primipar olanların Beck depresyon ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamasının anlamlı derece yüksek olduğu ($p<0.05$), Beck anksiyete ölçeği açısından ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Çalışmamıza benzer olarak Tekgöz ve ark. (2009) araştırmasında da gebelik sayısı ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (18). Üst ve ark. (2013) çalışmasında ise gebelik sayısı arttıkça anksiyete puan ortalamasında da artış olduğu saptanmıştır (3). Yücel ve ark. (2013) çalışmasında gebelik sayısı arttıkça anksiyete ve depresyon belirtilerinin arttığı belirlenmiştir (122). Aktaş ve ark. (2008) çalışmasında ilk gebeliği olanlarda daha fazla anksiyete belirtisi varken, depresif belirtileri daha az olduğunu belirlemişlerdir (47). Çelik ve ark. (2013) çalışmasında gebelik sayısı arttıkça depresyon sıklığında artış olduğu belirlenmiştir (10). Aslan ve ark. (2011) çalışmasında gebelik sayısı arttıkça anksiyete ve depresyon puanlarının

arttığı belirlenmiştir (65). Rouhe et al (2009) çalışmasında nullipar kadınlarda anlamlı derecede daha korku düzeyi yüksek olduğu belirlenmiştir (34).

Çalışmamızın aksine şekilde Zhang et al (2018) araştırmasında doğum sayısı anksiyete ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (16). Tekgöz ve ark. (2009) çalışmasında doğum sayısı ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (18). Waldie et al (2015) çalışmasında parite ve depresyon arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (14). Çalışmamızdan farklı şekilde Körükçü ve ark. (2017) çalışmasında gebelerin doğum korkusu düzeyleri ile parite arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (12). Mortazavi et al (2018) çalışmasında ortalama doğum korkusu skoru ile parite arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (139). Çalışmamızdan farklı olarak Şahin ve ark. (2009) çalışmasında doğum sayısı arttıkça doğum korkusunun arttığını bulmuşlar (30).

Çalışmamızda gebelerin **abortus öyküsü** varlığına göre Beck anksiyete ölçek puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Abortus öyküsü olan gebelerin anksiyete puanı anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Abortus öyküsü varlığı durumuna göre Beck depresyon ve W-DEQ A ölçeği puan ortalaması açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (**Tablo 6.3.1**). Çalışmamıza benzer şekilde Tekgöz ve ark. (2009) yürüttükleri çalışmada abortus öyküsü olan gebelerin anksiyete sıklığı daha yüksek olduğunu bildirmiştir (18). Alqahtani et al (2018) çalışmasında abortus öyküsü olan gebelerde anksiyete ve depresyon skoru anlamlı derecede yüksek olarak belirlenmiştir (134). Çalışmamızın aksine Dağlar ve ark. (2014) çalışmasında gebelik kaybı ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (9). Zaman ve ark. (2018) yürüttüğü çalışmada abortus öyküsü olan kadınların Beck depresyon puanları abortus öyküsü olmayan kadınlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğunu, Beck anksiyete puanlarında ise anlamlı farklılık belirlememişlerdir (5). Çalışmamızdan farklı olarak Gao et al (2015) çalışmasında daha önce abortus deneyimi olan kadınların doğum korkularının, abortus yaşamayan kadınlarınkinden daha yüksek olduğu saptanmıştır (35).

Çalışmamızda **gebeliğin planlı olma durumuna** göre Beck depresyon ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Gebeliği planlı olmayan gebe grubunun depresyon düzeyi planlı olanlara göre anlamlı düzeyde

yüksek olduğu görülmüştür (**Tablo 6.4.4**). Yapılan bir çalışmada planlanmamış gebeliklerde anksiyete görülme görülme oranı daha yüksek olmasına rağmen anksiyete tanısı alma ile açısından anlamlı bir fark görülmemiştir (18). Tunç ve ark. (2012), Gözüyeşil ve ark. (2008) ve Lau et al (2007) çalışmalarda gebeliğin istenmeyen gebelik veya plansız gebelik olması ile gebelikte depresyon puan arasında ilişki olduğu istenmeyen ve plansız gebeliğe sahip kadınlarda depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (8, 44, 151). Alqahtani et al (2018) çalışmasında plansız gebeliği olan grubun anksiyete ve depresyon skoru anlamlı derecede yüksek olarak belirlenmiştir (134). Üst ve ark. (2013) yapmış olduğu çalışmada kadınların gebeliği isteme durumu ile durumluluk kaygı ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark yokken, istenmeyen gebeliklerde anksiyete düzeyi yüksek olarak saptamışlardır (3). Buna karşın gebeliğin planlı olma durumu ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki olmadığını belirleyen çalışmalar da vardır (9, 126).

Çalışmamızda gebelik sürecinde hastaneye yatış öyküsü olanların Beck anksiyete ölçeği ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.05$). Gebelik sürecinde hastaneye yatış öyküsü olma durumuna göre Beck adepresyon ölçeği ve W-DEQ A ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). (**Tablo 6.3.1**). Özşahin ve ark. (2018) çalışmasında gebelikte sorun yaşama durumu karşılaştırıldığında gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği ve tüm alt boyutları arasında gebelikte psikososyal sağlık açısından anlamlı bir fark olmadığını belirlemişlerdir (6). Ortaarık ve ark. (2012) çalışmasında daha önceki gebeliğinde ya da şimdiki gebeliğinde olumsuz deneyimleri olanların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (126). Çalışmamızın aksine şekilde Çelik ve ark. (2013) çalışmasında gebeliğinde sağlık problemi olanların depresyon düzeyi anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (10).

7.4. Gebelerin Doğum Sonuçlarının Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve W-DEQ-A ölçeğine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Çalışmamızda gebelerde anksiyete varlığı ile **doğum şekilleri** arasında ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Anksiyetesi olan kadınların % 60.8'i sezaryen, %39.2'si normal doğum yapmıştır. Anksiyetesi yüksek olan kadınlar daha çok sezaryen olmuştur. (**Tablo 6.4.1**). Aslan ve Okumuş'un (2017) araştırmasında kadınların

çoğunluğu (%34.2) doğum veya sezaryen esnasında beklenenin üstünde kaygı yaşadığını belirtmiştir (152). Sezaryen olan kadınların kaygı düzeyi vajinal doğum yapan kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (152). Sydsjö et al (2013) çalışmasında doğum korkusu olan kadınların sezaryen olma olasılığı referans gruba göre 5.2 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir (153). Mortazavi et al (2018) çalışmasında kadınlarda ortalama doğum korkusu skoru, sezaryen doğumu tercih edenler vajinal doğum tercih edenlere göre çok daha fazla bulunmuştur (139). Bu çalışmalara göre kadınların doğum korkusu ile vajinal doğum yapma arasında ilişki olduğu söylenebilir.

Buna karşın Tekgöz ve ark. (2009) çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte vajinal doğum yapanlarla yapmayanlar arasında anksiyete görülme açısından fark yokken sezaryen olmuş kadınlarda anksiyetenin daha yaygın olduğu bulunmuştur (18). Ortaarık ve ark. (2012) çalışmasında gebelerin doğum şekli değerlendirildiğinde vaginal doğum yapma ve sezaryen olma durumuyla anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (126). Okumuş ve Şahin'in (2017) farklı şehirlerde yaşayan gebelerde yaptıkları çalışmada; İstanbul'da yaşayan kadınlarda daha yüksek doğum korkusunun olduğu ve daha çok vaginal doğum tercihine sahip olduğu belirlenmiştir. Bu, sezaryen oranı yüksek olan yerleşim yerinde kadınların yüksek doğum korkularına rağmen vaginal doğumu tercih edebildiklerini belirtmişlerdir (154).

İsviçre'de yapılmış bir çalışmada (2006) kadınların %10'unda doğum korkusu olduğu, doğum korkusu ve elektif sezaryenle doğum oranı artışı ilişkili olduğu bulunmuş ancak acil sezaryenle doğumla ilişkisi belirlenmemiştir (147). Laursen et al (2009) çalışmasında doğum korkusu yüksek olan gebelerin acil sezaryen doğum oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (33). Handelzalts et al (2015) yapmış olduğu çalışmada; yüksek doğum korkusuyla müdahaleli vajinal doğum ve acil sezaryen doğumlarda doğumun anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (155). Johnson et al (2002) yaptıkları çalışmada doğum korkusunun acil sezaryene neden olmadığı bulunmuştur (156). Möller et al (2018) çalışmasında doğum korkusu tedavisi gören kadınlar arasında ilk doğumda acil sezaryenle doğum görülme sıklığı daha yüksek olduğu belirlenmiştir (157).

Çalışmamızda **yenidoğanların özellikleriyle** (yenidoğanın Apgar skoru, doğum haftası ve doğum kilosu) gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusu var olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$). Çalışmamızı destekler şekilde Eskici ve ark. (2012) yapmış olduğu çalışmada anksiyete ve depresyon ile yenidoğanın Apgar skoru arasında ilişki bulunmamıştır (76). Berle et al (2005) çalışmasında gebelikte yaşanan anksiyete bozuklukları ve depresyonun birinci ve beşinci dakika Apgar skoru ile ilişkili olduğu belirlenmemiştir (158).

Çalışmamızın aksine Hasanjanzadeh et al (2017) 200 gebeyle yaptıkları çalışmada; depresyon, stres ve anksiyete değişkenleri arasında doğum ağırlığı ve bebeklerin Apgar skoru arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (159). Goedhart et al (2010) çalışmasında gebelerin depresyon prevalansı % 30.6' idi ve yüksek depresif belirtiler gebelik yaşına göre küçük doğum ve düşük apgar skoru ile ilişkili olduğu görülmüştür (160).

Gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusunun preterm doğum ile ilişkisi belirlenmemiştir. Benzer şekilde Ravid et al (2018) 512 gebe kadınla yaptığı prospektif çalışmada anksiyeteye preterm doğum oranı, gebelik yaşına göre küçük yenidoğan gibi olumsuz gebelik sonuçlarında gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (149). Berle et al (2005) çalışmasında gebelikte yaşanan aksiyete bozuklukları ve depresyonun preterm doğum ile ilişkili olduğu belirlenmemiştir (158).

Buna karşın Dayan et al (2002) çalışmasında anksiyete ve depresyonun spontan preterm doğumla ilişkili olduğu belirlenmiştir (29). Eskici ve ark. (2012) yapmış olduğu çalışmada anksiyete ve depresyon ile obstetrik sonuçlardan preterm eylemle arasında ilişki bulunmuştur (76). Laursen et al. (2008) çalışmasında gebelik sürecinde yaşanan stres ve anksiyete preterm eylem ve postterm eylemle ilişkilendirilmiştir (33). Araştırmalar değerlendirildiğinde gerçekleşen doğum haftasıyla gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusu ilişkisi farklı örneklerle araştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızı destekler şekilde Berle et al (2005) çalışmasında gebelikte yaşanan anksiyete bozuklukları ve depresyonun düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu

belirlenmemiştir (158). Larsson et al. (2004) çalışmasında gebelikte depresyonda olan kadınların olumsuz obstetrik veya yenidoğan sonuçları için artmış bir risk içermediği, ancak doğum sonrası depresif belirtiler için de yüksek risk olduğunu bildirmişlerdir (28) . Buna karşın Eskici ve ark. (2012) çalışmasında anksiyete ile düşük doğum ağırlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (76). Yenidoğanın doğum ağırlığıyla gebelerin anksiyete, depresyon ve doğum korkusu ilişkisi çalışmalarla irdelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda **doğumun birinci evresinin süresine** göre anksiyete, depresyon ve doğum korkusu varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde **doğumun ikinci evresinin süresine** göre Beck anksiyete, depresyon ve W-DEQ A ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (**Tablo 6.4.2**). Anksiyete ve korku varlığında yükselen adrenalini seviyesiyle birlikte oksitosin miktarı azalır, doğum eylemi uzar ve doğumun ikinci evresinin uzamasına neden olmaktadır (161). Çalışmamızla benzer şekilde Eskici ve ark (2012) yapmış olduğu çalışmada anksiyete ve depresyon ile obstetrik sonuçlardan uzamış eylemle arasında ilişki olmadığını bulmuştur (76).

Buna karşın Saisto et al (2003), Andersson et al (2004), Sydsjö et al (2013), Handelt et al (2015) doğum korkusu ile doğum eyleminin süresi arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır (32, 133, 153, 155). Doğum korkusu olan kadınlar için, doğum korkusu olmayan kadınlara kıyasla ortalama doğum süresi 1 saat 32 dakika daha uzun olarak belirlenmiştir (38). Laursen et al (2009) çalışmasında doğum korkusu yaşayan kadınların doğumun aktif evresinin 40 dakika daha uzun olduğu bulunmuştur (33).

Çalışmamızda gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusu var olma durumuyla doğumda yapılan müdahaleler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).Dencker et al (2019) yapmış olduğu meta analiz çalışmaya göre uzamış doğum eylemi, epidural kullanımı, obstetrik koplasyonlar doğum korkusu olan kadınlarda bildirilmiştir (162). Türkiye kaynaklı çalışmalarda doğum korkusu ile doğum süresi arasında bir ilişki olmaması doğuma yüksek müdahale oranlarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim çalışmamızda gebelerin %66'ına epizyotomi, %66'sına indüksiyon uygulaması yapıldığı bulunmuştur (**Tablo**

6.1.6). Bu uygulamalar doğumun süresinin ksalmasına katkıda bulunmuş olabilir. Doğumda yapılan müdahalelerle, gebelerin anksiyete, depresyon ve doğum korkusu düzeyleri arasında bir ilişkili olmayıp daha çok hastane prosedürleri ya da sağlık çalışanlarının rutin uygulamalarından kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda sonuçlarımız;

Çalışmaya katılan 237 gebenin yaşları 18-42 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması 28.33 ± 5.83 'tür. Gebelerin % 28.3'ü ilk gebeliklerini deneyimlediği, % 23.6'sının bir önceki doğum şeklinin vaginal doğum olduğu, %37.7'sinin ise sezaryen ile doğum yaptığı bulunmuştur.

Gebelerin % 33.3'ünde anksiyete bulgusunun olmadığı, % 45.6'sı hafif düzeyde, %15.6'sında orta düzeyde ve % 5.5' inde ise şiddetli düzeyde anksiyete bulgusu olduğu belirlenmiştir. Beck anksiyete ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması 11.57 ± 7.61 olarak bulunmuştur.

Gebelerin, % 67.1'inde depresyon belirtisi belirlenmemiş olup % 22.8'i hafif, % 9.3'ü orta ve %0.8'i ise şiddetli düzeyde depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Beck depresyon ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması 8.05 ± 6.46 'dır.

Gebelerin W-DEQ A ölçeğine göre % 43.9'u düşük düzeyde, % 38.0'i orta düzeyde, %16.0'ı ağır düzeyde ve %2.1'i ise şiddetli düzeyde doğum korkusuna sahip olduğu belirlenmiştir. W-DEQ A ölçek puan ortalaması ise 42.54 ± 21.65 'dir.

BAÖ ile BDÖ arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($p < 0.05$) ($r = .595$), BAÖ ile W-DEQ A ölçeği arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($p < 0.05$) ($r = .405$) olduğu bulunmuştur. BDÖ ile W-DEQ A ölçeği arasında da pozitif yönlü orta bir ilişki ($p < 0.05$) ($r = .550$) olduğu belirlenmiştir.

Düşük aile gelir düzeyi olan gebelerin anksiyete, depresyon ve doğum korkusu düzeyinin anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Abortus öyküsü olan gebelerin anksiyete düzeyinin anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Primigravida olanların W-DEQ-A ölçeği puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p < 0.05$), primipar olanların Beck depresyon ölçeği ve W-DEQ-A ölçeği puan ortalamasının anlamlı derece yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Gebeliği planlı olmayanların Beck depresyon ölçeği puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Gebelik sürecinde hastane yatış öyküsü olan gebelerin anksiyete düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Anksiyetesi olan kadınların % 60.8'i sezaryen, %39.2'si normal doğum yapmıştır. Anksiyetesi yüksek olan kadınlar daha çok sezaryen olmuştur ($p < 0.05$).

Yenidoğanların özellikleriyle (yenidoğanın Apgar skoru, doğum haftası ve doğum kilosunu) gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusu var olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p > 0.05$).

Gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusu var olma durumuyla doğumun 1. ve 2. evre süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Gebelerde anksiyete, depresyon ve doğum korkusu var olma durumuyla, doğumda yapılan müdahaleler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p > 0.05$).

Öneriler;

Kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin gebe takiplerinde fiziksel ve psiko sosyal açıdan gebeyi bütüncül değerlendirmeleri, tarama programları yapılarak anksiyete, depresyon ve doğum korkusu açısından riskli grupları belirlemesi ve anksiyeteyi azaltmak için danışmanlık vermeleri gerekmektedir. Anksiyete, depresyon ve doğum korkusu düzeyi yüksek olan gebeler yakın izlemlerle takip edilmeli ve multidisipliner yaklaşım sergilenmelidir. Gebelerde yaşanan anksiyetenin depresyonla ve her ikisinde doğum korkusu ile ilişkili olduğu unutulmamalıdır.

Kadın sağlığı hemşiresi tanılama ve bakım planlarında bu bulguları göz önünde bulundurup girişimlerini gerçekleştirmelidir. Gebelik sürecinde yapılan rehberlikle birlikte gebelerin doğum eylemine ilişkin korkuları belirlenmeli ve stresle başa ıkımda olumlu yaklaşımlar için cesaretlendirilmelidir. Gebe sınıflarında gebenin psiko sosyal sağlığı, doğum süreci, doğum Şekilleri ve riskleri ve bebek bakımı gibi konularda bilgiler paylaşılmalı ve danışmanlık yapılmalıdır. Kadın sağlığı hemşireleri gebe okullarında aktif rol almalı ve tüm donanımları ile gebeleri desteklemelidir. Bu aşamada gebe eğitim sınıflarında güzel başarı öyküleri paylaşılmalı ve gebeler süreç yönetimleri konusunda hemşireler tarafından cesaretlendirilmelidir.

şiddetli anksiyete ve depresyon bulgusu olan gebeler mutlaka psikoterapiye yönlendirmeli ve gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçleri yakından izlenmelidir.

Gebelerin psikolojik sağlığını değerlendirecek geçerli ve güvenilir veri toplama araçlarına ihtiyaç vardır. Bu ölçeklerle doğum anında anksiyete, depresyon ve doğum korkusu ölçülerek doğumhanede innatal sürecin değerlendirilmesi yapılmalıdır. Ayrıca farklı ölçek tipleriyle ve örneklem gruplarıyla anksiyete, depresyon ve doğum korkusunun gebeliğin seyrine ve doğum sonuçlarına etkisi konusunda yeni araştırmalarla irdelenmelidir. Bu araştırma verileri kadın sağlığı hemşirelerine hem alan uygulamaları hem akademik çalışmaları sırasında rehber olmalıdır. Literatürün zenginleşmesi ve hemşirelikte mesleki katkıları açısından özellikle klinisyen kadın sağlığı hemşirelerinin anksiyete, depresyon ve doğum korkusunun gebeliğin seyrini ve doğum sonuçlarına etkisini irdeleyen daha fazla çalışma yürütmesinin önemli olduğu görülmüştür.

9. KAYNAKLAR

1. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum Sonrası Depresyon. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.10(9); 333-4, 2001.
2. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği p.211-25, 10. Baskı Sistem Ofset Matbaacılık Ankara, 2011.
3. Üst ZD, Pasinlioğlu T, Özkan H. Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.16(2);110-115, 2013
4. Zeng Y, Cui Y, Li, J. Prevalence and Predictors of Antenatal Depressive Symptoms Among Chinese Women in Their Third Trimester. A Cross-Sectional Survey. BMC Psychiatry.15(66);1-7, 2015.
5. Zaman FK, Özkan N, Toprak D. Gebelikte Depresyon ve Anksiyete. Konuralp Tıp Dergisi. 10(1); 20-25, 2018.
6. Özşahin Z, Erdemoğlu Ç, Karakayalı Ç. Gebelikte Psikososyal Sağlık Düzeyi ve İlişkili Faktörler. Jour Turk Fam Phy. 09(2);34-46, 2018.
7. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Bunları Etkileyen Etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 27(1); 51-58, 2010.
8. Tunç S, Yenicesu O, Çakar E, Özcan H, Pekçetin S, Danışman N. Antenatal Dönemde Anksiyete Ve Depresyonun Görülme Sıklığı Ve İlişkili Faktörler. The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology. 9 (35);1431- 1435, 2012.
9. Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. Cumhuriyet Tıp Derg. 36; 429-441, 2014.
10. Çelik F, Köken GN, Yılmaz M. Gebelikte Depresyon Semptomlarının Sıklığı Ve Depresyon Gelişimini Etkileyen Faktörler Anatol J Clin Investig.7(2);110-117, 2013.
11. Jeong H, Lim H, Lee M, Kim S, Jung I, Joe S. The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. General Hospital Psychiatry. 35; 354-358, 2013.

12. K r k c   , Deliktaş A, Aydın R, Kabuk uoğlu K. Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Clin Exp Health Sci. 7;1-6, 2017.
13. Kara am Z, An el G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in Turkish population. Midwifery. 25(4);344-56, 2009.
14. Waldie KE, Peterson ER, D’Souza S, Underwood L, Pryor JE, Carr PA, Grant C, Morton SMB. Depression symptoms during pregnancy: Evidence from Growing Up in New Zealand Journal of Affective Disorders. 186; 66-73,2015.
15. Rwakarema M, Premji SS, Nyanza EC, Riziki P, Palacios-Derflingher L. Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations, and wealth in women in Northern Tanzania: a cross-sectional study. BMC Women's Health. 15(1); 1-10, 2015.
16. Zhang Y, Muyiduli X, Wang S, Jiang W, Wu J, Li M, Mo M, Jiang S, Wang Z, Shao B, Shen Y, Yu Y. Prevalence and relevant factors of anxiety and depression among pregnant women in a cohort study from south-east China. Journal Of Reproductive And Infant Psychology. 36(5); 519–529, 2018.
17. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis CL. The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: a meta-analysis. Psychological Medicine. 1-13, 2017.
18. Tekgöz  , Sunay D,  aylan A, Kısa C. Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 13(3); 132-136, 2009.
19. Lazoğlu M. Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin  z-Yeterlilik Algısının Karşılaştırılması. A. . Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2014.
20. Hildingsson I, Nilsson C, Karlstr m A, Lundgren I. A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 40(5); 532-543, 2011.
21. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. BJOG. 113(6); 638-46, 2006.

22. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre-and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*.18(5); 667-677, 2009.
23. Dönmez S, Yeniçel ÖA, Kavlak O. Vajinal Doğum ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(3); 908-920, 2014.
24. Orr ST, James SA, Blackmore PC. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 156; 797-802, 2002.
25. Hoffman S, Hatch MC. Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychol*. 19; 535-43, 2000.
26. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology* 95; 487-90, 2000.
27. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*. 110; 1102-12, 2007.
28. Larsson C, Sydsjö G, Josefsson A. Health, sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*. 104(3); 459-66, 2004.
29. Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C, Thouin A. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol*. 15(4); 293-301, 2002.
30. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil tıp bülteni*. 40 (2); 57-61, 2009.
31. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*.88 (7); 807-813,2009.
32. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 82 (3); 201-208, 2003.

33. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*. 115 (3); 354-360, 2008.
34. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: International Journal of Obstetric and Gynaecology*. 116; 67-73, 2009.
35. Gao LL, Liu XJ, Fu BL, Xie W. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery* 31; 865–870, 2015.
36. Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J, Gamble, J. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery*, 31 (1), 239-246, 2015.
37. Hildingsson, I, Nilsson C, Karlström A, Lundgren I. A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 40 (5); 532-543, 2011.
38. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of Childbirth and Duration of Labour: A Study of 2206 Women with Intended Vaginal Delivery. *BJOG* 119(10); 1238-46, 2012.
39. Kjærgaard H, Wijma K, Dykes A-K, Alehagen S. Fear of Childbirth in Obstetrically Low-Risk Nulliparous Women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 26 (4); 340-50, 2008.
40. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH, Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 30 (3);168-174, 2009.
41. Dursun E. Gebelerin Kişilik Özellikleri Ve Kaygı Düzeyleri İle Doğum Korkuları Arasındaki İlişki. N.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir, 2018.
42. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Aström M, Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(1);148-54, 2003.

43. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 4 (2);54-58, 2015.
44. Gözüyeşil YE, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Dergisi. 9; 40- 66, 2008.
45. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı p.103-19, 13.Baskı Özyurt Matbaacılık. Ankara, 2016.
46. Kitapçioğlu G, Yanıkkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 9(1); 47-54, 2008.
47. Aktaş E, Vırıt O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte sosyo demografik değişikliklerin kaygı ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. Nöropsikiyatri Arşivi. 45;85-91, 2008.
48. Coşkun AM. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El kitabı p.4-137-165-225 Koç Üniversitesi yayınları, 2. Baskı. İstanbul, 2016.
49. Şirin, A. Kadın Sağlığı p.26-32. Bedray Yayıncılık 1.Baskı. İstanbul, 2008.
50. Sevil Ü, Etem G. Perinatoloji ve Bakım p.101-124, Nobel Tıp Kitabevi. Ankara, 2016.
51. Beji NK. Kadın sağlığı ve Hastalıkları p.286-304-364-372, Nobel Tıp 2. Baskı. İstanbul, 2017.
52. Babadağlı, B. Gebelik Yaşının Gebelikte Yaşanan Fizyolojik ve Psikolojik Değişikliklere Etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.11(3); 96-105, 2008.
53. Demiray A. Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel Ve Emosyonel Yakınmalar Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2006.
54. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 28:525-32, 2008.
55. Akpınar FZ. Gebelikte Yaşanan Distres İle Gebelikteki Yakınmalar Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2018.
56. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 23(1); 61-64, 2001.

57. Özorhan EY, Ejder AS, Şahin AÖ. Gebelikte ruh sağlığı. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi 2(3); 33-42, 2014.
58. Arslan, B. Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler, TC. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Isparta, 2010.
59. Dağlar G, Nur N, Bilgiç D, Kadioğlu M. Gebelikte Duygulanım Bozukluğu. Kashed. 2(1); 27-40, 2015.
60. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.10(1);13-121, 2007.
61. Demirsoy G, Aksu H. Doğum Korkusunun Nedenleri ve Baş Etme. Kashed. 2 (2); 36-45, 2015.
62. Çalık, KY, Aktaş, S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri Ve Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 3(1);142- 162, 2011.
63. Çakır L, Can H. Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. Turkish Family Physician. 3(2); 35-42,2012.
64. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 45 (2); 65-75, 2011.
65. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. Gebelik Anksiyete Ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Dergisi. 21(2);79-84, 2011.
66. Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 13(2); 78-87, 2003.
67. Budakoglu İ, Maral I, Coşar B, Biri A, Bumin MA. 15 yaş üzeri kadınlarda anksiyete sıklığı ve gelişimini etkileyen faktörler. TJOD.2(2); 92-97, 2005.
68. Coleman VH, Carter MM, Morgan MA, Schulkin J. Obstetrician-Gynecologists' Screening Patterns for Anxiety During Pregnancy. *Depress Anxiety*. 25(2);114-123, 2008.
69. Pişirgen TN. Riskli Gebeliklerde Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2011.

70. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. p. 130-136-137, Mattek Matbaacılık 2. Baskı. Ankara, 2010.
71. Anniverno R, Bramante A, Mencacci C, Durbano F. Anxiety Disorders in Pregnancy and the Postpartum Period. 259-285, 2013.
72. Lee DTS, Chung, Postnatal Depression: An Update. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology.21(2); 183-191, 2007.
73. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri, Trakya Üniversitesi Tıp fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2008.
74. Daştan BN, Deniz N, Şahin B. Kars'ta Gebelerin Ev Ziyareti ile Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 6(2); 71-78, 2015.
75. Kocabaşoğlu N, Başer SZ. Gebelik ve Doğumla Tetiklenen Psikiyatrik Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. 62; 349-354, 2008.
76. Eskici L, Demir Akca AS, Atasoy N, Arıkan İ, Harma M. Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri. Anatol J Clin Investig. 6(1); 10-16, 2012.
77. Sutter-Dallay AL, Giaccone-Marcеше V, Glatigny-Dallay E et al. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the matquid cohort. Eur Psychiatry. 19; 459-463, 2004.
78. Dündar T, Özsoy S, Aksu H, Toptaş B. Obstetrik Özelliklerin Gebelikte Distres Üzerine Etkisi Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 22(1); 17-24, 2019.
79. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. Turk Psikiyatri Derg. 11:3-16, 2000.
80. Stewart D. Depression during pregnancy. Can Fam Physician. 51;1061-1063, 2005.

81. Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi, Elazığ, 2005.
82. Kaya, B. Depresyon: Sosyoekonomik ve kültürel pencereden bakış. Klinik Psikiyatri. 10(6);11-20, 2007.
83. Özyurt, BC, Deveci A. Manisa’da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 21;1-7, 2010.
84. Özgüven H, Baskak B. Depresyon. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları p. 87-102, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2014.
85. Mete EH. Kronik Hastalık ve Depresyon. Klinik Psikiyatri.11(3);3-18, 2008.
86. Karmaliani R, Asad N, Bann CM, Moss N, Mcclure EM, Pahsa O, Wright LL, Goldenberg RL Prevalence of Anxiety, Depression and Associated Factors Among Pregnant Women of Hyderabad, Pakistan. International Journal of Social Psychiatry, 55(5); 414-424, 2009.
87. Ayvaz S, Hocoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 17(4); 243-251, 2006.
88. Luke S, Salihu HM, Alio AP, Mbah AK, Jeffers D, Lo Berry E, Mishkit VR. Risk Factors for Major Antenatal Depression among Low-Income African American Women. Journal of Women’s Health. 18(11); 1841-1846, 2009.
89. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. Obstet Gynecol. 103; 698-709, 2004.
90. Leung BMY, Kaplan BJ. Perinatal Depression: Prevalence, Risks, and the Nutrition Link, A Review of the Literature. Journal of the American Dietetic Association. 109; 1566-1575, 2009.
91. Kocabaşoğlu N, Başer SZ. Gebelik ve Doğumla Tetiklenen Psikiyatrik Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. 62; 349-354, 2008.

92. Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca HH, Muhcu M. Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 45(2); 71-7, 2014.
93. Chung TK, Lau TK, Yip AS, et al. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. Psychosom Med. 63; 830-4, 2001.
94. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, et al. When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. Obstet Gynecol Clin North Am. 36; 771-88, 2009.
95. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. Canadian Nurse Journal. 102; 26-30, 2006.
96. Yalnız H, Türkmen H, Saydam BK, Canan F, Geçici Ö, Kuloğlu Gebelik Ve Psikiyatrik Hastalıklar. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi. 7;1-20, 2016.
97. Onat T. Gebelerde Anksiyete Ve Depresyon Sıklığı Ve Yaşam Kalitesine etkisinin incelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2018.
98. Ayan A, Aksoy C, Edizkan H. Doğuma hazırlık kursunun gebeler üzerine etkisi. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi Bursa Kongre Özet Kitabı p. 423- 424, 2009.
99. Rathfisch G. Doğal Doğum Felsefesi p.1-24, Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2012.
100. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How Social Context Impacts on Women's Fears of Childbirth: A Western Australian Example. Social Science and Medicine. 63(1); 64-75, 2006.
101. Karabulutlu, Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.20 (3); 210-218, 2012.
102. Gözükara F, Eroğlu K, “Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: “Bir kez sezaryen hep sezaryen” yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri”, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 89-100, 2011.

103. Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic and Obstetric Gynaecology*. 23; 229-235, 2002.
104. Dursun P, Yanık FB, Zeyneloglu HB, Baser E, Kuscu E, Ayhan A, 'Why Women Request Cesarean Section Without Medical Indication? *The Journal of Maternal Fetal and Neonatal Medicine*. 24(9); 1133-37, 2011.
105. Aksoy AN. Doğum Korkusu Literatür Değerlendirmesi. *ODÜ Tıp Dergisi*. 2; 161-165, 2015.
106. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 46(2); 212-219, 2004.
107. Özkan HA, Bilgin Z. Kanıta Dayalı Gebelik ve Doğum Yönetimi p.321-331, Ankara Nobel Tıp kitabevleri. Ankara, 2019.
108. Erciyes Ü. Vajinal Doğum Yapan Lohusaların Gebelik Ve Doğum Deneyimleri Ve Doğum Şekline İlişkin Düşünceleri M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek lisans Tezi, İstanbul, 2016.
109. Bal DM, Yılmaz DS. Ebelere yönelik kapsamlı Doğum p.281 Akademisyen Kitabevi. İstanbul, 2017.
110. Kaymak A. Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Doğum Şekli Tercihlerine İlişkin Görüşleri M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
111. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 12; 163-172, 1998.
112. Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda Bedensel Belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2); 90-96, 2005.
113. Yıldız H. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 4 (1);64-71, 2011.
114. Hisli, N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*. 7; 3-13, 1989.
115. Kılınç, S, Torun F. Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*.86(1); 39-47, 2011.

- 116.** Körükçü Ö, Kukul K, Fırat MZ. The reliability and validity of the Turkish version of the WİJMA delivery expectancy/experience questionnaire with pregnant women, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19;193-202, 2008.
- 117.** Körükçü Ö, Kukul K, Fırat MZ. The Reliability and Validity of the Turkish Version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with Pregnant Women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19;193-202, 2012.
- 118.** Tavşancıl, E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara, 2005.
- 119.** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, 2014.
- 120.** Doğdu HY, Özsoy AZ, Gözdemir E, Gülücü S, Demirtürk F. İlk trimesterde depresyon ve anksiyetenin değerlendirilmesi *Medeniyet Medical Journal*. 30 (4);153-158, 2015.
- 121.** Elkin N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzları ve bunları etkileyen faktörler *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*. 8(1); 1-10, 2015.
- 122.** Yücel P, Çayır Y, Yücel M. Birinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu *Klinik Psikiyatri*.16; 7-17, 2013.
- 123.** Balkaya NA, Vural G, Eroğlu K. Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunların İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 4 (1); 6-16, 2014.
- 124.** Harma M, Harma M, Yurtseven Ş, Demir N. Multipar Gebe Kadınlarda Anemi Sıklığı. *T. Klin. Jineköl. Obst*. 14; 12-15, 2004.
- 125.** Arslan H, Özkan A. Prekonsapsiyonel Dönemdeki Kadınların Değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 36 (2); 65-75, 2005.
- 126.** Ortaarık E, Tekgöz İ, Ak M, Kaya E. İkinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.1;16-20, 2012.
- 127.** ACOG Continues to Recommend Against Routine Episiotomy. Ob-Gyns Can Prevent and Manage Obstetric Lacerations During Vaginal Delivery, Says New ACOG Practice Bulletin. 2016. <https://www.acog.org/About->

128. Bekdemir Ö. Vajinal doğum yapan kadınlarda postpartum perineal ağrının değeriendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
129. Kütük SM. Rutin Epizyotomi Uygulamasının Terk Edilmesi. Erciyes Üniversitesi Deneyimi Türkiye Klinikleri Journal Gynecoloji Obstetri 23(3);154-159, 2014.
130. Şahin NH, Yıldırım G ve Aslan E. Evaluating the second stages of deliveries maternity hospital. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi. 17(1); 37-43, 2007.
131. Sullivan C, Hayman R. Instrumental vaginal delivery. Obstet Gynecol Reprod Med. 18(4);99-105, 2008.
132. Çetin BA, Bahat PY, Köroğlu N, Konal M, Akça A. Comparison of Maternal and Neonatal Outcomes of Operative Vaginal Deliveries: Vacuum vs. Forceps. İstanbul Med J. 18;196-9, 2017.
133. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. Am J Obstet Gynecol. 104; 467-76, 2004.
134. Alqahtani AH, Al Khedair K, Al-Jeheiman R, Al-Turki HA, Qahtani NH. Anxiety and depression during pregnancy in women attending clinics in a University Hospital in Eastern province of Saudi Arabia: prevalence and associated factors. International Journal of Women's Health. Annual. Dove Medical Press Limited. 10; 101-8, 2018.
135. Coll CVN, Silveira MF, Bassani DG, Netsi E, Wehrmeister FC, Barros FC, Stein, A. Antenatal Depressive Symptoms Among Pregnant Women: Evidence From a Southern Brazilian Population-Based Cohort Study. Journal of Affective Disorders. 209; 140-146, 2017.
136. Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive Symptoms and Health Related Quality of Life in Early Pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists. 107(4); 798-806, 2006.

137. Eryılmaz S. Gebelikte Beden İmajı ve Depresif Davranışlar Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2017.
138. Meireles JFF, Neves CM, Carvalho PHB, Ferreira, MEC. Body Image, Eating Attitudes, Depressive Symptoms, Self- Esteem and Anxiety in Pregnant Women of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. *Ciencia and Saude Coletiva*. 22(2); 437-445, 2017.
139. Mortazavi F, Agah J. Childbirth Fear and Associated Factors in a Sample of Pregnant Iranian Women. *Oman Medical Journal*. 33(6);497-505, 2018.
140. Bülbül T, Özen B, Çopur A, Kayacık F. 2016 Gebelerin Doğum Korkusu Ve Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 25; 126-130, 2016.
141. Güleç, D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M. Gebelerin Yaşadıkları Doğum Korkusu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*. 24(1); 36-41, 2014.
142. Barut S, Uçar T. Gebelerde doğum öz yeterlilik algısının doğum korkusu ile ilişkisi, *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*.11(2); 107-115, 2018.
143. Şahin S, Güler DS, Özdemir K, Ünsal A. Gebelerde Doğum ile ilgili Bilgi Düzeyi ve Doğum Korkusunun Değerlendirilmesi *Bakırköy Tıp Dergisi*.15;5-14, 2019.
144. Alipour Z, Lamyian, Hajizadeh E, Vafaei MA. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study *Iran J Nurs Midwifery Res*. 16(2); 169-173, 2011.
145. Storksen HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of Childbirth; the Relation to Anxiety and Depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 91(2); 237-42, 2012.
146. Orbay E, Tüzün S, Çinkıt B, Ölmez MB, Tekin S, Purut E, et al. Antenatal anxiety in pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Ankara Med J*. 2;111-8, 2017.
147. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG*. 113(6); 638-46, 2006.

- 148.** Demirci H, Şimşek HN. Effects of Prenatal Education on Fear of Childbirth. *Türkiye Klinikleri J Health Sci.* 3(1);48-56, 2018.
- 149.** Ravid E, Salzer L, Arnon L, Eisner M, Wiznitzer A, Weller A, Koren L, Hadar E. Is there an association between maternal anxiety propensity and pregnancy outcomes? *BMC Pregnancy and Childbirth.* 18(287);2-6, 2018.
- 150.** Güleç D, Öztürk R, Şen S, Güneri SE. Hiperemesis Gravidarum Ve Sağlıklı Gebeliklerde Psikolojik Semptomların Karşılaştırılması: Bir Olgu-Kontrol Çalışması. *Gaziantep Med J.* 20(2);136-140, 2014.
- 151.** Lau Y, DWF Keung DWF. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Soc Sci Med* 64; 1802-1811, 2007.
- 152.** Aslan Ş, Okumuş F. Primipar Kadınların Doğum Deneyim Algıları Üzerine Doğum Beklentilerinin Etkisi. *HSP.* 4(1); 32-40, 2017.
- 153.** Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A. Secondary Fear of Childbirth Prolongs the Time to Subsequent Delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 92(2); 210-4, 2013.
- 154.** Okumuş F, Şahin N. Fear of childbirth in urban and rural regions of Turkey: Comparison of two resident populations. *North Clin Istanbul.* 4(3); 247-256, 2017.
- 155.** Handelzalts JE, Becker G, Ahren MP, Lurie S, Raz N, Tamir Z, Sadan O. Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Archives of Gynecology and Obstetrics.* 291 (5);1055-1062, 2015.
- 156.** Johnson R, Slade P. Does Fear of Childbirth During Pregnancy Predict Emergency Caesarean Section? *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 109(11); 1213-21, 2002.
- 157.** Möller L, Josefsson A, Lilliecreutz C, Gunnervi C, Bladh M, Sydsjö G. Reproduction, fear of childbirth and obstetric outcomes in women treated for fear of childbirth in their first pregnancy: A historical cohort. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 98; 374-381, 2018.
- 158.** Berle JØ1, Mykletun A, Daltveit AK, Rasmussen S, Holsten F, Dahl AA. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT)

and Medical Birth Registry of Norway. *Arch Womens Ment Health.* 8(3);181-9, 2005.

- 159.** Hasanjanzadeh P, Faramarzi M. Relationship between Maternal General and Specific-Pregnancy Stress, Anxiety, and Depression Symptoms and Pregnancy Outcome. *J Clin Diagn Res.*11(4);4-7, 2017.
- 160.** Goedhart G1, Snijders AC, Hesselink AE, Poppel MN, Bonsel GJ, Vrijkotte TG. Maternal depressive symptoms in relation to perinatal mortality and morbidity: results from a large multiethnic cohort study *Psychosom. Med.* 72(8); 769-776, 2010
- 161.** Alessandra S, Roberta L. Tokophobia: When Fear of Childbirth Prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* 1(1); 1-18, 2013.
- 162.** Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, Wigert H, Hessman E, Sjöblom H, Sparud-Lundin C. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth.* 32(2); 99-111, 2019.

10. EKLER

TANIMLAYICI BİLGİ FORMU (EK I)

Bu araştırma, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans Tez Araştırması olarak yürütülmekte olup “son aylarda gebelerde stres, kaygı, bunalım ve korku gibi sorunların gebeliğin sonucuna ilişkin etkisinin belirlenmesi” amacıyla planlanmıştır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Eğer araştırmaya katılırsanız elde edilen veriler eğitim ve bilimsel amaçlarla toplu olarak kullanılacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Size de katılmanız halinde herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum size herhangi bir zarar getirmeyecektir.

Hemşire Çiler KELEŞ GÖZÜTOK

Tel: 0545 896 54 91

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

DEMOGRAFİK, TIBBİ VE OBSTETRİK ÖYKÜ

Gebelik haftası:

1-) Yaşı:

2-) Eğitim durumu:

() İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite

3-) Çalışma durumu (maaşlı herhangi bir iş): () Çalışıyor () Çalışmıyor

4-) Sağlık güvencesi:

() SGK () Özel sağlık sigortası () Yeşil kart () Sağlık güvencesi yok

5-) Medeni durumu: () Evli () Bekâr

6-) Sigara içme durumu: () Evet () Gebeliği sırasında bıraktı () Hayır

7-) Gelir durumunuzu hangisi daha iyi tanımlıyor:

() Düzenli geliri yok () Gelir giderden az

() Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla

8-) Alerjik öyküsü: () Var () Yok Belirtiniz

9-) Geçirilmiş bir operasyon: () Var () Yok Belirtiniz

10-) Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? () Var () Yok Belirtiniz

11-) Kronik bir hastalık durumu: () Var () Yok Belirtiniz

12-) Gravida : Parite : Abortus: Yaşayan: Ölü doğum:

- 13-) Önceki doğum şekli: () Normal spontan doğum () Acil Sezaryen ()
İsteğe bağlı sezaryen () Müdahaleli vajinal doğum
- 14-) Eşinizle kan uyulmazlığı var mı? () Var () Yok
- 15-) Anemi öyküsü var mı? () Var () Yok
- 16-) Gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi? () Evet () Hayır
- 17-) Gebelik sırasında ayaktan bir sağlık sorunu yaşadınız mı (Nedir?)
- 18-) Gebelik sırasında hastanede yattınız mı (Nedir?)

TRAVAY VE DOĞUM TAKİP FORMU (EK II)

- 1-) Doğumun gerçekleştiği gebelik haftası:
- 2-) Hastaneye geldiğinde ilk muayene sonuçları:
- 3-) Doğumun birinci evresinin süresi (4cm'den itibaren):.....dk
- 4-) İkinci evrenin süresi (İkınma)dk

5	Üriner kateter uygulaması	Evet ()	Hayır ()
6	Sürekli fetal monitorizasyon	Evet ()	Hayır ()
7	Ağrı kesici kullanımı (IV, IM)	Evet ()	Hayır ()
8	Doğum indüksiyon uygulaması	Evet ()	Hayır ()
9	Vakum uygulaması	Evet ()	Hayır ()
10	Forseps	Evet ()	Hayır ()
11	Epizyotomi uygulaması	Evet ()	Hayır ()
12	Oral alım kısıtlanması	Evet ()	Hayır ()
13	Hareket kısıtlanması	Evet ()	Hayır ()

14-) Sezaryen şekli nedir?

Acil () Planlı () Anne isteği ile () Eski sectio ()

15-) Anestezi şekli?

Genel () Epidural-Spinal () Spinal ()

16-) Yenidoğan 1.dk. APGAR skoru :.....

17-) Yenidoğan 5. dk. APGAR skoru:.....

18-) Yenidoğan Doğum ağırlığı:

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (EK III)

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 (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacakkorkusu				
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)				

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EK IV)

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 olduğunugörüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4** (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden 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 kızgırım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi 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 sıkın ve sinirlideğilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın 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 göründüğümü 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 gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak 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 sancıları, 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 yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği
(W-DEQ) A versiyonu (EK V)

YÖNERGE

Bu anket formu, kadının doğum sancıları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır.

Her bir sorunun yanıtı 0' dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır.

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancılarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini **hayal ettiğiniz** duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

Lütfen soruları yanıtlarken **hayal ettiğiniz** doğum sancılarınızı ve doğumu düşününüz, *ümit ettiğiniz şekli değil.*

I Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

- 1 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Son derece Hiç
mükemmel mükemmel değil
- 2 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Son derece Hiç
korkunç korkunç değil

II Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

- 3 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Son derece Hiç
yanlız yanlız değil
- 4 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Son derece Hiç
güçlü güçlü değil
- 5 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Son derece Hiç
kendinden emin kendinden emin değil
- 6 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Son derece Hiç
korkmuş korkmamış
- 7 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Son derece Hiç
yüzüstü bırakılmış yüzüstü bırakılmamış

II Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

- 8 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
güçsüz güçsüz değil
- 9 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
güvende güvende değil
- 10 0 1 2 3 4 5
Son derece Bağımlı
bağımsız
- 11 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç umutsuz
umutsuz değil
- 12 0 1 2 3 4 5
Son derece Gerginlik
gergin yok
- 13 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
memnun memnun değil
- 14 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
hoşnut hoşnut değil
- 15 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
terkedilmiş terkedilmemiş
- 16 0 1 2 3 4 5
Tamamen Hiç
kendine hakim kendine hakim değil
- 17 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
rahat rahat değil
- 18 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
mutlu mutlu değil
- Doğum sancuları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?**
- 19 0 1 2 3 4 5

- 20 Aşırı Panik Hiç panik değil
0 1 2 3 4 5
Aşırı ümitsizlik Ümitsizlik yok
- 21 Aşırı çocuğa Kavuşma isteği Hiç çocuğa kavuşma isteği yok
0 1 2 3 4 5
- 22 Aşırı Özgüvenli Özgüveni yok
0 1 2 3 4 5
- 23 Son derece güvenli Kendine güvensiz
0 1 2 3 4 5
- 24 Aşırı ağrılı Hiç ağrı yok
0 1 2 3 4 5

IV Doğum sancularızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

- 25 Son derece kötü bir şekilde davranacağım Kötü bir şekilde davranmayacağım
0 1 2 3 4 5
- 26 Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vermeyeceğim Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vereceğim
0 1 2 3 4 5
- 27 Kontrolümü tamamen kaybedeceğim Kontrolümü kaybetmeyeceğim
0 1 2 3 4 5

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

- 28 Son derece Keyif verici Hiç keyif verici değil
0 1 2 3 4 5

29 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
doğal doğal değil

30 0 1 2 3 4 5
Tamamen olması Hiç olması gerektiği
gerektiği gibi gibi değil

31 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
tehlikeli tehlikeli değil

VI Son bir ay içinde doğum sancuları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?

32 ...doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

33 ... doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

**TEZİN YAPILACAĞI HASTANEDEN ALINAN UYGULAMA İZİNLERİ
(EK VI)**

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER		Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili				
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
		BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
		OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
		ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER		Belge Adı	Açıklama						
		SIGORTA	<input type="checkbox"/>						
		ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>						
		BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>						
		ILAN	<input type="checkbox"/>						
		YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>						
		SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>						
		GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>						
		DİĞER:	<input type="checkbox"/>						
KARAR BİLGİLERİ		Karar No: 8	Tarih: 13.01.2017						
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.									
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza		
Başkan Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR	Çocuk Cerrahisi	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Cetin ÇAM	Kad. Hast. ve Doğum	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Güner KARATEKİN	Neonatoloji	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Mehmet KÜÇÜKBAŞ	Kad. Hast. ve Doğum	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Rabia Gönül SEZER	Çocuk Sağ. Ve Hast.	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Sağ. Bak. Hizm. Müdürü Dr. Yeliz DOĞAN MERİH	Doğum ve Kadın Hastalıkları	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hülya CABADAK	Biyofizik	Marmara Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fulya İlçin GÖNENÇ	Hukuk	Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Günay CAN	Halk Sağlığı	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yard. Doç. Dr. Ahmet Özer ŞEHİRLİ	Farmakoloji	Marmara Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Ahmet ÇETİNALP	Memur	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR
İmza:

Not: Etik kurul başkanının imzasının varlığındaki her sayfaya imza atmalıdır.



ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
EY.FR.22

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Son Trimester Gebelerde Anksiyete, Depresyon ve Doğum Korkusu Düzeyinin Doğum Sonuçlarına Etkisi"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	Zeynep Kamil Mah. Op.Dr.Burhanettin Üstünel Sok. No:4/3 Üsküdar 34668
	TELEFON	0216 391 06 80
	FAKS	0216 343 92 51
	E-POSTA	www.etikkurulsekretarya@zeynepkamil.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Çiler KELEŞ GÖZÜTOK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.



Sayı : 31034136-302.08.01-E.26178
Konu : Çiler KELEŞ GÖZÜTOK
Anket Çalışması

05/12/2016

**İSTANBUL ANADOLU KUZAY
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE**

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Çiler KELEŞ GÖZÜTOK'un, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*Son Trimester Gebelerde Anksiyete, Depresyon ve Doğum Korkusu Düzeyinin Doğum Sonuçlarına Etkisi*" isimli tez çalışması kapsamındaki çalışmalarını Genel Sekreterliğinize bağlı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği'nde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ
Müdür

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Neslin EMEKLİ tarafından 05.12.2016 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden D6FADF66X7 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

11. ETİK KURUL ONAYI

MEDİPOL
UNV

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.20905
Konu : Etik Kurulu Kararı

20/10/2016

Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz Okumuş

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Son Trimester Gebelerde Anksiyete, Depresyon ve Doğum Korkusu Düzeyinin Doğum Sonuçlarına Etkisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 20.10.2016 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden B85C5A2EFA kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	04.10.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	04.10.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>			
Karar Bilgileri	Karar No: 499	Tarih: 19/10/2016				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ilknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Son Trimester Gebelerde Anksiyete, Depresyon ve Doğum Korkusu Düzeyinin Doğum Sonuçlarına Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Filiz Okumuş			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	ÇİLER	Soyadı	KELEŞ GÖZÜTOK
Doğum Yeri	Balıkesir	Doğum Tarihi	03.03.1979
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	
E-mail	cilerkelesgozutok@gmail.com	Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora	-	
Yük. Lis.	İstanbul Medipol Üniversitesi	2019
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2005
Lise	Ankara Cebeci Anadolu S.M.L.	1998

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Enf. Kont.Hemşiresi	Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları E.A.H.	2012- halen
2.	Hemşire	Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi	2009-2012
3.	Hemşire	Geyve Devlet Hastanesi	2007-2009
4.	Hemşire	Hacettepe Üniv. Hastanesi	2005-2007

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	58.37	61.38	61.57

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi