T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SON TRİMESTER NULLİPAR GEBELERDE BAZI SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİN PSİKOSOSYAL SAĞLIK DÜZEYİNE ETKİSİ

Saadet BOYBAY KOYUNCU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Sema DERELİ YILMAZ

Konya-2013

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında profesyonel yardımlarıyla beni destekleyen, zamanını, deneyimlerini ve görüşlerini paylaşan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Sema DERELİ YILMAZ'a, araştırmam boyunca yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. Emel EGE, Yrd. Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU'na ve beni destekleyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **iv**
SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **vii**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Psikososyal Sağlık 3
1.2. Gebelikte Psikososyal Sağlık 4
1.3. Gebelikte Görülen Psikososyal Sorunlarının Etyolojisi 5
1.3.1. Hormonal Faktörler 5
1.3.2. Genetik Faktörler 6
1.3.3. Sosyal ve Çevresel Faktörler 7
1.3.4. Biyolojik Faktörler 8
1.3.5. Psikolojik Faktörler 8
1.4. Gebelikte Depresyon 9
1.5. Gebelikte Anksiyete 10
1.6. Psikososyal Sağlık Durumunun Anne ve Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri 11
1.7. Gebelikte Psikososyal Sorunların Tedavisi 12
1.8. Sağlık Profesyonellerinin Rolü 14
1.9. Araştırmanın Amacı 14
2. GEREÇ ve YÖNTEM **15**
2.1. Araştırmanın Türü 15
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 15
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 15
2.3.1. Araştırmanın Evreni 15
2.3.2. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi 15
2.3.3. Örnek Seçimi 16
2.3.4. Örnek Seçim Kriterleri 16

2.4. Veri Toplanma Tekniği ve Araçları 17
2.4.1. Verilerin Toplama Tekniği 17
2.4.2. Ön Uygulama 17
2.4.3. Veri Toplama Araçları 17
2.5. Araştırmanın Değişkenleri 19
2.5.2. Bağımlı Değişkenler 19
2.5.3. Bağımsız Değişkenler 19
2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları 19
2.7. Araştırmanın Varsayımları 20
2.8. Araştırma Soruları 20
2.9. Verilerin Analizi 20
2.10. Araştırmanın Etiği 21
3. BULGULAR 22
3.1. Araştırma Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 22
3.2. Araştırma Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik, Obstetrik Özelliklerinin ve Gebeliğe Özgü Sorun Yaşama Durumlarının GPSDÖ Puan Ortalamaları ile İlişkisine Yönelik Bulgular 25
4. TARTIŞMA 36
4.1. Araştırma Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması 36
4.2. Araştırma Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik, Obstetrik Özelliklerinin ve Gebeliğe Özgü Sorun Yaşama Durumlarının GPSDÖ Puan Ortalamaları ile İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması 38
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 44
Sonuçlar 44
Öneriler 45
6. ÖZET 46
7. SUMMARY 48

8. KAYNAKLAR 49
9. EKLER..... 56
Ek -A 56
EK- B..... 59
EK-C 63
10. ÖZGEÇMİŞ 63

SİMGELER VE KISALTMALAR

GPSDÖ: Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği

EKT: Elektrokonvülsif Terapi

1. GİRİŞ

Gebelik; kadın yaşamında doğal bir olay olmasına rağmen neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişiklikler, yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanamayacak derecede fazladır (Kuğu ve Akyüz 2001, Bennett ve ark 2004, Marakoğlu ve Şahsıvar 2008). Bu nedenle gebelik kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir. Geçmiş yıllarda gebelik ‘‘psikososyal sorunlar için koruyucu bir dönem’’ olarak görülürken, günümüzde bu görüş kabul görmemektedir (Akdeniz ve Gönül 2004, Yanıkkerem ve ark 2004, Ayvaz ve ark 2006, Şentürk 2008, Nasreen ve ark 2011).

Kadının psikososyal sağlık durumu, gebeliğin seyrini etkileyebildiği gibi, gebeliğin de psikolojik ve duygusal yaşantı üzerinde etkili olabileceği vurgulanmaktadır (Ayvaz ve ark 2006, Akbaş ve ark 2008, Vırıt ve ark 2008, Yıldız 2011). Gebelikte kadının yaşadığı biyolojik, fizyolojik değişikliklerin yanında, anne rolüne ilişkin duygusal, yaşamsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular da ön plana çıkmaktadır (Kuğu ve Akyüz 2001). Bu nedenle gebelikte sık görülen depresyon ve kaygının sadece bir nedenle ilişkilendirilmesi veya açıklanmaya çalışılmasının doğru olmadığı, birden fazla ve karmaşık etmenlerin etkisiyle ortaya çıktığı öne sürülmektedir (Yanıkkerem ve ark 2004, Ayvaz ve ark 2006, Akbaş ve ark 2008, Şentürk 2008, Vırıt ve ark 2008, Karaçam ve Ançel 2009, Çalık ve Aktaş 2011, Yıldız 2011).

Gebelikte psikososyal sağlığın bozulmasında rol oynayan risk etkenleri arasında; daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü (Bernazzani ve ark 1997, Jeong ve ark 2013), ailesel durumlar (Okanlı ve ark 2003), iş durumu, düşük ekonomik düzey (Nasreen ve ark 2011, Olah ve Barry 2013, Fall ve ark 2013), evlilik- eş ilişkisi, yüksek ebeveynlik stresi gibi faktörler üzerinde durulmaktadır (Kuğu ve Akyüz 2001, Cebeci ve ark 2002, İnandı ve ark 2002, Yanıkkerem ve ark 2004, Carroll ve ark 2005, Ayvaz ve ark 2006, Şentürk 2008, Şahin ve Kılıçarslan 2010). Bu özelliklere ek olarak aile içi şiddet, gebelikte alkol, sigara veya keyif verici madde

kullanımı gibi değişkenlerin de rol oynadığı belirtilmektedir (Elsenbruch ve ark 2007, Jeong ve ark 2013). Düşük özsaygı, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi, gebelik döneminde sosyal ve duygusal destek yetersizliği ile sosyal izolasyonun da gebenin psikososyal sağlık durumu üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Kuğu ve Akyüz 2001, İnandı ve ark 2002, Okanlı ve ark 2003, Yanıkkerem ve ark 2004, Carroll ve ark 2005, Olah ve Barry 2013). Kadının gebeliğini rahat ve huzurlu bir şekilde geçirmesi için özellikle algıladığı sosyal destek çok önemlidir (Turner ve ark 1990, Okanlı ve ark 2003, Glazier ve ark 2004, Elsenbruch ve ark 2007, Mermer ve ark 2010, Şen ve ark 2012, Jeong ve ark 2013, Olah ve Barry 2013).

Gebelikte görülen somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete gibi psikososyal sağlıkta meydana gelen değişiklikler, hekimlerce genellikle gebelikle ilgili hormonal ve fiziksel değişikliklere bağlanmakta ve sıklıkla daha az tanınmaktadır. Dolayısıyla da tedavileri aksamakta ve olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Özellikle depresyon ve anksiyetenin, gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonları arttırdığı, yenidoğan sağlığını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Şentürk 2008, Çalık ve Aktaş 2011, Yıldız 2011, Eskici ve ark 2012). Ayrıca, gebelikteki depresyonun doğum sonu depresyonun öncüsü olabileceği, bu nedenle de gebelikteki anksiyete ve depresif semptomların doğum sonu depresyonu öngörmede en güçlü belirleyiciler olduğu vurgulanmaktadır (Ayvaz ve ark 2006, Eskici ve ark 2012).

Sağlık profesyonellerinin amacı, kişilerarası bir süreç içinde birey, aile ve topluma; kendi sağlığını düzeltici ve geliştirici, hastalıkları önleyici yaşam deneyimleri sağlayarak bireylerin kendi potansiyellerini arttırmalarına destek olmaktır (Oflaz 2012). Bu noktada sağlık profesyonellerinden hemşire, ebe ve hekime önemli sorumluluk düşmektedir. Dolasıyla gebe izlemlerinde tıbbi değerlendirme yapılırken, psikososyal sağlık da ihmal edilmemelidir. Bütüncül bir yaklaşım açısından bu oldukça önemlidir. Tüm bu görüşler doğrultusunda bu araştırma ile son trimester nullipar gebelerde bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin psikososyal sağlık düzeyine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.1. Psikososyal Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü (1998)'ne göre sağlık; yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. İnsan, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir bütündür. Biyopsikososyal bir varlık olan insanın, yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için bu üç öğenin birbirleriyle karşılıklı etkileşmesi ve dengeli bir ilişki içinde olması gerekmektedir. Bu öğelerden herhangi birisine müdahale edilirse diğer öğeler de mutlaka bundan etkilenecektir. Bu sebeple insan, bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmalı, sağlanan insani hizmetler de bu çerçevede oluşturulmalı ve bütünlüğü sağlamak adına disiplinlerarası işbirliğine gidilmelidir (Pektaş ve ark 2006, Zengin 2011).

Psikososyal yönden sağlıklı olmak toplumdan topluma, kültürden kültüre değişiklik göstermekle birlikte, çoğunlukla "Bireyin kendi kendisiyle ve çevresiyle dinamik bir denge ve uyum içinde olması" şeklindeki tanımı kabul edilmektedir. Bireyin kendisine ve toplumun beklentilerine cevap verme yeteneğinin kaybolması ve psikososyal sağlığın bozulması psikolojik hastalık göstergesidir. Psikososyal sağlıkta bozukluk, bireyin çevresiyle uyumunu, iş veya okul işlevlerini bozar ve genellikle bireyin stresli olduğu durumlarda ortaya çıkar (Pektaş ve ark 2006).

Psikososyal sağlığı olumsuz etkileyen etmenler arasında; sosyal ve ekonomik yoksunluklar (Okanlı ve ark 2003, Nasreen ve ark 2011, Olah ve Barry 2013), toplumun olumsuz eğitim ve yetiştirme gelenekleri, bir topluma ait olmama, yabancılaşma, topluma aşırı bağlanıp kendi bireyselliğini kaybetme, toplumsal stresler, hızlı sosyal değişimler, göçler, ağır toplumsal bunalımlar, baskılar, genetik gibi toplumsal etkenler sıralanabilir (Pektaş ve ark 2006, Marakoğlu ve Şahsıvar 2008).

Sağlık profesyonelleri, psikososyal sağlığı korunmak amacıyla sağlık eğitimi ve danışmanlık yapabilen, sağlam ya da hasta bireyin psikolojik durumunu algılayıp

davranışlarını değerlendirebilen, bireyin psikolojik gereksinimlerini kavrayabilen, hastaya gerekli bakım, rehberlik, rehabilitasyon desteği sağlayabilen, kişilerarası ilişkilerde bilgi ve becerisi olan çalışanlardır (Şahin ve Kılıçarslan 2010). Ayrıca toplumla iç içe çalışmakla yükümlü olan sağlık profesyonelleri, hastayı ya da risk altındaki bireyi kendi ev ve iş ortamında görme şansına sahiptirler (Diego ve ark 2009). Bireyi, ilişkide olduğu diğer insanlarla birlikte gözleyerek onun yaşamının psikolojik ve sosyal boyutlarını daha gerçekçi biçimde incelemek ve değerlendirmek olumlu sonuçlar doğurabilir.

1.2. Gebelikte Psikososyal Sağlık

Gebelik birçok psikiyatrik hastalık için riskli bir dönemdir. Son yıllarda bu konu üzerinde durulmakta ve mekanizmaları açıklanmaya çalışılmaktadır. Özellikle gebelikte depresyon görülmesine ilişkin birçok çalışma yapılmıştır (Cebeci ve ark 2002, Vırıt ve ark 2008, Şahin ve Kılıçarslan 2010). Eskici ve ark (2012) gebelikte depresyon görülme sıklığını %14,4 olarak bulmuşlardır.

Gebelik dönemi, hormonal ve psikososyal yaşam tarzı değişikliklerinin olduğu çalkantılı bir dönemdir (Kuğu ve Akyüz 2001). Bu dönemde gebenin, gebeliğini ve gelecekteki annelik rolünü benimsemesi gerekmektedir. Bu benimsemeyi, kadının inanç ve tutumları, görev ve sorumluluk anlayışı, ilişkileri ve davranışları etkiler (Yanıkkerem ve ark 2004, Ayvaz ve ark 2006, Marakoğlu ve Şahsıvar 2008, Şentürk 2008).

Anne ve fetus sağlığı açısından önemli sonuçlar doğuran psikososyal sorunların, gebeliğin hangi dönemini daha çok tehdit ettiği bilinmemekle birlikte gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu bilinmektedir (Kuğu ve Akyüz 2001). İlk trimester genellikle yeni duruma ve gebe olunduğu gerçeğine uyumla ilgilidir. Kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlükler ve gereksinimler gebeliğe karşı geliştirilen

tutumda etkilidir (İnandı ve ark 2002). İkinci trimesterde fetusla olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir. Üçüncü trimesterde ise doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar. Bu trimesterde gebe daha duyarlı hale gelir, duygusal bağlılık ve destek arayışları artar (Kuğu ve Akyüz 2001, Yanıkkerem ve ark 2004, Şentürk 2008, Vırıt ve ark 2008). Bu dönemde gebe beden imajıyla ilgili sorun yaşar ve eskisi gibi çekici olmadığını düşünür (Yanıkkerem ve ark 2004, Gümüş ve ark 2011).

İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan "Sosyal Destek Sistemleri" olarak tanımlanır (Ardahan 2006). Sosyal destek sistemi bireyin sosyolojik ve psikolojik sorunlarının çözümü, önlenmesi ve tedavisinin getirdiği zorluklarla başa çıkabilmesinde güçlü bir kaynaktır (Yıldırım 1997). Gebelikte yaşanan psikososyal sorunların çözümünde ise, sosyal desteğe gereksinim artmaktadır. Sosyal destek gebelik dönemindeki kadının annelik rolüne adaptasyon sürecini olumlu yönde etkilemekte, bebeğine olan duyarlılığını artırmakta ve yakınları ile ilişkilerini kolaylaştırmaktadır. Destek eksikliği ise bu deneyimi negatif olarak etkileyebilir (Turner ve ark 1990, Okanlı ve ark 2003, Glazier ve ark 2004, Nazik 2010, Mermer ve ark 2010, Şen ve ark 2012, Jeong ve ark 2013). Gebenin eşi, ailesi ve sağlık profesyonelleri bunun farkında olmalı ve bu süreci rahat geçirebilmesi için gebeye yardımcı olmalıdır (Elsenbruch ve ark 2007, Şen ve ark 2012).

1.3. Gebelikte Görülen Psikososyal Sorunlarının Etyolojisi

1.3.1. Hormonal Faktörler

Gonadal steroidlerin, santral sinir sistemi işlevleri üzerine etkisi ile ilgili bilgilerimiz arttıkça, gebelik ve postpartum dönemin psikososyal sağlık ve davranış üzerine olası rolüne de ilgi artmaktadır. Bu ilginin kaynağında depresyondaki

cinsiyete özgü farklılıklar yer almaktadır (Angold ve Costello 2006, Dennis ve ark 2010).

Kadınlarda hayat boyu östrojen ve progesteron seviyeleri değişiklik gösterir. Pubertede östrojen üretiminde artışla birlikte östrojen üretimindeki döngüsel değişimler başlar. Bu ani artış, nörotransmiter sistemlerdeki duyarlılığı değiştirir. Üreme çağı boyunca östrojen ve progesteronun sabit değişimi sürer. Bu nedenle nörotransmiter sistemler sabit bir şekilde zayıflatılır ya da güçlendirilir. Gebelik ve doğum östrojen ve progesteron seviyelerinde dramatik değişimlerle birlikte hipotalamo-pituiter-adrenal eksende belirgin baskılanmaya sebep olur, bu da depresyona yatkınlıkta artışa sebep olur (Steiner ve ark 2003, Kesebir ve Aksoy 2010). Kessler ve ark (1993) kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı erkeklerin yaklaşık 1,7 ile 2,7 katıdır. Depresyondaki bu cinsiyet farklılığı erken ergenlik yaşlarıyla başlamakta ve 50'li yaşların ortasına kadar sürmektedir, yani üreme çağını içermektedir. Brenda ve ark (2009) gebelikte östrojen ve progesteron düzeyindeki artışla maternal depresyon arasında ilişki bulunmadığını ancak yükselmiş trioid stimüle edici hormonu ile gebelik depresyonu arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu bildirmiştir.

1.3.2. Genetik Faktörler

Genetik etkenler, psikolojik sorunların gelişiminde önemli bir etken olarak dikkati çekmektedir. Ancak psikolojik sorunlarda, genetik faktörler önemli bulunurken genetik dışı etkenleri de göz ardı etmek doğru değildir. Genetik etkenler, stres içerikli yaşam olaylarının etkilerine bağlı olarak depresyona olan duyarlılığı artırarak, majör depresyon etyopatolojisinde rol oynarlar (Ersan ve Abay 2001). Bu yüzdendir ki her iki etken birbirinden bağımsız düşünülmemelidir (Brenda ve ark 2009).

Majör depresyonu olanların birinci derece akrabalarında majör depresyon görülme riski, normal populasyona göre fazladır ve akrabalık derecesi yakınlaştıkça görülme sıklığı artmaktadır (Tracey ve ark 2000). Kendler ve ark (1994) çalışmasında depresif semptomların %30-37'sinin kalıtımsal nedenlerle ilişkili olduğunu saptamıştır. Ailesel benzeşme, esas olarak genetik etkenlerle açıklanmıştır.

1.3.3. Sosyal ve Çevresel Faktörler

Fiziksel, duygusal travmalar, viral enfeksiyonlar, stres, kronik hastalıklar, oral kontraseptif kullanma, bazı sedatif ilaçlar, psikososyal sorunlara zemin hazırlayan çevresel faktörlerdendir. Çevresel faktörler gebelik depresyonun oluşmasında tek faktör olmayıp, genetik eğilimle birlikte depresyon riskini arttırmaktadır (Brenda ve ark 2009, Muzik ve ark 2009).

Partner yokluğu, evlilik sorunları, yalnız yaşama, boşanma, ekonomik düzeyin düşüklüğü, sosyal destek azlığı veya yokluğu, sosyal izolasyon (Jesse ve ark 2005), aile içi şiddet yaşama, geçmişinde: fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet öyküsünün bulunması (Güler 2010), yaşamdaki majör olaylar, sigara tüketimi, alkol ve yabancı madde kullanımı psikososyal sorunları artıran sosyal faktörlerdendir (Brenda ve ark 2009, Şahin ve Kılıçarslan 2010, Nasreen ve ark 2013).

Erbil ve ark (2009)'nın araştırmasında, gebenin öğrenim seviyesi, mesleği, eşinin öğrenim durumu, gelir algısı, geçmişte psikiyatrik sorun yaşama, daha önceki gebeliklerinde psikiyatrik sorun yaşama, bu gebeliğinde fiziksel sorun yaşama, gebeliğin istenmemesi, fetus ve kendi sağlığı hakkında kaygı yaşama ve gebeliğinde akrabalardan destek almama gibi faktörlerin gebelerin depresif semptom şiddetini etkilediğini saptamıştır. Akbaş ve ark (2008) gebelik depresyonunun evlilik süresi ile pozitif, öğrenim durumu ile negatif yönde bir ilişkisi olduğunu saptamıştır. Aynı araştırmada geniş ailede yaşayan gebelerde depresyon puanı çekirdek ailede

yaşayanlara göre anlamlı derecede düşük bulmuştur. Cebeci ve ark (2002)'nın yaptığı araştırmada, kronik fiziksel hastalığı olan kadınların depresif semptom düzeyleri kronik fiziksel hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur. Nasreen ve ark (2011) Bangladeş'te yaptıkları araştırmada, gebelikte depresyon görülme sıklığının %18, anksiyete sıklığının ise %29 olduğunu saptamış ve gebenin partnerinin olmaması, cinsel ve psikolojik şiddete maruz kalması, düşük sosyo-ekenomik durumda olması, sosyal desteğinin olmaması depresyon görülme oranı ile ilişkili bulmuştur.

1.3.4. Biyolojik Faktörler

Biyolojik faktörlerle psikososyal sorunların ilişkisini belirlemek zordur. Biyolojik faktörler hormonlara etki ederek maternal depresyona zemin hazırlarlar. Malnütrisyon veya yetersiz-dengesiz gıda alımı nedeniyle gebedeki beslenme bozukluğu, nörotransmitter ve hormonal fonksiyonları bozarak maternal depresyonun patofizyolojisinin oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Brenda ve ark 2009, Muzik ve ark 2009). Gebelikteki kilo artışı, gebede memnuniyetsizlik yaratarak hem gebelik hem de doğum sonu dönemde depresif belirtileri arttırabilmektedir (Clark ve ark 2009). Aktaş ve ark (2009) gebelerin gebelik sırasında kilo alma korkusunun, depresyon puan ortalamasını istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da arttırdığını saptamışlardır.

1.3.5. Psikolojik Faktörler

Gebenin, geçmişinde depresyon hikayesinin olması, gebeliğine yönelik zıt duygular, geçmişinde psikiyatrik hastalıkların varlığı, yaşın küçük olması, planlanmamış gebelik, gebelik hakkında kararsızlık veya olumsuz düşüncelerin bulunması, dul olma, çocuk sayısının fazla olması (Kuğu ve Akyüz 2001, Lancaster

ve ark 2010), ev içinde şiddetin olması (Güler ve ark 2010, Nasreen ve ark 2011), düşük öğrenim durumu, işsizlik (Olah ve Barry 2013), madde bağımlılığı ve sigara içme gibi nedenler gebelik depresyonunu etkileyen psikolojik faktörlerdendir (Marakoğlu ve Şahsıvar 2008, Brenda ve ark 2009, Muzik ve ark 2009). Dennis ve ark (2010) İngiltere'de üçüncü trimesterde olan gebelerin %9,8'inin depresyonu deneyimlediği ve doğum sonu depresyonda olan kadınların %22,6'sının gebelik döneminde de depresyon yaşadığını bildirmiştir. Ayvaz ve ark (2006) yaptıkları araştırmada depresyon görülme sıklığını %28,1 olarak saptamış ve daha önce geçirilmiş depresyon öyküsünün olmasını ilişkili faktör olarak belirlemiştir.

1.4. Gebelikte Depresyon

Depresyon, gebelikte görülen en yaygın psikiyatrik bozukluktur (Çalık ve Aktaş 2011, Jeong ve ark 2013). Normal ve nörotik kişilerde olan, hafif mizaç bozukluğundan; huzursuzluk, motor retardasyon, erken uyanma, kilo kaybı ve iştahsızlık gibi belirtilerle ve kendini kınama, apati, umutsuzluk, değersizlik hissi, intihar düşüncesi ve girişimi gibi öznel belirtilerle karakterize olan bir sendromdur (Marakoğlu ve ark 2006). Bu belirtiler hafif düzeyden başlayıp şiddetli düzeye kadar ilerleyebilmektedir (Bennett ve ark 2004, Ayvaz ve ark 2006, Çalık ve Aktaş 2011). Türkiye'de gebelikte depresyonun %4-37 arasında değişen oranlarda olduğu belirtilmektedir (Vırıt ve ark 2008, Karaçam ve Ançel 2009, Çalık ve Aktaş 2011, Eskici ve ark 2012).

Gebelik depresyonu, hem gebenin hem de çocuğun sağlığını etkileyen ve sık görülen bir psikososyal sorundur (Bennett ve ark 2004, Field ve ark 2004, Ayvaz ve ark 2006, Şentürk 2008, Eskici ve ark 2012, Studzinska ve ark 2013). Bu sorunlar, annedeki gebeliğe bağlı mizaç değişimine veya fizyolojik değişimlere bağlandığından klinisyenlerce sıklıkla daha az tanınır. İlaveten, bu bozukluklar ilaçların gebelik dönemindeki potansiyel yan etkileri nedeniyle daha az tedavi edilir (Carter ve Kostaras 2005).

Yapılan çalışmalarda, gebelikte görülen depresyonun, doğum komplikasyonları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Varner ve ark 1996, Field ve ark 2004, Eskici ve ark 2012). Gebelikteki depresyon preterm eylem, preeklampsi, zor doğum, doğumda daha fazla cerrahi müdahaleye gereksinim duyma, gebelik haftasına göre küçük fetüs, düşük doğum ağırlıklı ve düşük APGAR skorlu yenidoğan gibi olumsuz tablolara yol açabilmektedir (Field ve ark 2004, Çalık ve Aktaş 2011). Ayrıca, gebelikte görülen depresyonun, doğum sonu depresyon ile ilişkisi olduğu da saptanmıştır (Varner ve ark 1996, Danaci ve ark 2002, Verdoux ve ark 2002, Bennett ve ark 2004, Ayvaz ve ark 2006, Eskici ve ark 2012).

1.5. Gebelikte Anksiyete

Gebelerde karşılaşılan bir diğer önemli sorun da anksiyete bozukluklarıdır. Gerçekte bir tehlikenin var olmadığı ama olası bir tehlikenin yaklaştığı sezildiğinde insanda oluşan duyguya anksiyete denir. Normal nüfusta anksiyete bozukluklarına kadınlarda erkeklerden daha sık rastlanmaktadır (Kuğu ve Akyüz 2001, Eskici ve ark 2012).

Gebelik bir kadın için başlı başına bir anksiyete kaynağıdır. Önemli olan anksiyete bozukluğu ile normal anksiyetenin ayırt edilmesidir (Altshuler ve ark 1998, Kuğu ve Akyüz 2001). Kadınların %30'unda üreme döneminde anksiyete bozuklukları görülebilir (Eskici ve ark 2012). Kuğu ve Akyüz (2001)'ün bildirdiğine göre gebelerin %6,6'sında anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Ancak gebelikte nasıl seyrettiği, anksiyete ve panik atağın gebe ve fetus üzerine olan etkileri hakkında pek az bilgi bulunmaktadır. Eskici ve ark (2012) gebelerde anksiyete görülme oranını %75 olarak bulmuş ve anksiyetenin; preterm eylem, düşük doğum ağırlığı ve polihidramnios gelişimi ile ilişki olduğunu bildirmiştir. Ancak uzamış eylem, erken membran rüptürü, oligohidramnios, intrauterin gelişme geriliği, düşük APGAR skoru ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamamışlardır. Studzinska ve ark (2013) yaptıkları araştırmada anksiyete semptomlarını genellikle çalışmayan, evli olmayan, ekonomik durumu kötü olan gebelerin yaşadığını saptamıştır.

1.6. Psikososyal Sağlık Durumunun Anne ve Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri

Psikososyal sorunların, gebenin psikolojik durumunu etkileyerek, gebelikle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği ve tedavi almayanlarda maternal morbidite ve mortalite hızını (intihar girişimleri dahil olmak üzere) arttırdığı bilinmektedir (Marakoğlu ve Şahsıvar 2008, Muzik ve ark 2009, Çalık ve Aktaş 2011, Olah ve Barry 2013). Depresyondaki gebe kadında, nöroendokrin eksende ve uterusta gerçekleşen kan akımındaki değişiklikler sonucunda hem gebenin hem fetüsün sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Depresyona bağlı olarak gebelerde nöroepinefrin ve kortizol düzeyleri yükselmekte ve bu süreçte yükselmiş nörepinefrin ve kortizol, uterusa olan kan akımını azaltarak çok ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar doğurmaktadır (Muzik ve ark 2009). Rahman ve ark (2007) depresyondaki annelerin bebek ağırlıklarının, depresyonda olmayan annelerin bebeklerine oranla 1,9 kat daha düşük olduğunu saptamışlardır. Zuckerman ve ark (1989), depresif annelerin bebeklerinin artmış kortizol ve katekolamin düzeylerine bağlı olarak doğum sonrası daha sık ağladığını, daha geç avunduğunu ve daha geç uykuya daldıklarını belirtmişlerdir. Field ve ark (2004) depresif annelerin intrauterin dönemdeki bebeklerinin hiperaktif ve fetal kalp atımlarının normalin üzerinde olduğu, yenidoğan döneminde de düşük APGAR skoru ile doğdukları ve daha fazla oranda yoğun bakım ünitelerine başvurdukları saptanmıştır. Gebelikte görülen depresyon ile sigara, alkol ve kokain kullanımı arasında belirgin bir ilişki vardır (Elsenburch ve ark 2007). Bu toksik maddeler hem anneyi hem de fetüsün sağlığını tehlikeye sokup doğumun sağlıksız sonuçlanma riskini artırmaktadır (Zuckerman ve ark 1989, Nasreen ve ark 2011).

Gebelikteki depresyon postpartum dönemde de devam ederse çocuğun ileri yaşamına ait olumsuz etkilenme riski de artmaktadır. Bu olumsuz etkiler; anne-bebek bağının kurulmasında sorunların oluşması, büyümede gerilik, motor ve dil gelişiminde gecikme, duygusal gelişimde bozukluk ve davranış problemleridir (Diego ve ark 2009, Muzik ve ark 2009). Gebelik döneminde görülen depresyonun

tüm bu olumsuz sonuç ve etkilerinin yanında, doğum sonu depresyon riskini de artırdığı belirlenmiştir (Ayvaz ve ark 2006, Bowen ve Muhajarine 2006).

1.7. Gebelikte Psikososyal Sorunların Tedavisi

Gebelikteki psikososyal sorunları önlemedeki ilk adım risk altındaki kadınların belirlenmesidir. Bu risk grubunun erken dönemde (mümkünse gebelik öncesinde) belirlenmesi ve erken tedavisi anne ve bebek üzerindeki olası riskleri de azaltacaktır (Phillips 2005, Karaçam ve Ançel 2009). Gebelikte saptanan psikososyal sorunların tedavi seçenekleri; psikoterapi, farmakolojik tedavi ve farmakoloji dışı (non-farmakolojik) uygulamalardır. Hafif düzeydeki psikososyal sorunların tedavisinde, ilk seçenek olarak psikoterapi ve farmakoloji dışı tedavilerin uygulanması önerilirken, orta ve şiddetli sorunlarda farmakolojik tedavilerin (antidepresanların) kullanımı öne çıkmaktadır (Spinelli ve Endicott 2003). En yaygın olarak kullanılan psikoterapi çeşitleri, sosyal etkileşimler ve yaşamdaki yeni dönemlere uyum sağlayabilme konuları üzerinde duran kişiler arası ilişkiler psikoterapisi ve hastaların kendi başlarına çeşitli düşünce türleriyle başa çıkabilmelerini amaçlayan bilişsel-davranışçı tedavidir. Gebelikte kişiler arası ilişkiler psikoterapisinin kullanılması ile 16 hafta sonunda psikolojik durumun yeterince düzeldiği gösterilmiştir (Alkan 2009). Nonfarmakolojik tedavi yaklaşımlarının prenatal depresyonda etkinliği üzerine yapılmış çok az çalışma bulunmaktadır (Ward ve Zamorski 2002).

Gebelik sırasında antidepresan ilaç tedavisi, teratojenite, neonatal toksisite ve çocuğun gelişimi üzerinde olumsuz etkiler oluşturma riskleri taşımaktadır. Bu durum hem gebenin hem de hekimin endişelenmesine sebep olmaktadır. Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri'nin veya venlafaksinin teratojeniteyi artırdığına dair geçerli bir kanıt bulunmasa da ilk trimesterde bu konudaki temel endişe, fetüste oluşabilecek malformasyonlardır. Üçüncü trimesterde antidepresanlara maruziyet ile respiratuar distres, beslenme problemleri ve düşük doğum ağırlığı gibi yenidoğan problemleri ile doğrudan ilişkili olduğu için bu dönemde daha çok yenidoğanda görülebilecek olan

çekilme belirtilerinden endişelenilir. Ancak bu etkiler geçicidir (Buist 2000, Citrin ve ark 2008).

Farmakolojik olmayan (nonfarmakolojik) yöntemlere yönelik sınırlı çalışmalar mevcuttur. Elektrokonvülsif Terapi (EKT), yoga, masaj, meditasyon, egzersiz, beslenme (özellikle omega-3) gibi alternatif tedaviler gebelik depresyonunda uygulanan başlıca farmakolojik olmayan yöntemlerdir (Brenda ve ark 2009, Dimidjian ve Goodman 2009). Chang ve Chen (2008) psikoterapinin ve müzik dinlemenin antenatal depresyonu iyileştirmede yarar sağladığını bildirmişlerdir. Bowen ve Muhajarine (2006) gebelere yapılan masajın ve EKT uygulamasının depresif belirtileri azalttığı ya da tamamen ortadan kaldırdığını bildirmişlerdir. Manber ve ark (2004) majör depresyon tanısı almış gebeler üzerinde yaptıkları çalışmalarında; tedavinin birinci ayının sonunda akupunktur uygulamasının masaj uygulamasına göre gebelerde depresif belirtileri daha fazla azalttığını saptamışlardır.

Gebelikte görülen psikososyal sorunların tedavisinde karar verirken, hekim ve hasta işbirliği içinde olmalıdır. Her gebenin tedavisinin kendisine özgü seçilmesi gerekmektedir. Örneğin, gebe kaldığında ilaç kullanmakta olup tekrarlayan depresif atak geçirme hikayesi olan kadınlar, doğum sonu dönem dahil gebelikleri boyunca ilaçlarını kullanmaya devam etmeleri konusunda teşvik edilmelidirler. Yine şiddetli depresyon geçirme öyküsü olup gebeliğinde atak geçiren hastalara, geçmiş atağında başarılı cevap alınmış olan antidepresan tedavinin önerilmesi gerekmektedir. Gebeliğinde ilk depresif atağını yaşayan hastalar için antidepresanlar, ancak depresyon şiddetli ise ve psikoterapiye cevap vermiyor ise önerilebilir. Kar-zarar oranına bakıldığında, gebelikte görülen depresyonun tedavi edilmesinin olumlu sonuçlar getireceği daha ağır basmaktadır (Buist 2000, Kesebir ve Aksoy 2010).

1.8. Sağlık Profesyonellerinin Rolü

Kadın için gelişimsel kriz olarak tanımlanan gebelik dönemi, biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar karmaşık, sosyolojik ve psikolojik bir süreçtir (Yıldırm 1997). Kadının bu süreci daha sağlıklı geçirmesi için sosyal destek sistemlerinin güçlü olması ve toplum içinde kabul görmesi önemli bir etkendir. Sosyal destek, gebelikte psikososyal sağlığı koruyarak gebenin yaşam kalitesini yükseltmektedir (Turner ve ark 1990, Glazier ve ark 2004). Gebelik döneminde kadınların fiziksel olarak değerlendirilmesinin yanısıra onların yaşadıkları çevre ile beraber psikososyal sağlıklarının da değerlendirilmesi ihmal edilmemelidir (Kim ve ark 2009). Sağlık profesyonelleri, anne ve bebeğin sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık rollerini gerçekleştirerek, gebelerin, annelik rollerine uyum sağlaması, kendisinin ve bebeğinin bakımını sağlıklı olarak sürdürmesine, sosyal destek sistemlerinin artırılmasına katkıda bulunmalıdırlar. Bu amaçla sağlık profesyonellerinin, hizmet içi eğitim aracılığıyla farkındalıkları artırılarak bu konuda bilinçlenmeleri sağlanmalıdır.

1.9. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma ile son trimester nullipar gebelerde bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin psikososyal sağlık düzeyine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı türde yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Gaziantep il merkezinde bulunan Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi'nin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde yapılmıştır. Araştırmanın, Şehitkamil Devlet Hastanesi'nde yapılmasının sebebi, bu hastaneye başvuran gebe sayısının fazla olmasıdır. Hastanenin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine 2011 yılında başvuran gebe sayısı 13491 dir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

2.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Şehitkamil Devlet Hastanesi'ne başvuran hiç doğum yapmamış ve gebeliğinin son trimesterinde olan gebeler oluşturmuştur.

2.3.2. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmada örnek büyüklüğünün belirlenmesinde bağımlı değişkene ait belirleyicilerin tanımlanması araştırmalarında önerilen örneklem büyüklüğü analizden yararlanılmış ve bağımsız değişken sayısı dikkate alınarak (22); 0,05 önemlilik değeri, %90 güç ve 0,15 etki büyüklüğü parametreleri kullanılarak örnek sayısı 206 bulunmuş, veri kayıpları olabileceği düşünülerek belirtilen sayının %10

daha fazlasının araştırmaya alınması planlanmış ve sonuçta örneklem büyüklüğü 227 olarak belirlenmiştir (Cohen ve ark 2003). Kadınların 2'si Türkçe bilmediği 3'ü de çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışma 222 gebeden veri toplanarak tamamlanmıştır.

2.3.3. Örnek Seçimi

Örnek seçiminde, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneğini, belirtilen hastanede rutin antenatal kontroller için kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran, gebeliğin son trimesterinde olan, örnek seçim kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden nullipar gebeler oluşturmuştur.

2.3.4. Örnek Seçim Kriterleri

- Tedavi gebeliği olmayan,
- Tek, canlı ve sağlıklı fetüse sahip olan,
- Gebeliğinin son trimesterinde olan,
- Kronik bir hastalığı olmayan,
- Psikiyatrik bir hastalığı olmayan,
- Evli ve eşi ile beraber yaşıyor olan,
- Okur-yazar ve üzerinde eğitime sahip olan gebeler araştırma grubunu oluşturmuştur.

2.4. Veri Toplanma Tekniği ve Araçları

2.4.1. Verilerin Toplama Tekniği

Veriler 30.01.2013-01.05.2013 tarihleri arasında hastanenin non stress testinin uygulandığı odalarda araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler ile yapılmıştır. Anket formları 15-20 dakikada içinde cevaplanmıştır.

2.4.2. Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesi hastaneye başvuran 10 gebeye uygulanmıştır. Bu uygulama sonucunda anketlerde anlaşılamayan ifadeler belirlenip yeniden gözden geçirilmiştir. Ön uygulamada yer alan gebeler araştırma örneğine alınmamıştır.

2.4.3. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında gebelerin sosyo-demografik, obstetrik özelliklerini incelemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ve gebelerin psikososyal sağlık düzeylerini incelemek için GPSDÖ (Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği) kullanılmıştır.

2.4.3.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerini İnceleyen Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür (Kuğu ve Akyüz 2001, Ayvaz ve ark 2006, Akbaş ve ark 2008, Vırıt ve ark 2008, Yıldız 2011) doğrultusunda oluşturulan anket formu bireye ait sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri incelemek için 19 sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik özellikler; yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, eşin yaşı, eşin öğrenim durumu, çalışma durumu, ailenin aylık ortalama geliri, algılanan ortalama gelir, aile tipi, en uzun yaşanılan yer, evlilik süresi, evlilik kararının nasıl alındığını araştırmaya yönelik sorulardan oluşmuştur. Gebelerin obstetrik özellikleri; şu anki gebelik haftası, bebeğinin cinsiyeti, düşük öyküsü, düzenli olarak kontrole gelip gelmediği, kaç kez geldiği, gebelikte herhangi bir sorun yaşanıp yaşanmadığı, yaşadı ise ne tür sorunların yaşandığı, gebelik ile ilgili bilgi alma durumu, hangi konularda bilgi almayı istediğini araştırmaya yönelik sorular ile sorgulanmıştır.

2.4.3.2. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği

GPSDÖ Yıldız (2011) tarafından gebelikte psikososyal sağlığın değerlendirilmesini belirlemek amacıyla geliştirilmiş ve geçerlilik güvenilirliği yapılmış bir ölçektir. GPSDÖ'nin toplam madde sayısı 46'dır. Ölçeğin 6 alt grubu vardır. Bu alt gruplar; "**Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler**"i, "**Kaygı ve strese ait özellikler**"i, "**Aile içi şiddete ait özellikler**"i, "**Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler**"i "**Ailesel özellikler**"i (gebenin kendi ailesi ile ilişkisine yönelik) ve "**Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler**"i kapsamaktadır. Likert tipi olan GPSDÖ'de puanlama 1 den 5 e kadardır ve "çok fazla" (5) ile "hiç" (1) arasında değişen ifadelerle derecelendirilmiştir. Ölçekten totalde ve alt gruplarında alınan puan ortalaması en yüksek 5, en düşük 1 (çok fazla 5, fazla 4, orta 3, az 2, hiç 1) dir. Ölçekten elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek

ortalama değer saptanır ve 1 ile 5 arasında sonuç elde edilir. Sonuçta toplam puan 5'ten uzaklaşıp 1'e yaklaştıkça gebelikte psikososyal sağlık düzeyinde problem olduğunu gösterir ve 1 puan psikososyal sağlığın çok kötü olduğunu ifade eder. Alt boyutlarda da aynı değerlendirme söz konusudur ve puan 1'e yaklaştığı ölçüde o faktöre ait problem olduğunu gösterir. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında Cronbach Alfa iç tutarlılık değeri 0,93 olarak belirtilmiştir. Ayrıca ölçekteki her bir madde için, çıkarılması durumunda Cronbach Alfa değeri tek tek incelendiğinde, sonucun değişmediği bildirilmiştir. Araştırmasında 46 maddenin faktör yüklerinin 0,37-0,83 arasında değiştiğini saptamıştır. Yapı geçerliliği için yapılan faktör analizinde, maddelerin faktör yüklerinin 0,37 ile 0,83 arasında değiştiğini saptamış ve 6 faktörde toplandığını belirlemiştir. Faktörlerin kendi içindeki maddelerin Cronbach Alpha değerleri 0,76 ile 0,92 arasında değiştiğini bulmuştur. Altılı faktörün toplam varyansı açıklama yüzdesini 58,75 olarak bulmuştur (Yıldız 2011). Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0, 90 bulunmuştur.

2.5. Araştırmanın Değişkenleri

2.5.2. Bağımlı Değişkenler

- Gebelerin psikososyal ölçek puanı

2.5.3. Bağımsız Değişkenler

- Sosyo -demografik özellikler
- Obstetrik özellikler
- Gebeliğe özgü sorun yaşama

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın sonuçları yalnızca araştırmanın yapıldığı grup için geçerlidir, topluma genellenemez.
- Araştırmaya okur-yazar olmayanların dahil edilmemesi sosyal destek düzeyi ve psikososyal sağlık arasındaki ilişkiyi araştırmak açısından sınırlılık oluşturmaktadır.
- Bu araştırmada, anket tekniği kullanıldığı için katılımcıların geçmişle ilgili durumlarını hatırlaması güç olabilir veya bazı anket sorularından hassasiyet duyarlarsa bilinçli ya da bilinçsiz olarak yanıltıcı cevap verebilirler.

2.7. Araştırmanın Varsayımları

- Örnek grubun evreni temsil ettiği varsayılmıştır
- Araştırma yürütülürken bilgilerine başvurulan kişilerin bildirimlerinin yeterli ve doğru olduğu varsayılmıştır.

2.8. Araştırma Soruları

1. Gebelerin psikososyal sağlık düzeyi nedir?

2. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre psikososyal sağlık düzeyleri değişmekte midir?

3. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre psikososyal sağlık düzeyleri değişmekte midir?

4. Gebelerin gebeliğe özgü sorun yaşamasına göre psikososyal sağlık düzeyleri değişmekte midir?

2.9. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri kontrolü yapılmıştır. Araştırma verilerinin istatistiksel analizi SPSS 20,0 paket programında yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu skewness, kurtosis değerleri ve analitik (Kolmogorov-Smirnov Test) yöntemlerle değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı veriler ortalama ve standart sapması, sıklıkların oranı verilmiştir. GPSDÖ toplam ve alt boyut puanları normal dağılım göstermediği için gruplar arasındaki karşılaştırmalarda Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri yapılmıştır. Fark yaratan grubun belirlenmesinde pairwised comparison testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak 0,05'in altındaki değerler anlamlı kabul edilmiştir.

2.10. Araştırmanın Etiği

Araştırmaya katılan bireylere araştırma ile ilgili açıklama yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırma öncesi araştırmanın ilgili kurumlarda yürütülmesi için Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi'nin Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Selçuk Üniversitesi Etik Kurul Onayı (Ek-C) alındı.

3. BULGULAR

3.1. Araştırma Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin sosyo-demografik, obstetrik özellikleri ve gebeliğe özgü yaşanan sorunlara yönelik tanımlayıcı bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.1.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımları (n=222).

Tanıtıcı Özellikler	**Ortalama**	**Standart Sapma (SS)**
Yaş	23,04	4,28
Evlilik Süresi (Ay)	15,93	9,47
Aylık Gelir	1103,85	797,83
Öğrenim Durumu	**Sayı**	**Yüzde (%)**
İlkokul	100	(45,0)
Ortaokul	63	(28,4)
Lise ve Üstü	59	(26,6)
Çalışma Durumu		
Çalışan	30	(13,5)
Çalışmayan	192	(86,5)
Algılanan Gelir		
İyi	31	(14,0)
Orta	133	(59,9)
Kötü	58	(26,1)
Aile Tipi		
Çekirdek aile	137	(61,7)
Geniş Aile	85	(38,3)
Uzun Süre Yaşanılan Yer		
İl	192	(86,5)
İlçe/Köy	30	(13,5)
Evlilik Kararı		
Görücü Usulü	131	(59,0)
Anlaşarak	91	(41,0)

Araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı Çizelge 3.1.1'de gösterilmiştir. Gebelerin yaş ortalaması 23,04±4,28, evlilik süre ortalaması 15,93±9,42 ay ve aylık gelir ortalamasının 1103,85±797,828 olduğu saptanmıştır. Gebelerin %45'inin ilkokul mezunu olduğu, %13,5'inin çalışmadığı, %59,6'sının aylık gelirini orta olarak algıladığı, %61,7'sinin çekirdek aile olduğu, %86,5'inin uzun süre ilde yaşadığı ve %59'unun görücü usulü ile evlilik kararı aldığı saptanmıştır (Çizelge 3.1.1).

Çizelge 3.1.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=222).

Gebelerin Doğurganlık Özellikleri	**Ortalama**	**Standart Sapma (SS)**
Gebelik Haftası	31,99	4,38
Antenatal Kontrole Gitme Sayısı	7,09	2,13
	Sayı	**Yüzde (%)**
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	92	(41,4)
Erkek	130	(58,6)
Düşük Öyküsü		
Evet	51	(23)
Hayır	171	(77)
Düzenli Kontrole Gitme Durumu		
Evet	196	(88,3)
Hayır	26	(11,7)
Kontrole Gidilen Yer		
Devlet hastanesi	177	(79,7)
Özel hastane	45	(20,3)
Gebelikte Sorun Yaşama Durumu		
Evet	220	(99,1)
Hayır	2	(0,9)

Araştırma kapsamına alınan gebelerin obstetrik özelliklerine yönelik tanıtıcı bilgiler Çizelge 3.1.2'de verilmiştir. Gebelerin gestasyonel haftası 31,99±4,38 hafta, antenatal dönemde kontrole gitme sayısı 7,09±2,13'tür. Gebelerin %23'ünün daha

önce düşük öyküsü olduğu ve %88,3'ünün düzenli kontrole gittiği, %99,1'inin gebelikte sorun yaşadığı, %79,7'sinin ise devlet hastanesinde antenatal bakım aldıkları saptanmıştır (Çizelge 3.1.2).

Çizelge 3.1.3. Gebelerin Bilgi Almak İstedikleri ve Bilgi Aldıkları Konuların Dağılımı (n=222).

	Gebelerin bilgi almak istedikleri konular		**Gebelerin bilgi aldıkları konular**	
	Sayı	**Yüzde(%)**	**Sayı**	**Yüzde(%)**
Fiziksel Değişiklikler (Evet)	166	(74,8)	55	(24,8)
Psikolojik/Duygusal Değişiklikler (Evet)	161	(72,5)	10	(4,5)
Ebeveynliğe Hazırlık (Evet)	158	(71,2)	10	(4,5)
Doğum Eylemi (Evet)	165	(74,3)	12	(5,4)
Bebek Bakımı (Evet)	159	(71,6)	25	(11,3)

Hayır cevapları tabloya eklenmemiştir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin bilgi almak istedikleri ve bilgi aldıkları konuların dağılımı Çizelge 3.1.3'te verilmiştir. Bilgi almak istenilen konulara bakıldığında, gebelerin %74,8'inin gebelikte yaşanan fiziksel değişiklikler, %72,5'nin psikolojik değişiklikler, %71,2'sinin ebeveynliğe hazırlık, %74,3'ünün doğum eylemi, %71,6'sının bebek bakımı ile ilgili konular hakkında bilgi almak istedikleri ancak; fiziksel değişiklikler ile ilgili sadece %24,8'inin, psikolojik değişiklikler ile ilgili %4,5'nin, ebeveynliğe hazırlık ile ilgili %4,5'inin, doğum eylemi ile ilgili %5,4'nün, bebek bakımı ile ilgili ise %11,3'ünün eğitim alabildiği saptanmıştır (Çizelge 3.1.3).

Çizelge 3.1.4. Gebelerin Birinci, İkinci ve Üçüncü Trimesterlere Göre Yaşadıkları Sorunların Dağılımları (n=222).

	İlk Trimester		**İkinci Trimester**		**Üçüncü Trimester**	
Yaşanan Sorunlar	**Sayı**	**Yüzde (%)**	**Sayı**	**Yüzde (%)**	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Bulantı (Evet)	180	(81,1)	62	(27,9)	46	(20,7)
Kusma (Evet)	165	(74,3)	49	(22,5)	26	(11,7)
Kanama (Evet)	36	(16,2)	0	(0,0)	0	(0,0)
Uyku problemi (Evet)	77	(34,7)	42	(18,9)	171	(77,0)
Kas ağrıları (Evet)	99	(44,6)	83	(37,4)	209	(94,1)

Hayır cevapları tabloya eklenmemiştir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin trimesterlere göre yaşadıkları sorunların dağılımı Çizelge 3.1.4'te verilmiştir. Buna göre; ilk trimesterde olan gebelerin %81,1'inin bulantı, %74,3'ünün kusma, %16,2'sinin kanama, %34,7'sinin uyku problemi ve %44,6'sının kas ağrıları yaşadığı saptanmıştır. İkinci trimesterde gebelerin %27,9'unun bulantı, %22,5'inin kusma, %18,9'unun uyku problemi ve %37,4'ünün kas ağrıları yaşadığı, kanama problemi yaşayan gebe olmadığı tespit edilmiştir. Üçüncü trimesterde ise, gebelerin %20,7'sinin bulantı, %11,7'sinin kusma, %77'sinin uyku problemi ve %94,1'inin kas ağrıları yaşadığı ve gebelerin bu trimesterde kanama problemi yaşamadığı saptanmıştır (Çizelge 1.1.4).

3.2. Araştırma Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik, Obstetrik Özelliklerinin ve Gebeliğe Özgü Sorun Yaşama Durumlarının GPSDÖ Puan Ortalamaları ile İlişkisine Yönelik Bulgular

Çizelge 3.2.1. Gebelerin Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=222).

	Ortalama	Standart Sapma
Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler	4,25	0,57
Kaygı ve strese ait özellikler	3,13	0,71
Aile içi şiddete ait özellikler	3,35	0,67
Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler	4,69	0,48
Ailesel özellikler	4,46	0,64
Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler	3,73	0,78
GPSDÖ toplam	3,95	0,45

Araştırmaya alınan gebelerin GPSDÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları Çizelge 3.2.1'de verilmiştir. Buna göre; "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 4,25±0,57, "Ailesel özellikler" alt boyut puan ortalaması 4,46±0,64 ve "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 4,69±0,48 olarak saptanmıştır. Gebelerin psikososyal sağlığının bu alt boyutlarda oldukça iyi olduğu belirlenmiştir. Gebelerin "Kaygı ve strese ait özellikler" alt boyut puan ortalamasının 3,13±0,71 olduğu, "Aile içi şiddete ait özellikler" alt boyut puan ortalamasının 3,35±0,67, "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalamasının 3,73±0,78 ve GPSDÖ toplam puanının 3,95±0,45 olduğu bulunmuş ve bu alt boyutlarda gebelerin psikososyal sağlık durumlarının iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.2.1).

Çizelge 3.2.2. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre GPSDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=222).

	GPSDÖ toplam	Gebelik ve eş ilişkisi	Kaygı ve stres	Aile içi şiddet	Psikososyal destek	Ailesel özellikler	Fiziksel-psikososyal değişiklikler
Yaş							
18-24 Yaş	3,95±0,47	4,26±0,60	3,13±0,70	4,67±0,53	3,35±0,68	4,52±0,62	3,75±0,78
25 Yaş ve Üstü	3,93±0,39	4,23±0,51	3,12±0,72	4,75±0,33	3,35±0,68	4,32±0,67	3,68±0,78
z	-1,030	-1,081	-0,055	-0,525	-0,116	-2,763	-0,665
p	0,303	0,280	0,956	0,600	0,907	0,006	0,506
Öğrenim Durumu							
İlkokul	3,90±0,46	4,21±0,58	3,02±0,72 *	4,70±0,39	3,20±0,76 *	4,45±0,57	3,80±0,71
Ortaokul	4,01±0,42	4,37±0,55	3,16±0,65	4,72±0,54	3,36±0,57	4,55±0,62	3,86±0,68
Lise ve Üstü	3,94±0,44	4,20±0,58	3,29±0,72	4,64±0,54	3,58±0,56	4,37±0,75	3,46±0,93
KW	4,353	5,636	7,289	1,966	12,960	3,530	6,005
p	0,113	0,060	0,026	0,374	0,002	0,171	0,050
Algılanan gelir							
İyi	4,11±0,46[§]	4,33±0,64	3,63±0,54[#,§]	4,72±0,53	3,81±0,54[#,§]	4,48±0,75	3,56±1,17
Orta	3,95±0,46	4,27±0,56	3,12±0,74[¶]	4,66±0,52	3,40±0,68[¶]	4,45±0,65	3,77±0,67
Kötü	3,83±0,38	4,18±0,58	2,89±0,55	4,74±0,33	2,98±0,54	4,47±0,56	3,70±0,76
KW	11,817	3,296	25,558	0,668	35,073	1,089	0,377
p	0,003	0,192	<0,001	0,716	<0,001	0,580	0,828

z: Mann Whitney U testi.

KW: Kruskal-Wallis Varyans analizi.

- Liseye göre farklı (pairwised comparison testi).
- Gelirini orta olarak algılayan gruba göre farklı (pairwised comparison testi).
- Gelirini kötü olarak algılayan gruba göre farklı (pairwised comparison testi).
- Gelirini kötü olarak algılayan gruba göre farklı (pairwised comparison testi).

Araştırmaya alınan gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre GPSDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Çizelge 3.2.2'de verilmiştir. Buna göre; yaşı 18-24 aralığında olan gebelerde "Ailesel özellikler" alt boyut puan ortalaması 4,52±0,62, yaşı 25 ve üstünde olanlarda 4,32±0,67'dir. Yaş grupları arasında "Ailesel özellikler" alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($p<0,05$), fakat GPSDÖ toplam puanı ve diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.2).

Öğrenim durumu ilkokul olanlarda "Kaygı ve strese ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 3,02±0,72, ortaokul olanlarda 3,16±0,65, lise ve üstü olanlarda 3,29±0,72'dir. Öğrenim durumu ilkokul olanlarda "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 3,20±0,76, ortaokul olanlarda 3,36±0,57, lise ve üstü olanlarda 3,58±0,56'dır. Öğrenim durumuna göre "Kaygı ve strese ait özellikler" ve "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($p<0,05$), ancak GPSDÖ toplam puanı ve diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$). Farkın, ilkokul mezunları ile lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahip bireyler arasında olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 3.2.2).

Aylık gelirlerini iyi algılayan gebelerde "Kaygı ve strese ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 3,63±0,54, orta olarak algılayanlarda 3,12±0,74, kötü olarak algılayanlarda 2,89±0,55 olarak saptanmıştır. Aylık gelirini iyi algılayan gebelerde "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 3,63±0,54, orta olarak algılayanda 3,12±0,68, kötü olarak algılayanda 2,89±0,54 olarak saptanmıştır. Aylık gelirlerini iyi algılayan gebelerde GPSDÖ toplam puanı 4,11±0,46, orta olarak algılayanlarda 3,95±0,46, kötü olarak algılayanlarda

3,83±0,38 olarak saptanmıştır. Algılanan gelir durumuna göre "Kaygı ve strese ait özellikler", "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması ve GPSDÖ toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($p<0,05$), ancak diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Farkın, gelirini iyi olarak algılayan gebeler ile orta ve kötü olarak algılayanlar arasında ve gelirini orta olarak algılayan gebeler ile kötü olarak algılayanlar arasında olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.2.2).

Çizelge 3.2.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre GPSDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=222).

	GPSDÖ toplam	Gebelik ve eş ilişikisi	Kaygı ve stres	Aile içi şiddet	Psikososyal destek	Ailesel özellikler	Fiziksel-psikososyal değişiklikler
Bebeğin Cinsiyeti							
Kız	3,91±0,44	4,19±0,57	3,05±0,70	4,65±0,52	3,30±0,65	4,42±0,72	3,82±0,84
Erkek	3,97±0,45	4,30±0,58	3,19±0,71	4,72±0,44	3,38±0,69	4,49±0,58	3,66±0,73
z	-1,376	-1,914	-1,210	-1,383	-0,691	-0,100	-2,261
p	0,169	0,056	0,226	0,167	0,490	0,921	0,024
Düşük Öyküsü							
Evet	3,82±0,44	4,21±0,54	2,90±0,70	4,63±0,47	3,16±0,73	4,33±0,77	3,58±0,69
Hayır	3,98±0,44	4,27±0,59	3,20±0,70	4,71±0,48	3,40±0,65	4,50±0,59	3,77±0,80
z	-2,360	-1,466	-2,696	-1,780	-1,924	-1,269	-2,164
p	0,018	0,143	0,007	0,075	0,054	0,204	0,030
Düzenli Kontrole Gitme Durumu							
Evet	3,95±0,41	4,27±0,55	3,13±0,69	4,71±0,42	3,37±0,66	4,47±0,61	3,71±0,78
Hayır	3,88±0,67	4,16±0,74	3,13±0,85	4,56±0,78	3,16±0,77	4,41±0,87	3,84±0,79
z	-0,202	-0,094	-0,356	-0,057	-1,673	-0,655	-0,717
p	0,840	0,925	0,721	0,954	0,094	0,513	0,474

z: Mann Whitney U testi.

Araştırmaya alınan gebelerin obstetrik özelliklerine göre GPSDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Çizelge 3.2.3'te gösterilmiştir. Buna göre; bebeğinin cinsiyeti kız olan gebelerde "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler" alt boyut puan ortalaması 3,82±0,84, erkek olanlarda ise 3,66±0,73 olarak saptanmıştır. Bebeğin cinsiyetine göre "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal

değişiklikler" alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiş ($p<0,05$), ancak GPSDÖ toplam puanı ve diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.3).

Düşük öyküsü olanlarda "Kaygı ve strese ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 2,90±0,70, olmayanlarda 3,20±0,70 olarak saptanmıştır. Düşük öyküsü olan gebelerde "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 3,58±0,69, olmayan gebelerde 3,77±0,80 olarak saptanmıştır. Düşük öyküsü olan gebelerde GPSDÖ ölçeğinin toplam puanı 3,82±0,44, olmayanlarda 3,98±0,44 olarak saptanmıştır. Düşük öyküsüne göre "Kaygı ve strese ait özellikler", "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalamaları ve GPSDÖ ölçeğinin toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($p<0,05$), fakat diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.3).

Düzenli kontrole gitme bakımından GPSDÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları benzer bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.3).

Çizelge 3.2.4. Gebelikte İlk, İkinci ve Üçüncü Trimesterlerde Bulantı Sorunu Yaşanmasına Göre GPSDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=222).

	GPSDÖ toplam	Gebelik ve eş ilişkisi	Kaygı ve stres	Aile içi şiddet	Psikososyal destek	Ailesel özellikler	Fiziksel-psikososyal değişiklikler
Bulantı							
1-3 Ayda Bulantı							
Evet	3,93±0,47	4,21±0,60	3,10±0,72	4,67±0,51	3,34±0,68	4,47±0,63	3,73±0,75
Hayır	4,03±0,35	4,43±0,41	3,25±0,64	4,76±0,31	3,38±0,67	4,43±0,69	3,70±0,91
z	-0,891	-2,261	-1,219	-0,777	-0,222	-0,095	-0,277
p	0,373	0,024	0,223	0,437	0,824	0,925	0,782
4-7. Ayda Bulantı							
Evet	3,80±0,49	4,08±0,68	2,96±0,74	4,65±0,67	3,16±0,65	4,43±0,68	3,52±0,84
Hayır	4,00±0,41	4,32±0,51	3,19±0,68	4,71±0,38	3,42±0,67	4,47±0,63	3,81±0,74
z	-2,672	-2,519	-2,171	-0,864	-2,694	-0,264	-2,458
p	0,008	0,012	0,030	0,388	0,007	0,791	0,014
≥8. Ayda Bulantı							
Evet	3,87±0,54	4,17±0,58	3,01±0,83	4,67±0,62	3,22±0,71	4,50±0,70	3,68±0,95
Hayır	3,96±0,42	4,28±0,57	3,16±0,67	4,70±0,44	3,38±0,66	4,45±0,62	3,74±0,73
z	-0,949	-1,546	-1,373	-0,343	-1,628	-0,899	-0,101
p	0,343	0,122	0,170	0,732	0,103	0,369	0,920

z: Mann Whity U testi.

Gebelikte ilk, ikinci ve üçüncü trimesterlerde bulantı sorunu yaşanmasına göre GPSDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Çizelge 3.2.4'te verilmiştir. Buna göre; ilk trimesterde bulantı yaşayan gebelerde "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 4,21±0,60, yaşamayan gebelerde 4,43±0,41 olarak saptanmıştır. İlk trimesterde bulantı yaşama durumuna göre "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($p<0,05$), ancak GPSDÖ toplam puanı ve diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.4).

İkinci trimesterde bulantı problemi yaşayan gebelerde "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 4,08±0,68, yaşamayanlarda ise 4,32±0,51; Kaygı ve strese ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 2,96±0,74, yaşamayanlarda 3,19±0,68; "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt

boyut puan ortalaması 3,16±0,65, yaşamayanlarda 3,42±0,67; "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 3,52±0,84, yaşamayan gebelerde ise 3,81±0,74; GPSDÖ toplam puanı 3,80±0,49, yaşamayanlarda 4,00±0,41 olarak saptanmıştır. İkinci trimesterde bulantı yaşama durumuna göre "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler", "Kaygı ve strese ait özellikler", "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler", "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalamaları ve GPSDÖ toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($p<0,05$), ancak diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.4).

Üçüncü trimesterde bulantı yaşama durumuna göre GPSDÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.4).

Çizelge 3.2.5. Gebelikte İlk, İkinci ve Üçüncü Trimesterlerde Kusma Sorunu Yaşanmasına Göre GPSDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=222).

	GPSDÖ toplam	Gebelik ve eş ilişkisi	Kaygı ve stres	Aile içi şiddet	Psikososyal destek	Ailesel özellikler	Fiziksel-psikososyal değişiklikler
Kusma							
1-3. Ay Kusma							
Evet	3,93±0,47	4,21±0,61	3,10±0,72	4,68±0,51	3,33±0,69	4,48±0,63	3,71±0,76
Hayır	4,00±0,35	4,38±0,45	3,20±0,65	4,71±0,37	3,38±0,64	4,39±0,68	3,78±0,84
z	-0,511	-1,793	-0,861	-0,167	-0,299	-0,909	-1,002
p	0,609	0,073	0,389	0,867	0,765	0,363	0,316
4-7. Ayda Kusma							
Evet	3,81±0,40	4,09±0,62	2,96±0,71	4,71±0,54	3,15±0,59	4,52±0,53	3,44±0,83
Hayır	3,98±0,45	4,30±0,55	3,18±0,70	4,68±0,46	3,41±0,69	4,44±0,67	3,81±0,75
z	-2,709	-2,420	-1,933	-1,240	-2,616	-0,421	-2,947
p	0,007	0,016	0,053	0,215	0,009	0,674	0,003
≥8. Ayda Kusma							
Evet	3,94±0,49	4,24±0,51	3,07±0,89	4,81±0,33	3,32±0,77	4,55±0,56	3,59±1,05
Hayır	3,95±0,44	4,26±0,58	3,14±0,68	4,67±0,49	3,35±0,66	4,45±0,65	3,75±0,74
z	-0,258	-0,462	-0,501	-1,784	-0,456	-0,808	-0,295
p	0,796	0,644	0,616	0,074	0,648	0,419	0,768

z: Mann Whity U testi.

Gebelikte ilk, ikinci ve üçüncü trimesterlerde kusma sorunu yaşanmasına göre GPSDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Çizelge 3.2.5'te verilmiştir. Buna göre; ikinci trimesterde kusma problemi yaşayan gebelerde "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 4,09±0,62, yaşamayanlarda ise 4,30±0,55; "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 3,15±0,59, yaşamayanlarda 3,41±0,69; "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 3,44±0,83, yaşamayan gebelerde ise 3,81±0,75; GPSDÖ toplam puanı 3,81±0,40, yaşamayanlarda 3,98±0,45 olarak saptanmıştır. İkinci trimesterde kusma yaşama durumuna göre "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler", "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler", "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalamaları ve GPSDÖ toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($p<0,05$), ancak diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$). İlk ve üçüncü trimesterde kusma yaşama durumuna göre GPSDÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.5).

Çizelge 3.2.6. Gebelikte İlk, İkinci ve Üçüncü Trimesterlerde Uyku Problemi Yaşanmasına Göre GPSDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=222).

	GPSDÖ toplam	Gebelik ve eş ilişkisi	Kaygı ve stres	Aile içi şiddet	Psikososyal destek	Ailesel özellikler	Fiziksel-psikososyal değişiklikler
Uyku Problemi 1-3. Ayda Uyku Problemi							
Evet	3,85±0,49	4,11±0,64	3,05±0,74	4,62±0,64	3,32±0,62	4,39±0,74	3,56±0,73
Hayır	4,00±0,42	4,33±0,53	3,17±0,69	4,73±0,37	3,36±0,71	4,50±0,58	3,82±0,79
z	-2,195	-2,751	-1,045	-0,642	-0,368	-0,786	-2,876
p	0,028	0,006	0,296	0,521	0,713	0,432	0,004
4-7. Ayda Uyku Problemi							
Evet	3,80±0,44	4,08±0,69	2,97±0,76	4,58±0,52	3,20±0,63	4,36±0,78	3,55±0,99
Hayır	3,98±0,44	4,30±0,54	3,17±0,69	4,72±0,47	3,38±0,68	4,48±0,60	3,77±0,72
z	-2,787	-1,805	-1,358	-2,980	-1,603	-0,866	-0,965
p	0,005	0,071	0,175	0,003	1,109	0,386	0,334

≥8. Ayda Uyku Problemi							
Evet	3,90±0,46	4,22±0,61	3,08±0,71	4,64±0,52	3,27±0,65	4,46±0,64	3,67±0,81
Hayır	4,10±0,37	4,36±0,41	3,30±0,67	4,86±0,23	3,60±0,70	4,45±0,65	3,93±0,63
z	-2,342	-0,732	-1,716	-3,619	-2,703	-0,015	-1,864
p	0,019	0,464	0,086	<0,001	0,007	0,988	0,062

z: Mann Whity U testi.

Gebelikte ilk, ikinci ve üçüncü trimesterlerde uyku problemi yaşanmasına göre GPSDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Çizelge 3.2.6'da verilmiştir. Buna göre; ilk trimesterde uyku problemi yaşayan gebelerde "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 4,11±0,64, yaşamayanlarda ise 4,33±0,53; "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 3,56±073, yaşamayan gebelerde ise 3,82±0,79; GPSDÖ toplam puanı 3,85±0,49, yaşamayanlarda 4,00±0,42 olarak saptanmıştır. ilk trimesterde uyku problemi yaşama durumuna göre "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler", "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalaması ve GPSDÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($p<0,05$), ancak diğer alt boyut puan ortalamaları bakımından benzerlik olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.6).

İkinci trimesterde uyku problemi yaşayan gebelerde "Aile içi şiddete ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 4,58±0,52, yaşamayanlarda 4,72±0,47; GPSDÖ toplam puanı uyku problemi yaşayan gebelerde 3,80±0,44, yaşamayanlarda 3,98±0,44 olarak bulunmuştur. İkinci trimesterde uyku problemi yaşama durumuna göre "Aile içi şiddete ait özellikler" alt boyut puan ortalaması ve GPSDÖ toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($p<0,05$), ancak diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.6).

Üçüncü trimesterde uyku problemi yaşayan gebelerde "Aile içi şiddete ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 4,64±0,52, yaşamayanlarda 4,86±0,23; "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması uyku

problemi yaşayan gebelerde 3,27±0,65, yaşamayanlarda 3,60±0,70; GPSDÖ toplam puanı uyku problemi yaşayan gebelerde 3,90±0,46, yaşamayanlarda 4,10±0,37 olarak saptanmıştır. Üçüncü trimesterde uyku problemi yaşama durumuna göre "Aile içi şiddete ait özellikler", "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması ve GPSDÖ toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($p<0,05$), ancak diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.6).

Çizelge 3.2.7. Gebelikte İlk, İkinci ve Üçüncü Trimesterlerde Kas Ağrıları Yaşanmasına Göre GPSDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=222).

	GPSDÖ toplam	Gebelik ve eş ilişkisi	Kaygı ve stres	Aile içi şiddet	Psikososyal destek	Ailesel özellikler	Fiziksel-psikososyal değişiklikler
Kas Ağrıları 1-3. Ayda							
Kas Ağrıları							
Evet	3,92±0,44	4,25±0,57	3,09±0,71	4,69±0,51	3,28±0,60	4,53±0,56	3,59±0,65
Hayır	3,97±0,45	4,26±0,58	3,16±0,70	4,69±0,46	3,40±0,73	4,40±0,70	3,84±0,86
z	-0,940	-0,061	-0,821	-0,524	-1,465	-0,959	-3,071
p	0,347	0,951	0,411	0,600	0,143	0,338	0,002
4-7. Ayda Kas Ağrıları							
Evet	3,83±0,43	4,17±0,58	3,00±0,70	4,64±0,55	3,20±0,57	4,42±0,61	3,48±0,63
Hayır	4,01±0,44	4,30±0,57	3,21±0,70	4,72±0,43	3,43±0,72	4,49±0,66	3,88±0,82
z	-3,237	-1,878	-2,140	-1,318	-2,612	-1,712	-4,627
p	0,001	0,060	0,032	0,187	0,009	0,087	<0,001
≥8. Ayda Kas Ağrıları							
Evet	3,94±0,45	4,26±0,57	3,12±0,71	4,69±0,49	3,32±0,68	4,46±0,65	3,70±0,79
Hayır	4,02±0,32	4,12±0,59	3,23±0,64	4,63±0,32	3,73±0,54	4,52±0,40	4,09±0,40
z	-0,381	-0,979	-0,383	-1,750	-2,090	-0,346	-1,715
p	0,703	0,328	0,701	0,080	0,037	0,729	0,086

z: Mann Whity U testi

.

Gebelikte ilk, ikinci ve üçüncü trimesterlerde kas ağrıları yaşanmasına göre GPSDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Çizelge 3.2.7'de verilmiştir. Buna göre; ilk trimesterde kas ağrıları yaşayan gebelerde "Gebeliğe

ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 3,59±0,65, yaşamayanlarda 3,84±0,86'dır. İlk trimesterde kas ağrıları yaşama durumuna göre "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiş ($p<0,05$), ancak GPSDÖ toplam puanı ve diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.7).

İkinci trimesterde kas ağrıları yaşayan gebelerde "Kaygı ve strese ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 3,00±0,70, yaşamayanlarda 3,21±0,70; "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 3,20±0,57, yaşamayanlarda 3,43±0,72; "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 3,48±0,63, yaşamayanlarda 3,88±0,82; GPSDÖ toplam puanı 3,83±0,43, yaşamayanlarda 4,01±0,44'dir. İkinci trimesterde kas ağrıları yaşama durumuna göre "Kaygı ve strese ait özellikler", "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler", "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalaması ve GPSDÖ toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($p<0,05$), ancak diğer alt boyut puan ortalamaları bakımından benzerlik gösterdiği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.7).

Üçüncü trimesterde kas ağrıları yaşayan gebelerde "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 3,32±0,68, yaşamayanlarda 3,73±0,54'dür. Üçüncü trimesterde kas ağrıları yaşama durmuna göre "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiş ($p<0,05$), ancak GPSDÖ toplam puanı ve diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.7).

4. TARTIŞMA

4.1. Araştırma Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri; yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, eşin yaşı, eşin öğrenim durumu, çalışma durumu, ailenin aylık ortalama geliri, algılanan ortalama gelir, aile tipi, en uzun yaşanılan yer, evlilik süresi, evlilik kararının nasıl alındığı; gestasyonel yaş, antenatal kontrole gitme sayısı, düşük öyküsü ve düzenli kontrole gitme, gebelikte sorun yaşama, devlet hastanesinde antenatal bakım alma durumu ile ilgili bulgular literatürle (Yanıkkerem ve ark 2004, Ege ve ark 2008, Güler 2010, Şahin ve Kılıçarslan 2010, Gümüş ve ark 2011, Nasreen ve ark 2011, Yıldız 2011, Eskici ve ark 2012, Şen ve ark 2012, Şimşek ve ark 2012, Roos ve ark 2013) benzerlik göstermekteydi.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin bilgi almak istedikleri konulara bakıldığında ise, gebelerin %74,8'inin gebelikte yaşanan fiziksel değişiklikler, %72,5'inin psikolojik değişiklikler, %71,2'sinin ebeveynliğe hazırlık, %74,3'ünün doğum eylemi, %71,6'sının bebek bakımı ile ilgili konular hakkında bilgi almak istedikleri ancak; sadece fiziksel değişiklikler ile ilgili %24,8'inin, psikolojik değişiklikler ile ilgili %4,5'inin, ebeveynliğe hazırlık ile ilgili %4,5'inin, doğum eylemi ile ilgili %5,4'ünün, bebek bakımı ile ilgili ise %11,3'ünün eğitim alabildiği saptanmıştır (Çizelge 3.1.3). Omaç ve ark (2009) araştırmasında gebelerin %43,3'ünün emzirme eğitimi, %23,1'inin gebelikte tehlike belirtileri ile ilgili eğitim aldığını belirlemiştir. Kaya ve Serin (2007) araştırmalarında gebelerin %12,1'inin bebek bakımı, %76,3'ünün doğum eylemi ile ilgili eğitim aldıklarını belirlemiştir. Bolat ve ark (2011) yeni doğum yapmış annelerle yaptıkları çalışmada, bebeklerini erken emzirmeye başlayan kadınların %52,9'unun gebelikte emzirme ile ilgili eğitim aldıklarını ve geç emzirmeye başlayanların ise gebelikte %33'ünün emzirme eğitimi aldıklarını belirlemişlerdir. Sözeri ve ark (2006) gebelerin %56,8'inin beslenme ile

ilgili eğitim aldıklarını ve %57,7'sinin bu eğitimi sağlık profesyonellerinden aldıklarını belirlemişlerdir. Araştırmamızda gebelikte eğitim almak isteyen gebe sayısının fazla olmasına rağmen bu istekleri karşılanamamaktadır. Bunun sebebi olarak hastanenin fiziki şartlarının uygun olmaması, hasta sayısının fazla olması ve sağlık personellerinin sayıca az olması düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebeliğe özgü yaşadıkları sorunlara bakıldığında ilk trimesterde olan gebelerin %81,1'inin bulantı, %74,3'ünün kusma, %16,2'sinin kanama, %34,7'sinin uyku problemi ve %44,6'sının kas ağrıları yaşadığı saptanmıştır. İkinci trimesterde gebelerin %27,9'unun bulantı, %22,5'inin kusma, %18,9'unun uyku problemi ve %37,4'ünün kas ağrıları yaşadığı, kanama problemi yaşayan gebe olmadığı tespit edilmiştir. Üçüncü trimesterde ise gebelerin %20,7'sinin bulantı, %11,7'sinin kusma, %77'sinin uyku problemi ve %94,1'inin kas ağrıları yaşadığı ve gebelerin bu trimesterde kanama problemi yaşamadığı saptanmıştır (Çizelge 1.1.4). Turan ve ark (2008)'nın yeni doğum yapmış anneler ile yaptığı araştırmada annelerin %18,2'sinin gebeliklerinde bulantı-kusma problemi, %9,1'inin bel ağrısı yaşadığını saptamıştır. Köken ve ark (2009) araştırmasında gebelerin %72,9'unun bulantı ve kusma problemi yaşadığı ve bunların %30,2'sinin hafif, %42,7'sinin ise orta derecede bulantı ve kusma problemi yaşadıklarını saptamıştır. Perlen ve ark (2012) gebelerin %86,9'unda tükenmişlik sendromu, %64,3'ünda sabah bulantıları, %29,5'inde ise migren ve baş ağrısı, %45,6'sında bel ağrısı olduğunu bildirmiştir. Araştırmada gebelerin birinci trimesterde olan sorunları eğitim verilerek çözümlenememiş ve benzer sorunlar diğer trimesterlerde de devam etmiştir. Bu durum gebeliğe özgü sorun yaşama oranını artırmaktadır.

4.2. Araştırma Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik, Obstetrik Özelliklerinin ve Gebeliğe Özgü Sorun Yaşama Durumlarının GPSDÖ Puan Ortalamaları ile İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmaya alınan gebelerin GPSDÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler" alt boyut puan ortalamasının 4,25±0,57 olduğu tespit edilmiştir. Buna göre; çalışmaya alınan gebelerin eşleri ile ilişkilerinin oldukça iyi olduğu saptanmıştır. Gebelerin uzun süre yaşanılan yere ve eşin yaş gruplarına göre; ilk ve ikinci trimesterde bulantı, ikinci trimesterde kusma, ilk trimesterde uyku problemi yaşama durumuna göre "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Sözeri (2011) yaptığı araştırmada gebelerin "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler" alt boyut puan ortalamasını 3,78±0,73 bulmuştur ve alt boyut puan ortalaması ile yaşayan çocuk sayısı açısından negatif, antenatal kontrole gitme sayısı açısından ise pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu belirlemiştir. Gümüş (2011) yaptığı çalışmada eşleri ile ilişki durumlarını gebelerin %52'sinin iyi, %44,3'ünün çok iyi, %4,7'sinin kötü olarak değerlendirdiklerini belirtmiştir. Eskici ve ark (2012) gebelerin %97,1'inin eşleri ile ilişkilerini iyi olarak değerlendirdiklerini saptamışlardır. Gebeler ile yapılan bir diğer çalışmada, eş ilişkisi ile bulantı-kusma arasında doğrudan bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Yerenkunrul 2011). Bu araştırmada, çalışmanın yapıldığı bölgede aile bağlarının iyi olması, gebeliğe olumlu bakılması ve gebelerin kendilerine her konuda yardımcı olabilecek kişilerin varlığından emin olması onların bu süreci rahat ve mutlu geçirmesini sağlamış ve gebeliğe olan uyumlarını artırmıştır.

"Ailesel özellikler" alt boyut puan ortalaması 4,46±0,64 olarak saptanmış ve gebelerin aileleriyle ilişkilerinin oldukça iyi olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda yaş gruplarına, aile tipine, eşin öğrenim durumuna göre gruplar arasında bu alt boyut puan ortalaması bakımından fark saptanmıştır ($p<0,05$). Sözeri (2011) yaptığı araştırmada gebelerin "Ailesel özellikler" alt boyut puan ortalamasını 4,02±0,83

olarak bulmuştur. İlişkili faktör olarak antenatal kontrole gitme sayısı arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı bir ilişkinin olduğunu bildirmiştir. Okanlı ve ark (2003) yaptıkları çalışmada, gebenin öğrenim durumuna, eşin öğrenim durumuna, evde yaşayan birey sayısına, gebeliği isteme durumuna, gebeyi kontrol eden sağlık personeline göre aileden algılanan sosyal destek puanları bakımından fark olduğunu saptamıştır. Araştırma bulguları benzerlik göstermekte olup, bölgede aile bağlarının güçlü olduğu anlaşılmaktadır.

"Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 4,69±0,48 olarak saptanmış ve gebelerin psikososyal desteklerinin oldukça iyi olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda öğrenim, algılanılan gelir durumuna ve eşin çalışma durumuna göre; ikinci trimeserde bulantı, kusma ve kas ağrıları, üçüncü trimesterde uyku problemi ve kas ağrıları yaşama durumuna göre bu alt boyut puan ortalaması bakımından gruplar arasında fark vardır ($p<0,05$). Sözeri (2011) yaptığı araştırmada gebelerin "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt grup puan ortalamasını 4,11±0,55 olarak bulmuştur. Bu alt boyut puan ortalaması ile yaş, öğrenim durumu ve antenatal kontrole gitme sayısı arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı bir ilişkinin olduğunu bulmuştur. Cebeci ve ark (2002) yaptıkları araştırmada yeni doğum yapmış annelerin aile desteğinin, eş desteğinin, arkadaş desteğinin iyi düzeyde olduğunu saptamıştır. Jesse ve ark (2005) stres, düşük benlik saygısı ve düşük sosyal desteğin depresyon belirtilerini artırdığını saptamıştır. Mermer ve ark (2010) gebelikte kadınların doğum sonrası döneme göre daha çok sosyal destek aldıklarını ve yaş gruplarına, aile tipine göre gruplar arasında sosyal destek algısı puan ortalamaları bakımından fark olduğunu belirlemişlerdir. Şen ve ark (2012) gebelerin % 68,2'sinin ihtiyaç duyduğunda yardım alabileceği yakınının olduğunu ve yardım alanların %32,5'inin bu yardımı kayınvalidesinden aldığını saptamıştır ve gruplar arasında sosyal destek alma durumuna göre depresyon puanları, kaygı puanları ve sosyal destek puan ortalamaları bakımından anlamlı bir fark olduğunu belirlemiştir. Olah ve Barry (2013) sosyal destek yetersizliği ve kötü partner ilişkisinin gebelikteki depresyon, anksiyete ve stres oranlarını artırdığını bulmuştur. Araştırma bulguları benzerlik göstermektedir.

Gebelerin “Kaygı ve strese ait özellikler” alt boyut puan ortalaması 3,13±0,71 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç gebelerin kaygı ve streslerini iyi yönetebildiklerini göstermektedir. Araştırmamızda gebelerin öğrenim durumuna, aylık geliri algılama durumuna, evlilik kararına, eşin çalışma; düşük öyküsü yaşama; ikinci trimesterde bulantı ve kas ağrıları yaşama durumuna göre “Kaygı ve strese ait özellikler” alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0,05$). Sözeri (2011) yaptığı araştırmada gebelerin “Kaygı ve strese ait özellikler” alt boyut puan ortalamasının 3,51±0,66 olduğunu belirlemiş ve ilişkili faktörler olarak, alt boyut puan ortalaması ile yaş ve yaşayan çocuk sayısı arasında pozitif yönde zayıf, evlilik süresi arasında ise orta düzeyde ilişki olduğunu belirlemiştir. Kaplan ve ark (2007) %69,1’ini multipar gebelerin oluşturduğu araştırmalarında gelir durumuna, gebelik sayısına, bilgi alma durumuna, gebeliği isteme ve destek kişinin bulunma durumuna göre gruplar arasında doğum öncesi kaygı bakımından anlamlı bir fark olduğunu belirlemişlerdir. Erdem ve ark (2010) yaptıkları çalışmada Sürekli Kaygı Envanterine göre gebelerin %71’inin, Süreksiz Durumluk Kaygı Envanterine göre ise %47’sinin kaygılı olduğunu saptamıştırlar. Evlenme yaşı, aylık gelir ve öğrenim durumunun kaygı düzeyi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bahar (2006) araştırmasında gebelerde yüksek kaygı bulunduğunu ve gebelik sayısının, gelir, bilgi alma, gebeliği isteme ve destek kişinin bulunma durumuna göre doğum öncesi kaygı puanları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğunu saptamıştır. Eskici ve ark (2012) yaptıkları çalışmada gebelerin %75’inin anksiyete yaşadığını belirlemişlerdir. Araştırmamızda gebelerin kaygılarıyla ve stresleriyle iyi baş edebilmelerinde aldıkları sosyal desteğin olumlu etkide bulunduğu düşünülmüştür.

“Aile içi şiddete ait özellikler” alt boyut puan ortalamasının 3,35±0,67 olduğu belirlenmiş ve bu alt boyutta gebelerin psikososyal sağlık durumları iyi olarak değerlendirilmiştir. Ikinci ve üçüncü trimesterde uyku problem yaşama durumuna göre “Aile içi şiddete ait özellikler” alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Sözeri (2011) gebelerin “Aile içi şiddete ait özellikler” alt boyut puan ortalamasını 4,69±0,32 olarak bulmuştur. Güler (2010) yaptığı araştırmada gebelerin %18,1’inin fiziksel, %53,6’sının duygusal, %29,3’ünün ekonomik ve %32,5’inin cinsel şiddete maruz kaldıklarını ve gebenin ve eşinin öğrenim durumu, düşük öyküsü, eşin işsiz olması,

sağlık güvencesinin olmaması, ekonomik durumunun düşük olması, geniş aile tipinde olması, planlanmamış gebelik ve doğum öncesi düzenli bakım alma durumu ile gebenin şiddete uğraması arasında ilişki olduğunu bildirmiştir. Araştırmanın yapıldığı bölgede gebe kadınlara şiddet uygulanmasının hoş görülen bir davranış olmadığına inandıkları ve şiddet yerine destek olmayı tercih ettikleri anlaşılmaktadır.

"Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalaması 3,73±0,78 bulunmuştur ve bu alt boyutta gebelerin psikososyal sağlık durumları iyi olarak değerlendirilmiştir. Çalışma durumuna, eşin yaşına, bebeğinin cinsiyetine, düşük öyküsüne göre; ilk trimesterde uyku problemi ve kas ağrıları, ikinci trimesterde bulantı, kusma ve kas ağrıları yaşama durumuna göre "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Sözeri (2011) gebelerin bu alt boyut puan ortalamasını 3,94±0,34 olarak bulmuştur. Gümüş (2011) beden imajı ile gelir durumuna, eşle ilişkinin niteliğine, cinsel yaşamdaki olumsuz değişikliğe ve doğum şekli isteğine göre gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulmuştur. Kumcağız (2012) yaptığı araştırmada gebelerin beden algısı ile yaş gruplarına, öğrenim durumuna, evlilik yılına, gebeliği isteme durumuna, gebelik sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuştur. Şimşek ve ark (2012) gebelerle yaptıkları araştırmada artmış anksiyete ve depresyon düzeylerinin hiperemezis gravidarumun patogenezinde rol oynayabileceğini saptamışlardır. Köken ve ark (2009) yaptığı araştırmada gebelerin %72,9'unun bulantı-kusma problemi yaşadığını ve bulantı-kusmanın gebelerde yorgunluğa neden olduğunu saptamışlardır. Yanıkkerem ve ark (2012) araştırmalarında bulantı-kusma probleminin gebelerin %87,4'ünün günlük yaşam aktivitelerini, %55,3'ünün eşi ile olan ilişkilerini, %67,9'unun psikolojik durumunu etkilediğini belirtmişlerdir. Araştırmada kadınların gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikleri olağan gördükleri ve geçici olduğunu düşündükleri için bu değişikliklerin psikososyal sağlıklarını etkilemediği anlaşılmıştır.

GPSDÖ toplam puanının 3,95±0,45 olduğu bulunmuş ve gebelerin psikososyal sağlık durumlarının iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Algılanan gelir

durumuna, eşin yaşına, düşük öyküsü yaşama durumuna, ilk, ikinci ve üçüncü trimesterde uyku problemi, ikinci trimesterde bulantı, kusma ve kas ağrıları yaşama durumuna göre GPSDÖ toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Sözeri (2011) araştırmasında gebelerin GPSDÖ toplam puanını 3,98±0,40 olarak bulmuştur. Chen ve ark (2004) gebelikte depresif semptom görülme sıklığını, ilk trimesterde %8, ikinci trimesterde %10 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bulmuşlardır. Studzinska ve ark (2013) depresyon görülme oranını, ilk trimesterde %12,7 ikinci trimesterde %10,8 üçüncü trimesterde ise %12,4 olduğunu saptamıştır ve gelir durumunun ve öğrenim durumunun düşük olması depresyon görülme sıklığını artırır iken özgüvenin, yakınlarıyla iyi iletişimin ve sosyal desteğin sıklığı azaltığını saptamışlardır. Nur ve ark (2004) işsizliğin, düşük öğrenim durumunun, yoksulluğun, zayıf aile içi ilişkilerin depresyon için ciddi risk faktörleri olduğunu saptamıştır. Erbil ve ark (2009) gebenin öğrenim durumunun, mesleğinin, eşin öğrenim durumunun ve gelir algısının gebelikte depresif semptom şiddetini etkilediğini saptamıştır. Çeber ve ark (2010) aile tipi ile depresyon görülme oranın ilişkili olduğunu saptamıştır. Yanıkkerem ve ark (2004) istemeyerek gebe kalan, ilköğretim ve altı eğitim alan, gelir durumu düşük olan, eş ile uyum sorunu yaşayan, düşük öyküsü olan, sosyal destek almayan ve gebeliğinde herhangi bir sağlık kurumuna başvurmamış gebelerde depresyon puan ortalamalarının yükseldiğini belirlemişlerdir. Şimşek ve ark (2012) yaptıkları araştırmada gebelikte yaşanan hiperemezisin depresyon ve anksiyete skorlarını anlamlı olarak artırdığını saptamıştır. Akbaş ve ark (2008) gebelik depresyonunun evlilik süresi ile pozitif, öğrenim durumu ile negatif yönde bir ilişkisi olduğunu saptamıştır. Lancaster ve ark (2010) aile içi şiddetin, sosyal güvencenin olmayışının, kötü sosyo-ekenomik durumun, öğrenim durumunun düşük olmasının, sigara içmenin, kötü partner ilişkisinin gebelikte depresyonun görülme sıklığını etkilediğini bulmuşlardır. Gözüyeşil ve ark (2008) yaptığı araştırmada düşük ve kürtaj sayıları ile gebelik depresyonu puan ortalaması arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Şahin ve Kılıçarslan (2010) kalabalık ailelerde yaşamanın, sosyo-ekonomik durumun düşük olmasının, gebeliğin istenmemesinin, sigara ve alkol kullanılmasının depresyon seviyesini artırdığını belirtmişlerdir. Nasreen ve ark (2011) kötü partner ilişkisinin, sosyal destek yetersizliğinin, depresyon öyküsü varlığının ve aile içi şiddet yaşanma durumunun depresyon ve anksiyete görülme

sıklığını artırdığını saptamışlardır. Jeong ve ark (2013) gebelerin %95'inin eşlerinden duygusal destek aldıklarını ve depresyon görülme oranı ile öğrenim durumu, gelir durumu, fiziksel ve cinsel şiddet yaşama durumu, premenstural sendrom yaşama durumu, gebeliğin planlanmaması, kendisinde ve ailesinde depresyon öyküsünün olması ilişkili bulunmuştur. Gausia ve ark (2009) gebeliğinde olumsuz deneyimler yaşayan kadınlarda obstetrik komplikasyonların ve postpartum depresyonun artmakta olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmaya alınan gebelerin psikososyal sağlık düzeylerinin iyi olmasında ailelerinden aldıkları sosyal desteğin kendilerini olumlu etkilediği görülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Çalışma son trimester nullipar gebelerde bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin psikososyal sağlık düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen tanıtıcı bilgi formu ve GPSDÖ kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

✓ Gebelerin "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler", "Ailesel özellikler", "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalamalarının oldukça iyi ve "Kaygı ve strese ait özellikler", "Aile içi şiddete ait özellikler", "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyut puan ortalamalarının ve GPSDÖ toplam puanın iyi olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.2.1).

✓ Sosyo-demografik özelliklerden yaş gruplarına, öğrenim, çalışma, algılanan gelir durumuna, aile tipine, en uzun yaşanılan yere, evlilik kararına göre GPSDÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

✓ Obstetrik özelliklerden bebeğin cinsiyetine ve düşük öyküsü yaşama durumuna göre GPSDÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

✓ Gebeliğe özgü sorunlardan ilk ve ikinci trimesterde bulantı, ikinci trimesterde kusma, ilk, ikinci ve üçüncü trimesterde uyku problemine ve kas ağrıları yaşama durumuna göre GPSDÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

✓ Araştırma sonucunda gebelerin eğitim almak istedikleri ancak bu eğitim ihtiyaçlarının karşılanamaması bu dönemde yaşayacakları sorunlarla baş etmede zorlanabilecekleri düşünülerek rutin antanatal bakım verilirken gebelerin eğitilmesi sağlanmalıdır.

✓ Sosyal destek, gebelikte psikososyal sağlığı koruyarak gebenin yaşam kalitesini yükseltmektedir. Antenatal dönemde sosyal destek kaynaklarının gebenin psikososyal sağlığı açısından önemli olduğu görülmektedir. Ebe ve hemşireler; gebelerin psikososyal sağlık durumlarını etkileyebilecek risk faktörlerini belirleyerek; bu doğrultuda eğitimlerle gebeleri desteklemeli ve gebelerin sosyal destek faktörlerini belirleyip gebe için katkı veren kişileri eğitmesi ile gebe ve bebeğinin bu süreci sağlıklı ve mutlu geçirmelerini sağlamalıdır.

6. ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

"Son Trimester Nullipar Gebelerde Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerin Psikososyal Sağlık Düzeyine Etkisi"

"Saadet Boybay Koyuncu"

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yükseklisans Tezi/Konya-2013

Bu araştırma, son trimester nullipar gebelerde bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin psikososyal sağlık düzeyine etkisinin incelenmesini amaçlayan tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Gaziantep il merkezinde bulunan Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi'nin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebeliğin son trimesterinde olan 222 nullipar gebe oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde, bağımlı değişkene ait belirleyicilerin tanımlanması çalışmalarında önerilen örneklem büyüklüğü analizden yararlanılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan 19 soruluk anket formu ve Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) kullanılmıştır. Veriler 30.01.2013-01.05.2013 tarihleri arasında araştırmacı tarafından hastanenin kadın doğum polikliniğine başvuran gebelerden toplanmıştır. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak 0,05'in altındaki değerler anlamlı kabul edilmiştir.

GPSDÖ toplam puanının 3,95±0,45 olduğu saptanmış ve gebelerin psikososyal sağlık durumlarının iyi oldukları belirlenmiştir. Yaş gruplarına, öğrenim durumuna, çalışma durumuna, algılanılan gelir durumuna, aile tipine, en uzun yaşanılan yere, evlilik kararına, eş yaş gruplarına, eş öğrenim durumuna, eş çalışma durumuna, bebeğini cinsiyetine, düşük öyküsüne, ilk ve ikinci trimesterde bulantı, ikinci trimesterde kusma, ilk, ikinci ve üçüncü trimesterde uyku problemi, ilk, ikinci ve üçüncü trimesterde kas ağrıları yaşama durumuna göre GPSDÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç olarak antenatal dönemde; sosyo-demografik, obstetrik özelliklerin ve gebeliğe özgü sorun yaşama durumunun psikososyal sağlığı etkilediği saptanmıştır. Sağlık profesyonellerine gebelerin psikososyal sağlığını etkileyen faktörlerin farkında olmaları ve sosyal destek kaynaklarının kullanımı konusunda danışmanlık yapmaları önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: gebelerin psikososyal sağlık durumlarını etkileyen risk faktörleri, psikososyal sağlık, sosyal destek.s

7. SUMMARY

"The Effect of Some Socio-Demographic and Obstetric Traits On Psycho-Social Health Status of Nullipara Pregnants At The Last Trimester"

This descriptive study aims to investigate the of some socio-demographic and obstetric traits on psycho-social health status of nullipara pregnant at the last trimester.

The sample consists of 222 nullipara pregnant at the last trimester who applied to the gynecological diseases and birth policlinic at Gaziantep Şehitkamil Public Hospital in Gaziantep city center. Sample size analysis that was advised for studies identifying determiners which are belongs to the dependent variable was utilized to determine sample size. Data was collected through a survey, which was prepared by the researcher, consisting of 19 questions and Pregnancy Psychosocial Health Assessment Scale (PPHAS). The researcher collected data pregnant who applied to the gynecology policlinic between 01.04.2013-01.05.2013 dates. Numbers, percent, mean, standart deviation, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Analysis of Variance was used to analyze data. The values which are below 0,05 were assumed to be statistically significant.

PPHAS total score was evaluated as 3,95±0,45 and it was determined that psycho-social health of pregnant is well. There is not a statistically significant mean difference between PPHAS total score and subdimension score in terms of age groups, educational background, perceived income situation, family type, the city in which was lived long time, marriage decision, age groups of couples, couples' educational background, couples' work situation, gender of baby, miscarriage story, nauseation at the first and second trimester, vomit at the second trimester, hypno issue at the first second and third trimester, muscle ache at the first, second and third trimester ($p<0,05$).

As a result, it was determined that socio-demographic, obstetric traits, and issues at pregnancy affect psycho-social health status of nullipara pregnant at the last trimester.

It can be advised that health professionals should be aware of the factors affecting psycho-social health of pregnant and consult regarding the use of social support sources.

Key words: psycho-social health; social support, the risk factors affecting psycho-social health of pregnant**.**

8. KAYNAKLAR

1. Akbaş A, Vırıt O, Kalenderoğlu A, Savaş H, Sertbaş G. Gebelikte sosyo-demografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyiyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2008;45: 85-91.

2. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Kilinik Psikiyatri. 2004;2: 70- 74.

3. Aktaş S, Yeşilçiçek Çalık K, Dinçkol M, Kara H, Budak S, Güney S. Gebelikte Depresyon, Depresyona Etki eden faktörler ve gebelik depresyonu ile sosyal destek arasında ilişki. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi: 459-460, 2009, Bursa.

4. Alkan M. Kişilerarası ilişkiler terapisi.Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2009;2: 14-20.

5. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mod and anxiety disorders during pregnacy and the postpartum period. Journal Of Clinical Psychiatry. 1998;2: 29-33.

6. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;15: 68-74.

7. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ.Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri.Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17: 243-251.

8. Bahar A. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygıyı düzeylerinin incelenmesi.Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;9(4): 45-53.

9. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy. Obstet Gynecol. 2004;103: 698-709.

10. Bernazzani O, Saucier JF, David H, Borgeat F. Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. J Affect Dis. 1997;49: 167-180.

11. Bolat F, Uslu S, Bolat G, Bülbül A, Arslan S, Çelik M, Cömert S, Nuhoğlu S. İlk altı ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. Çocuk Dergisi. 2011; 11(1): 5-13.

12. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. Canadian Nurse Journal. 2006;102: 26-30.

13. Brenda M, Leung Y, Bonnie ND, Kaplan J. Perinatal depression: prevelance, risks, and the nutrition link-a review of the literatüre.J Am Diet Assoc. 2009;109: 1566-1577.

14. Buist A. Managing depression in pregnancy. Aust Fam Physician. 2000;29: 663-7.

15. Carroll JC, Reid AJ, Biringer A, Midmer D, Glazier RH, Wilson L, Permaul JA, Pugh P, Chalmers B, Seddon F, Stewart DE. Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns. CMAJ. 2005;173: 253-9.

16. Carter D, Kostaras X. Psychiatric disorders in pregnancy. BC Medical Journal. 2005;47: 96-99.

17. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Kriz Dergisi. 2002;10: 11-8.

18. Chang MY, Chen CH. Evidence-based management of perinatal depression.2008; 55:5-9.

19. Chen H, Chan YH, Tan KH, Lee T. Depressive symptomatology in pregnancy a singaporean perspective. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004;39: 975-9.

20. Citrin DO, Shechtman S, Weinbaum D, Wajnberg R, Avgil M, Gianantonio DE. Paroxetine and fluoxetine in pregnancy: a prospective, multicentre, controlled, observational study. Br J Clin Pharmacol. 2008;66: 695-705.

21. Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. J Health Psychol. 2009;14: 27-35.

22. Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. Applied multiple regression/correlationanaly sisfor the behavioral sciences, third edition. Lawrence Earlbaum Associates. 2003;10: 15-16.

23. Çalık YK, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry. 2011;3(1): 142-162.

24. Çeber E, Bilge A, Mermer G, Yücel U. İzmirin bornova ilçesinde gebelik ve doğum sonrası depresyon riski. Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2010;20(1):1-9.

25. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Sen FS. Postnatal depression in Turkey.Epidemiological and Cultural Aspects. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002;37: 125-9.

26. Dennis CL, Ross LE, Grigoriadis S. Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. The Cochrane Collaboration. 2010;6:1-20.

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

28. Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. Clin Obstet Gynecol 2009;52:498 - 515.

29. Ege E, Timur S, Zincir H, Reeder BS. Social support and symtoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. J Obstet. Gynaecol. Res. 2008;34(4):585-593.

30. Elsenbruch S, Benson M, Rücke M, Rose J, Dudenhausen MK., Pincus-Knackstedt BF, Klapp and Arck. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. Hum. Reprod. 2007;22 (3): 869-877.

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

32. Erdem Ö, Erten Bucaktepe G, Özen Ş, Hamdi Karaş Ş. Prepartum ve postpartum dönemde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. Düzce Tıp Dergisi 2010;12(3): 24 31.

33. Ersan E, Abay E. Depresyonun genetik nedenleri. Duygudurum Dizisi. 2001;6: 277-282.

34. Eskici L, Demir Akca S, Atasoy N, Arıkan İ, Harma M. Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri. Anatol J Clin Investig. 2012;6(1): 10-16.

35. Fall A, Goulet L, Vezina M. Comparative study of major depressive symptoms among pregnant women by employment status. Springer Plus. 2013;2:201-210.

36. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C. Prenatal depression effects on the newborn. Infant Behav Dev. 2004;27: 216-229.

37. Gausia K, Fisher C, Ali M, Oosthuizen J. Antenatal depression and suicidal ideation among rural Bangladeshi women: A community-based study. Archives of Women's Metal Health. 2009;1: 351-358.

38. Glazier R, Elgar F, Goel V, Holzap S. Stress, socialsupport, andemotional distress in a community sample of pregnant women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2004;100: 247- 255.

39. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008;3: 40-66.

40. Güler N. Gebelikte eşi tarafından kadına uygulanan fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet ve ilişkili faktörler. Deuhyo Ed. 2010;3(2):72-77.

41. Gümüş BA, Çevik N, Hatafhyusni S, Biçen Ş, Keskin G, Tuna Malak A. Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler. Anatol J ClinInvestig. 2011;5(1): 7-14.

42. İnandı T, Elçi OÇ, Öztürk A, Eğri M, Polat A, Şahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in Eastern Turkey. Int J Epidemiol. 2002;31: 1201-7.

43. Jeong HG, Jeung SL, Moon SL, Seung HK, In KJ, Sook HJ. The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. General Hospital Psychiatry. 2013;10:1-5.

44. Jesse E, Walcott-McQuigg J, Mariella A, Swanson MS. Risks and protective factors associated with symptoms of depression in low-ıncome african american and caucasian women during pregnancy. J Midwifery Womens Health. 2005;50: 405–410.

45. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;10: 1-10.

46. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy. A study in a Turkish population. Midwifery. 2009;25: 344-356.

47. Kaya F, Serin Ö. Doğum öncesi bakımın niteliği. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2008;5 :28-35.

48. Kendler KS, Walters EE, Heath AC. Sources of individual differences in depressive symptoms: Analysis of two samples of twins and their families. Am J Psychiatry. 1994;151: 1605-1614.

49. Kesebir S, Aksoy AE, Üreme hormonları ve duygudurum bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010;2: 281-307.

50. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M. Sex and depression in the National Comorbidity Survey, 1: lifetime prevalence, chronocity and recurrence. J Affect Disord. 1993;29: 85-96.

51. Kim J, La Porte LM, Adams MG, Gordon Te, Kuendig JM, Silver RK. Obstetric care provider engagement in a perinatal depression screening program. Arch Womens Ment Health. 2009;12: 167-172.

52. Köken G, Coşar E, Kır Şahin F, Arıöz DT, Yeşildağer E, Yılmazer M. Erken gebelikte bulantı ve kusmaya etki eden faktörler. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2009;6: 92- 6.

53. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2001;23 (1): 61-64.

54. Kumcağız, H. Gebe kadınlarda beden algısı ve benlik saygısının bazı değişkenlere göre incelenmesi. International Journal of Human Sciences. 2012:2; 691-703.

55. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2010;10: 5-14.

56. Manber R, Schnyer RN, Allen JB, Rush AJ, Blasey CM. Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy. J Affect Disord. 2004;83: 89–95.

57. Marakoğlu K, Şahsıvar Ş. Gebelikte depresyon. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2008;2: 26-28.

58. Marakoğlu K, Civi S, Şahsıvar S, Özdemir S. Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki. Bağımlılık Dergisi. 2006;7: 129-134.

59. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi.Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010;1(2): 71-76.

60. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: guide lines forscreening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. Obstet Gynecol Clin North Am. 2009;36: 771–788.

61. Nasreen HE, Kabir ZN,Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh. BioMed Central. 2011;1: 11-22.

62. Nazik E. Hiperemezis gravidarum tanısı alan gebelerin sosyal destek düzeyinin belirlenmesi. TAF Prev Med Bull. 2010;9(5):463-470.

63. Nur N, Çetinkaya S, Bakır Da, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;26 (2): 55 – 59.

64. Oflaz F. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde ruh sağlığı hemşireleri: roller, eğitimleri ve yeterlilikleri. II. Uluslararası IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi: 33, 2012, Erzurum.

65. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki.Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003;4: 98-105.

66. Olah, CM, Barry,M. Antenatal stress: An Irish case study. J. Midwifery. 2013;100: 03-014.

67. Omaç M, Güneş G, Karaoğlu L, Pehlivan E. Arapgir Devlet Hastanesine başvuran gebelerin doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi. 2009;14(2): 115-119.

68. Perlen S, Woolhouse H, Gartland D, Brown S. Maternal depression and physical health problems in early pregnancy findings of an australian nulliparous pregnancy cohortstudy. Midwifery Magazine. 2012;3: 21-24.

69. Pektaş İ, Bilge A, Ersoy M. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7: 43-48.

70. Phillips K. Preventing, identifying and treating maternal depression: Tools for employers. Center for prevention and health services. Issue Brief. 2005;3: 1-20.

71. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depressionand low birthweight in a developing country. ActaPsychiatr Scand. 2007;115: 481486.

72. Roos A, Faure S, Lochner C, Vythilingum B, Stein DJ. Predictors of distress and anxiety during pregnancy. African Journal of Psychiatry. 2013;16: 118-122.

73. Spinelli M, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. Am J Psychiatry. 2003;160: 555–562.

74. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2006;2: 93-104.

75. Sözeri C. Gebelikte psikososyal sağlığın değerlendirilmesinin doğum sonu depresyonu belirlemedeki etkisi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yükseklisans Tezi, İstanbul. 2011;2: 1-96.

76. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. J Aff Disorders. 2003;74: 67-83.

77. Studzinska MM, Morylowska-Topolska J, Sygit K, Sygit M, Gozdziewska M. Socio-Demographical and Psychosocial Determinants of anxiety symptoms in a population of pregnant women in the regions of central and eastern Poland. Annals of Agricultural and Environmental Medicine. 2013;195-202.

78. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010; 27(1): 51-58.

79. Şen S, Cetişli EN, Saruhan A. Göçün gebelikteki depresyon, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. International Journal Of Human Sciences. 2012;2: 1- 13.

80. Şentürk V. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. Kriz Dergisi. 2008;16: 25-34.

81. Şimşek Y, Çelik Ö, Yılmaz E, Karaer A, Yıldırım E, Yoloğlu S. Hiperemezis gravidarum'lu gebelerde anksiyete ve depresyon sıklığının bir olgukontrol çalışması ile değerlendirilmesi. J Turkish German Gynecol Assoc. 2012; 13:32-36.

82. Tracey D, Wade Ph.D, Cynthia M, Bulik Ph, Michael Neale Ph.D, Kenneth S, Kendler M.D. Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. Am J Psychiatry. 2000;2:157-3.

83. Turan T, Ceylan Ss, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008;9: 3-8.

84. Turner J, Grindstaff C, Phılıps N. Social support and outcome in teenage pregnancy. Journal of Health and Social Behavior. 1990; 31: 43-57.

85. Varner R. Demografic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. BJ Psychiatry. 1996;168: 607-611.

86. Verdoux H, Sutter A, Glatigny-Dallay E, Minisini A. Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the matquid cohort. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2002; 112: 212-219.

87. Vırıt 0, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Noropsikiyatri Arşivi. 2008; 45: 9-13.

88. Ward RK, Zamorski MA. Benefits and risks of psychiatric medications during pregnancy. Am Fam Physician. 2002;66: 629-36.

89. Yanıkkerem E, Altan E, Demirtosun P. Manisa 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan gebelerde depresyon durumu.Kadın Doğum Dergisi. 2004;4: 301-306.

90. Yanıkkerem E, İldan Çalım S, Göker A, Oruç Koltan S, Koyuncu FM. Hiperemezis gravidarumlu gebelerin hastalıkları hakkında düşünceleri ve gereksinimleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;10: 1-4.

91. Yekenkunrul D, Gebelikte Bulantı Kusma, Evlilik Uyumu Ve Eş İlişkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yükseklisans Tezi, İzmir. 2011;1-78.

92. Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenirliği ve geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1997;13: 81-87.

93. Yıldız H. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması.Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011;20: 4-8.

94. Zengin O. Sosyal hizmetin sağlık hizmetlerinin sunumundaki rolü. Konuralp Tıp Dergisi. 2011;3: 29-34.

95. Zuckerman B, Amaro A, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: Relation ship topoor health behaviours. Am J Obstet Gynecol. 1989;160: 1107-1111.

9. EKLER

Ek -A

Anket No: ……

A) GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

1. Yaşınız? .....

2. Öğrenim durumunuz nedir?

1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise ve Üstü

3. Çalışma durumunuz?

1. Çalışmıyor 2. Çalışıyor

4. Eşiniz kaç yaşında?.....

5. Eşinizin öğrenim durumu nedir?

1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise ve Üstü

6. Eşiniz yılın on iki ayı gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

1. Hayır 2. Evet

7. Ailenizin toplam aylık ortalama geliri ne kadardır?.....

8. Aylık gelirinizi nasıl algılarsınız?

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

9. Aile tipinizi belirtiniz?

1. Çekirdek Aile 2. Geniş Aile

10. En uzun yaşadığınız yer?

1. İl 2. İlçe/köy

11. Kaç yıllık evlisiniz?.....

12. Evlilik kararınızı nasıl aldınız?

1. Görücü usulü 2. Anlaşarak

B) GEBELERİN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

13. Şu anki gebelik haftası ……

14. Bebeğinizin cinsiyetini işaretleyiniz?

1. Kız 2. Erkek

15. Düşük öykünüz var mı?

1. Hayır 2. Evet (ise ne zaman) ……..

16. Düzenli olarak kontrole gittiniz mi? (Nerde ……/kaç kez……)

1. Hayır 2. Evet

17. Gebeliğiniz süresince hangi konularda bilgi almak isterdiniz/ bilgi aldığınız konuları işaretleyiniz?

	Bilgialmak istediğiniz konular?		Aldınız mı?	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Gebelikte görülen fiziksel değişiklikler				

Gebelikte görülen psikolojik/ duygusal değişiklikler				
Ebeveynliğe hazırlık				
Doğum eylemi				
Bebek bakımı/ beslenmesi				

18. Gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

1. Hayır 2. Evet

19. Cevabınız evet ise hangi konularda sorun yaşadığınızı ve en yoğun hangi aylarda yaşadığınızı işaretleyiniz.

	1-3.Ayın Sonu		4-7.Ayın Sonu		8.Ay Ve Sonrası	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Bulantı						
Kusma						
Kanama						
Uyku problemi						
Kas-iskelet sistemi ağrıları (bel ağrıları, bacak ağrıları)						
Diğer						

EK- B

GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Adı-Soyadı:_____Tarih:_____

Gebelik haftası/ayı:_____

Bir bebeğe sahip olmak sizin ve ailenizin yaşamında genellikle önemli bir süreçtir ve bu süreç geçmişten bu güne kadar olan yaşamsal deneyimlerinizden ve şu anda var olan mevcut durumunuzdan etkilenecektir. Gebelik süreci ve buna bağlı değişikliklerden etkilenme düzeyi kadının kendi, eşi ya da ailesel faktörlerden dolayı bireysel farklılıklar gösterecektir.

Bu form gebe kadınların duygu ve düşüncelerini ifade edebilmelerine olanak sağlayarak içinde bulunduğu durumu ortaya koymak amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıdaki soruları içinde bulunduğunuz bu süreçteki genel durumunuza, duygu, düşünce ve hissettiklerinize göre size en uygun olacak şekilde ve doğru olarak cevaplayınız. Yanıtlarınız gizli tutulacak olup, bilimsel amaçlı ve size destek sağlamak üzere sadece araştırmacı tarafından kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Aşağıdaki maddeler "çok fazla"dan "hiç" ifadesine kadar derecelendirilmiştir. Lütfen her bir maddede sizin duygu, düşünce ve genel durumunuzu en iyi- en uygun olarak tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz					
	Çok fazla	**Fazla**	**Orta**	**Az**	**Hiç**

1. Gebeliğinizin planlı/istenen bir gebelik olduğuna ilişkin inancınız					
2. Gebe olduğunuzu öğrendiğinizdeki mutluluk düzeyiniz					
3. Gebeliğinize ilişkin şu andaki mutluluk düzeyiniz					
4. Gebeliğinizde yaşadığınız sorun/sıkıntılarınız					
5. Eşinizin gebeliğinizle ilgili mutluluk düzeyi					
6. Eşinizin gebeliğinizde size gösterdiği ilgi					
7. Ailelerinizin gebeliğinize yönelik davranışlarının sizi olumsuz etkilemesi					
8. Gebeliğinizde eşinizin sizi her yönden desteklediği/ destekleyeceği inancınız					
9. Gebeliğinizde duygusal destek ihtiyacınız					
10. Gebeliğinize yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
11. Anne olmaya yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
12. Gebeliğinize ya da anne olmanıza yönelik korku/panik duygusu					
13. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızdaki değişim düzeyi					
14. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızda yaptığınız değişikliklerden olumsuz etkilenme düzeyiniz					
15. Gebeliğinizde vücudunuzda oluşan değişikliklerin sizde yarattığı stres/kaygı düzeyi					
16. Doğumdan sonra bebeğinizin bakımında alabileceğiniz destek düzeyi					
17. Doğumdan sonra kendi bakım ve ihtiyaçlarınızda alabileceğiniz destek düzeyi					

18. Evlilik ilişkinizde kendinizi mutlu hissetme düzeyiniz					
19. Bebeğin doğumuyla birlikte evlilik ilişkinizin daha iyi olacağına inancınız					
20. Eşinizin size değer vermesi/ saygı göstermesi					
21. Evliliğinizin devamına ilişkin kaygı/korku düzeyiniz					
22. Eşinizden çekinme, korkma düzeyiniz					
23. Eşinizden fiziksel şiddet (itme, vurma vb.) görme					
24. Eşinizden sözel, psikolojik şiddet (aşağılama, hakaret, küçük düşürme vb.) görme					
25. Eşinizden cinsel şiddet (zorla cinsel ilişki, zarar verme vb) görme					
26. Eşinizin aile, akraba, arkadaş vb. ile görüşmelerinizi kısıtlaması					
27. Eşinizin sizi rahatsız eden/kaygılandıran zararlı alışkanlıkları (sigara, alkol, kumar vb)					
28. Şu anda yaşamınızdaki stres, sıkıntı düzeyi					
29. Şu anda maddi/ekonomik sorun yaşama durumunuz					
30. Gebelik öncesi veya şu anda tedavi gerektirecek düzeyde yaşadığınız psikolojik (ruhsal) sorunlar					
31. Kendi ailenizle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
32. Eşinizin ailesiyle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
33. Aileniz tarafından sevildiğiniz inancı					
34. Eşiniz tarafında sevildiğiniz inancı					
35. Ailenizin size her konuda destek olduğu/					

olacağı düşüncesi					
36. Çocuğunuza iyi bir bakım verebilme kaygısı					
37. Çocuğunuza iyi bir gelecek sağlama kaygısı					
38. Eşinizin iyi bir baba (ilgili, sorumluluk sahibi vb.) olacağına yönelik kaygınız					
39. Doğumdan sonra sosyal yaşantınızın olumsuz etkileneceği endişesi					
40. Her şeyin kötü gittiği/gideceği düşüncesi (inancı)					
41. Nedenini bilemediğiniz sıkıntı, endişe, üzüntü, mutsuzluk hissi					
42. Gebeliğinizde rahat ve güvende olma hissiniz					
43. Gebeliğinizde sorunlarla baş etme yolu olarak sigara, alkol vb madde kullanmanız					
44. Gebeliğiniz nedeniyle iş yaşamınızda olumsuz değişikliklerin (*işinizi yada işinizdeki statüyü kaybetme vb*) olduğuna/ olacağına ilişkin endişeniz					
45. Eşinizin iş değiştirme, bırakma ya da iş kaybı yaşamasına yönelik endişeniz					
46. Gebeliğiniz nedeniyle sosyal yaşamınızın (arkadaşlık, eğlence, gezi, tatil vb.)olumsuz etkileneceği/ etkilendiği inancınız					

EK-C

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Sayısı: 01	**Toplantı Tarihi: 30.01.2013**

Karar Sayısı 2013/02 Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Ebelik Bölümü Yrd.Doç.Dr.Sema YILMAZ'ın "Son Trimesterinde Olan Nullipar Gebelerde Psikososyal Sağlık Durumu ve İlişkili Faktörler" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 18.01.2013 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra; Yrd.Doç.Dr.Sema YILMAZ'ın "Son Trimesterinde Olan Nullipar Gebelerde Psikososyal Sağlık Durumu ve İlişkili Faktörler" adlı araştırmanın kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
30/01/2013

Yasemin KARAOĞLU
Sekreterya

10. ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Adıyaman'da doğdu. İlköğretimini Adıyaman Kuyulu İlköğretim Okulu'nda ve liseyi Şanlıurfa Atatürk Barajı Lisesi'nde okudu. İnönü Üniversitesi Adıyaman Sağlık Yüksekokulu ebelik bölümünü 2004 yılında kazandı ve 2008 yılında mezun oldu. Malatya Devlet Hastanesi'nin acil servisinde iki yıl çalıştı. Daha sonra Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nin çocuk kardiyoloji servisinde bir buçuk yıl ve Konya Refik Saime Koyuncu Kadınhanı Devlet Hastanesi'nin doğum salonunda bir yıl görev yaptı. Halen ise Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi'nin doğum servisinde bir yıldır çalışmaktadır.