

PAPER DETAILS

TITLE: Gebelikte Distresin Tanımlanması:Erzincan Örneği

AUTHORS: Nadire YILDIZ ÇILTAS,Sevinç KÖSE TUNCER

PAGES: 15-24

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/747298>

Gebelikte Distresin Tanımlanması: Erzincan Örneği

Distress Defining in Pregnancy: Erzincan Case

 Nadire Yıldız ÇILTAŞ^{1*},  Sevinç Köse TUNCER²

¹ Erzincan Mengücek Gazi Eğitim Araştırma Hastanesi, Erzincan, Türkiye

² Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Erzincan, Türkiye

Öz: Araştırma, gebelik döneminde göz ardı edilebilecek olan distres sorununu belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma Erzincan'da araştırma hastanesinin doğum ve kadın hastalıkları polikliniğine başvuran 12 gebelik haftası ve üzerinde olan 600 gebe tarafından yürütülmüştür. Çalışma verileri yüz yüze görüşülerek 'Gebe Bilgi Formu' ve 'Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği' (Tilburg Pregnancy Distress Scale -TPDS) kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ortalama, Kruskal Wallis Varyans analizi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), bağımsız gruplarda t testi, Pearson korelasyon analizi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27.42±5.36 olup %34.2'nin 17-24 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Gebelerin %33'nün (n=198) distres yaşadığı tespit edilmiştir. Gebelerin yaş grubu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eş eğitim düzeyi, gebelik sayısı, düşük/küretaj sayısı, canlı doğum sayısı, aile için planlanan çocuk sayısı, önceki doğumlarında ve doğum sonu dönemde yaşanan sağlık problemi, ile TGDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (p<0.001, p<0.01, p<0.05). Gebelerde distresin önemli düzeyde olduğu ve çeşitli faktörlerden etkilendiği saptanmıştır. Gebelik döneminde kadınların sadece fizyolojik yönden değil psikolojik yönden de değerlendirilmesi hem anne hem de fetus/bebek sağlığının korunmasında önemli yer tutmaktadır.

Keywords: Stres, anksiyete, gebe.

Abstract: The aim of this study was to determine the distress problem which can be ignored during pregnancy. The study was carried out by 600 pregnant women who were admitted to the obstetrics and gynecology outpatient clinic of the research hospital in Erzincan. Data of the study was obtained face to face by using the-Pregnancy Information Form and 'Tilburg Pregnancy Distress Scale'(TPDS). In the evaluation of the data, number, percentage, mean, Kruskal Wallis Variance analysis, one-way analysis of variance (ANOVA), independent groups t test, Pearson correlation analysis and Mann-Whitney U test were used. The mean age of the pregnant women was 27.42 ± 5.36 and 34.2% was in the 17-24 age group. It was determined that 33% of the pregnant (n = 198) experienced distress. , It was determined that the pregnant women in terms of age group, education level, working status, level of education, number of pregnancies, abortion / curettage number, number of live births, number of children planned for the family, health problems experienced in previous births and postpartum period are significant statistically (p<0.001, p<0.01, p<0.05). It was found that the distress was significant in pregnant women and affected by various factors. The evaluation of women not only from a physiological point of view but also from a psychological point of view during pregnancy will ensure the protection of both mother and fetus / infant health.

Anahtar Kelimeler: Stress, anxiety, pregnancy.

*Corresponding author : Nadire YILDIZ ÇILTAŞ

e-mail : nadireclts@outlook.com

Geliş tarihi / Received : 28.01.2019

Kabul tarihi / Accepted: 09.06.2019

Giriş

Gebelik insanoğlu neslinin devam etmesi ve aile bütünlüğünün sağlanması için toplumsal bir öneme sahiptir (Kimya ve Cengiz,1996). Bu süreç döllenme ile başlayıp doğumla tamamlanır ve bu dönemde gebede fizyolojik ve psikolojik değişiklikler meydana gelebilir (Özkan,1993). Gebelik kadının kendini gerçekleştirme, olgunluk, doyum ve mutluluk kaynağı olarak nitelendirilmesinin yanı sıra; tasma, kaygılı bekleyiş ve kadında ruhsal anlamda bir yüklenme de oluşturabilir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş,2011). Önceleri gebelerin anksiyete semptomları açısından daha az risk altında olabileceği düşünülmekteydi. Bu düşüncenin aksine, günümüzde gebelik ve postpartum dönemi anksiyete bozuklukları yönünden değişken etkilere yol açtığını göstermiştir (Weisberg ve Poquette, 2002). Bu nedenlerden dolayı gebelik, kadınların hayatında bir stres dönemidir ve sık sık depresyon ve anksiyete ile birleşmektedir (Sevindik,2005).

Gebelikte psikolojik distresi araştıran çalışmalara göre psikolojik distres doğurganlık yılları süresince çoğu kadının ortak sorunu olarak görülmektedir (Çapık ve ark.,2015). Farklı toplumlarda yapılan çalışmalarda gebelikte depresyon görülme sıklığı %17.9-%25 arasında değişiklik göstermektedir. (Bodecs ve ark.,2009;Pottinger ve ark.,2009).Ülkemizde ise yapılan çalışmalara göre %11.9-%36 arasında olduğu belirtilmiştir.(Yücel ve ark.,2013;Cebeci ve ark.,2002;Çapık ve ark.,2015)

Gebelik döneminde kadının bedeninde meydana gelen değişimler çoğunlukla pozitif olarak karşlanır, hatta kendisi ve eşinde bir gurur yaratır. Fakat bunun aksine bazı kadınlarda bu değişiklikler olumsuz bir beden imajı yaratabilir (Taşkın,2011). Gebelerin ruhsal durumu ve yaşantısı distrese neden olabileceği gibi, gebelikteki yaşananlar da distrese neden olabilir. Gebelerde kilo alma, vücut kitlesinin artması, uyku ve yeme düzenindeki değişiklikler, bulantı-kusma, ciltteki renk değişiklikleri distres yaşanmasına neden olabilir

(Efe,2006). Bunun yanında kadının gebelik boyunca yaşadığı biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişikliklerin yanında gebenin annelik rolünü benimsememesi, inanç değerleri ve tutumları, görev ve sorumluluk üstlenmesi de distresin sebebi olabilir (Vırt,2008;Yalçın Gözüyeşil,2003).

Literatürler, gebelikte yaşanan stresin gebelikte fetüs, doğum, doğum sonu ve yenidoğan üzerinde bazı olumsuz sonuçları olduğunu göstermektedir (Kalkan Oğuzhanoğlu ve Varma Sözeri,2013). Gebelerin anksiyete ve depresyon düzeylerindeki artışın obstetrik komplikasyonlar, erken doğum eylemi, doğum sırasında analjezik ihtiyacının artması, fatal ve yenidoğan davranışlarındaki olumsuzluklar gibi sorunlarla ilişkili olduğu belirtilmiştir. (Alder ve ark.,2007). Ayrıca distres, artmış uterin arter rezistansı (Teixeira ve ark.,1999), yüksek kortizol seviyeli bebek (Marakoğlu ve Şahsıvar,2008), preeklampsi, antepartum kanama, düşük doğum tartılı ve düşük apgar skorlu bebek, küçük fetüs, yeni doğanda yutma güçlüğü, uyku bozukluğu, motor aktivitelerinde yavaşlama ve stres, postnatal dönemde annede intihar riski, kardiovasküler ve irritable barsak hastalıklarının oluşmasına neden olur (Leung ve Kaplan,2009).

Anne ve fetüs üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı gebelikteki psikiyatrik bozuklukların tanınması, risk etmenlerinin ve bozuklukların gebelikteki seyrinin bilinmesi, önlem alınması ve tedavinin planlanması (Kalkan Oğuzhanoğlu ve Varma Sözeri,2013), gebelik sırasında rutin fizyolojik izlemlerin yanı sıra psikolojik değerlendirmenin yapılarak holistik bir yaklaşımla değerlendirmenin yapılması gerekmektedir (Çapık ve ark.,2015). Gebelikteki psikolojik distres, fetüs ve annenin iyilik halini olumsuz yönde etkilemesinden dolayı üzerinde dikkatle durulmalı ve erken tanı konularak tedavi edilmelidir. Ülkemizde gebelikte distresi tanımlayan çalışmalar yetersizdir. Bu doğrultuda bu araştırmanın

gebelerin distres riskini belirleyip hemşirelik alanına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Araştırma; gebelik döneminde göz ardı edilebilecek olan distres problemin belirlenmesini ve fark edilebilir olmasını sağlayarak bunların sonucunda anne-çocuk sağlığını korumak, risk altındaki gebeleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü, Yeri-Zamanı ve Evren-Örnekleme

Tanımlayıcı nitelikteki çalışma Sağlık Bakanlığı-Erzincan Binali YILDIRIM Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Poliklinikleri Haziran-Kasım 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın evrenini belirtilen zaman dilimi içerisinde hastane polikliniğine başvuran 12 hafta ve üzeri gebeler oluşturmıştır. Örneklemi ise; ilgili hastaneye Haziran-Kasım 2014 tarihleri arasında başvuran ve olasılıksız örneklem yöntemiyle evrenden seçilmiş olan ve araştırmaya katılma kriterlerini sağlayan (Örnekleme alınma kriterleri: Gebelik haftasının 12 ve üzeri olması, araştırmaya katılmayı kabul etmesi, iletişim ve işbirliğine açık olması, görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olmaması, tanı konulmuş herhangi bir psikiyatrik sorunu olmayan gebeler) 600 gebe araştırmayı oluşturmıştır.

Verilerin Toplanması: Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Formların doldurulması ortalama olarak 20-25 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları: Veriler "Gebe Bilgi Formu" ile "Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

Gebe Bilgi Formu: Literatür doğrultusunda (Coşkun ve ark.,2008) hazırlanan bu form gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini (yaş, eğitim, meslek, eş eğitimi, gelir, aile tipi, gebelik, sayısı, yaşayan çocuk sayısı,

gebelik haftası vb.) belirleyebilecek türde toplam 36 sorudan oluşmaktadır.

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDO): Pop ve ark. (2011) tarafından gebelikteki distresin (stres, anksiyete, depresyon) belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması 2013 yılında Çapık tarafından yapılmıştır. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği 16 maddeden oluşmaktadır. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Türkçe formu 4'lü likert tipinde (çok sık = 0 puan, oldukça sık = 1 puan, ara sıra = 2 puan, nadiren veya hiç = 3 puan) derecelendirilmekte, ölçeğin 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16. maddeleri ters kodlanmaktadır. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 48'dir. Ölçeğin "Olumsuz Duygulanım" ve "Eş Katılımı" olmak üzere iki alt boyutu vardır.

Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu: Bu alt boyut 11 madden oluşmaktadır. Bu maddeler 3,5,6,7,9,10,11,12,13,14 ve 16. maddelerdir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 33'tir.

Eş Katılımı Alt Boyutu: Bu alt boyut 5 madden oluşmaktadır. Bu maddeler ise 1,2,4,8 ve 15'tir. Alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan ise 15'tir. Ölçek 12 hafta ve üzeri gebeliği olan kadınlara uygulanmaktadır. Ölçeğin belli bir kesme noktası vardır. Ölçekten alınan toplam puanın 28 ve üzerinde olması distres (Stres, anksiyete, depresyon) açısından risk altında olan gebelerin tanınmasını sağlamaktadır. Çapık (2013) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa değeri 0.83 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da Cronbach Alfa değeri 0.66 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Erzincan Binali YILDIRIM Üniversitesi Etik Kurulundan etik onayı (No:2014/3663) , Erzincan İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Sağlık Bakanlığı-Erzincan Binali YILDIRIM Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma

Hastanesinden yazılı izin, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan yazardan mail yoluyla ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden sözlü izin alınmıştır. Gebelere araştırmanın amacı anlatılarak “Bilgilendirilmiş Onam” ilkesi, araştırmaya gönüllü katılımı “Özerkliğe Saygı” ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkeleri yerine getirilmiştir.

Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzdelik, bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi istatistiksel analizlerde $p=0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Gebelerin demografik özelliklerinden eğitim düzeyi, yaş grubu, gebelerin çalışma durumu, eş eğitim düzeyi ve eş ile uyumluluğuna göre TGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 1’de gösterilmiş olup puan ortalamalarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, $p<0.001$, Tablo 1).

Tablo 1. Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre TGDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Sayı	%	Ort.±SS	Test ve p değeri
İlk Evlilik Yaşı (Ort=21.10±3.67)				$r = -.029$ $p = .486$
Yaş Grubu				
17-24	205	34.2	21.55±7.52	$F = 9.269$
25-29	183	30.5	24.22±7.29	*$p = .000$
30-34	146	24.3	25.03±6.97	
35 ve ↑	66	11.0	25.60±7.66	
Eğitim Düzeyi				
Okur-yazar değil	29	4.8	25.68±8.45	
Okur-yazar	22	3.7	24.63±8.37	$F = 2.747$
İlköğretim	274	45.7	24.35±6.99	***$p = .028$
Lise	194	32.3	22.35±7.59	
Üniversite	81	13.5	23.45±7.92	
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	98	16.3	21.03±8.157	$t = -3.846$
Çalışmıyor	502	83.7	24.17±7.24	*$p = .000$
Gelir Düzeyi				
Kötü	38	6.3	23.95±7.65	$F = 2.66$
Orta	366	61.0	23.11±7.48	
İyi	196	32.7	24.63±7.38	$p = .071$
Eş Eğitim Düzeyi				
Okur-yazar değil	5	.8	25.60±8.08	$F = 4.064$
Okur-yazar	23	3.8	20.47±7.40	**$p = .003$
İlköğretim	185	30.8	25.20±7.20	
Lise	240	40.0	22.75±7.67	
Üniversite	147	24.5	23.63±7.20	
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	479	79.8	23.49±7.62	$t = -1.076$

Geniş Aile	121	20.2	24.31±6.91	p=.282
Eş ile Uyumluluk				
Uyumlu	510	85.0	23.15±7.33	F=7.990
Bazen Uyumlu	79	13.2	26.65±7.86	*p=.000
Uyumsuz	11	1.8	25.45±7.30	
*p<0.001, **p<0.01, ***p<0.05				

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre TGDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; gebelikle ilgili problemde destek olacak kişinin varlığına göre ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (p>0.05,Tablo 2).

Gebelerin canlı doğum sayısına göre TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; pozitif yönde korelasyon olduğu belirlenmiştir ve aradaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0.001, Tablo 2).

Tablo 2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre TGDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Sayı	%	Ort.±SS	Test ve p değeri
Canlı Doğum Sayısı (Ort=1.067±1.148)				r=.280 *p=.000
Aile İçin Planlanan Çocuk Sayısı (Ort=2.53±0.98)				r=.101 *** p=.013
Gebelik Sayısı				
1	200	33.3	20.11±7.23	
2	179	29.8	25.01±7.17	F=12.313
3	132	22.0	26.01±6.18	*p=.000
4 ve üzeri	89	14.9	25.41±7.65	
Düşük/Küretaj Sayısı				
Yok	459	76.5	23.23±7.57	F=3.364
1	114	19.0	24.93±6.63	***p=.035
2 ve ↑	27	4.5	25.63±8.73	
Önceki Doğumlarda Doğum Problemi Yaşama (n=383)				
Evet	69	18.0	24.01±7.04	t=-2.036
Hayır	314	82.0	25.89±6.90	***p=.042
Önceki Doğumlarda Doğum Sonu Problem Yaşama (n=383)				
Evet	58	15.1	23.02±6.66	t=-3.046
Hayır	325	84.9	26.00±6.92	**p=.002
Yaşayan Çocuk				
Yok	223	37.2	20.40±7.25	
1	202	33.7	24.84±7.11	F=11.851
2	121	20.1	26.28±6.34	*p=.000
3 ve üzeri	54	9.0	26.75±7.42	
Gebeliğin Şu Andaki veya Gelecekteki Hedefleri Etkileme Durumu				
Etkiler	282	47.0	21.75±7.74	F=18.629
Etkilemez	291	48.5	25.46±6.83	*p=.000
Kararsız	27	4.5	24.07±6.83	

Gebelikle İlgili Problemden Destek Olacak Kişi Var mı				
Evet	564	94.0	23.68±7.45	t=.362
Hayır	36	6.0	23.22±8.11	p=.718
Cevap Evet ise En Çok Kimden (n=564)				
Eş	393	65.5	23.06±7.33	F=3.234
Akraba	156	26.0	25.24±7.54	***p=.022
Sağlık Personeli (doktor, hemşire, ebe)	15	2.5	23.80±7.90	

*p<0.001, **p<0.01, ***p<0.05

Gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin şu anda veya gelecekteki hedefleri etkileme durumu ve önceki doğumlarda doğum problemi yaşama durumuna göre TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (p<0.001, p<0.05, Tablo 2).

Önceki doğumlarda doğum sonu problem yaşama durumuna ve gebelikle ilgili problem olduğunda destek olacak kişisi olanlara göre TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (p<0.01, p<0.05, Tablo 2).

Gebelerin TGDÖ'nden aldıkları puanların dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir. Gebelerin TGDÖ toplam puan ortalamasının 23.66±7.48, eş katımlı alt boyut puan ortalamasının 3.10±3.49, olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalamasının 19.66±6.68 olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Gebelerin ölçeğin kesme noktasına göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir. Ölçeğin kesme noktasına göre değerlendirildiğinde; toplamda gebelerin %33'ünün (198 gebe) distreste olduğu belirlenmiştir (Tablo 4)

Tablo 3. Gebelerin TGDÖ'nden Aldıkları Puanların Dağılımı

TGDÖ		Ölçekten Alınabilecek En Düşük-En Yüksek Puanlar	Ölçekten Alınan En Düşük-En Yüksek Puanlar	Ortalama±SS
Alt Boyutlar	Eş Katılımı	0-15	0-15	3.10±3.49
	Olumsuz Duygulanım	0-33	2-33	19.66±6.68
	Toplam	0-48	3-44	23.66±7.48

Tablo 4. Gebelerin Ölçeğin Kesme Noktasına Göre Dağılımı (n=600)

Kesme Noktası	Toplam	
	Sayı	%
Distres Riski Olmayan	402	67.0
Distres Riski Olan	198	33.0

Tartışma

Ülkemizde gebeliğe özgü distresin tanımlanmasına yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Gebelerde distresi tanımlamak amacıyla yapılan araştırmanın bulguları ilgili literatürle tartışılmıştır.

Araştırmamıza katılan gebelerin yaş ortalaması 27.42 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelerin yaş ortalaması 26.78-27.4 arasında olduğu belirtilmiş olup (Sevindik,2005; Karataylı,2007; Dağlar ve Nur, 2014), TNSA(Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2013 yılı verilerine göre Türkiye’de kadınlar en yüksek doğurganlıklarını yirmili yaşlarda yaşamaktadır; en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 25-29 yaş grubundadır. Çoğu çalışma bulgusu bizim araştırmamızdaki bulguyla benzerlik göstermekte olup, ülkemizde anne olma yaşının genç yetişkinlik döneminde olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda gebelerin %45.7 ilköğretim ,%32.3 ‘nün lise mezunu olduğu, eşlerinin ise %30.8’nin ilköğretim, %40’nın lise mezunu tespit edilmiştir (Tablo 1). TNSA 2013 yılı verilerine göre 20-24 yaş grubundaki kadınların %31’ortaokul, %48.5’i lise, 25-29 yaş grubundaki kadınların ise %14.6 ortaokul, %44.4 ‘ü ise en az lise mezunudur. Yalçın Gözüyeşil ve ark. (2003) yaptığı araştırmada gebelerin %37.5’i ortaokul veya lise mezunu olup çoğunluğu bu grup oluşturmaktadır. Gebelerin eşlerinin ise %46.3 ‘nün ortaokul ve lise mezunu olduğu belirtilmiştir. Yücel ve ark. (2013) yaptığı çalışmada ise eğitim durumu ilköğretim olan gebelerin oranı %76.6 olarak tespit edilmiştir. Araştırmamız sonucunda gebelerin ve eşlerinin eğitim düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1). Bunun nedeni de gebelerin ve eşlerinin yaşları itibariyle diğer araştırmalara göre daha genç nüfusu oluşturması olup dolayısıyla eğitim düzeyinin artmasıdır diyebiliriz.

Çalışmamızda gebelerin TGDÖ puan ortalaması ile canlı doğum sayısı arasında $p<0.001$ ve aile için planlanan çocuk sayısı TGDÖ puan ortalaması arasında $p<0.05$ düzeyinde anlamlı ilişki belirlenmiştir (Tablo 2). Akbaş (2008) ile Yalçın Gözüyeşil ve ark.(2003) çalışmalarında gebelik sayısı arttıkça depresyon oranının arttığını belirlemişlerdir.

Çalışmamızda gebelerin TGDÖ puan ortalaması ile aile için planlanan çocuk sayısı TGDÖ puan ortalaması arasında $p<0.05$ düzeyinde anlamlı ilişki belirlenmiştir (Tablo 2). Planlanan çocuk sayısı gebe kalma sırasında stresin ortaya çıkmasına, gebelik sırasında planlanan bebeği kaybetme korkusuna neden olup distres riskine neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelik sayısı ile TGDÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuş olup gebelik sayısı arttıkça TGDÖ puan ortalamasının arttığı tespit edilmiştir ($p<0.001$, Tablo 2). Çapık ve ark.(2015) çalışmalarında gebelik sayısı ile distres arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirlemişlerdir. Faisal Cury ve Menezes (2007) çalışmalarında gebelik sayısı ile depresyon puan ortalamaları arasında anlamlılık tespit etmişler fakat anksiyete puan ortalamaları ile gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulamamışlardır. Altınçelep'in (2011) çalışmasında ise gebelik sayısı ile prenatal distres puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Araştırmamızda düşük/küretaj sayısı ile distres puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan bir anlamlılık bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 2). Leigh ve Milgrom (2008) çalışmalarında düşük/küretaj varlığı ile depresyon arasında anlamlılık bulamamışlardır. Ortaokul ve ark.(2012) anksiyete bozukluğu olan gebelerde düşük öyküsü oranını daha yüksek tespit etmelerine rağmen anksiyete bozukluğu ile düşük öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Yine aynı araştırmada küretaj öyküsü olanlarda anksiyete bozukluğu riskinin arttığını belirtmişler fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamamışlardır.

Çalışmamıza katılan gebelerin TGDÖ puan ortalaması ile doğum problemi yaşama durumu ile doğum sonu problemi yaşama durumu arasında istatistiksel olarak önemli fark belirlenmiştir ($p<0.05$, $p<0.01$, Tablo 2). Bu sonuçlar doğrultusunda kadının önceki deneyimlerinin olumsuz olmasının gebelikte distresi artırması beklenen bir sonuçtur. Bu sonuçlar doğrultusunda özellikle önceki deneyimleri olumsuz olan gebelerin risk grubu olarak değerlendirilmeleri ve hemşire/ebeler tarafında düzenli takip ve

bilgilendirme yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışma sonucuna göre yaşayan çocuk sayısı ile TGDÖ puan arasında anlamlı istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$, Tablo 2). Çapık ve ark.(2015) yaptıkları çalışmada çocuk sayısı ile distres arasında anlamlılık belirlemedilerdir. Arslan'ın (2010) çalışmasında yaşayan çocuk sayısı arttıkça depresyon ve anksiyete puanlarının arttığını belirtmiştir. Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji (2010) çalışmalarında gebe kadınların yaşayan çocuk sayısına göre depresyon puanlarında fark olmadığını saptamışlardır.

Gebeliğin şuanda veya gelecekteki hedefleri etkileme durumu ile TGDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir ($p<0.001$, Tablo 2). Bebeğin anneye bağımlı olarak yaşaması yani fizyolojik ve psikolojik gereksinimlerinin aile tarafından karşılanması ve aileye bağımlı olması aileyi de eve bağımlı hale getirmektedir. Buna bağlı olarak gebenin şu anki ve gelecekteki planlarının olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. Furber ve ark.(2009) gebelerin prenatal distres nedeniyle yaşam biçimleri, alışkanlıkları ve çalışma yaşamlarının olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir.

Gebelikle ilgili problem olduğunda destek olacak birinin varlığı ile TGDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan önemli bir fark tespit edilememiştir ($p>0.05$, Tablo 2). Fakat gebelerin en çok destek aldığı kişi ile distres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 2). Altınçelep'in (2011) çalışmasında da gebelik süresince destek olacak kişi ile prenatal distres düzeyi arasında anlamlı fark bulamamıştır. Sonuçlar doğrultusunda gebelikte destek olacak kişilerin varlığının gebelerde distresi azalttığı söylenebilir.

Gebelerin ölçeğin kesme noktasına göre dağılımını incelediğimizde gebelerin %67'sinde distres riski olmayıp, %33'ünün distres riski altında olduğu

bulunmuştur (Tablo 4). Yapılan bir çalışmada gebelikte distres oranının %41.7-%51 değerleri arasında farklılık gösterdiği belirtilmiştir (Richter ve ark.,2012). Pottinger ve ark.(2009) yaptıkları çalışmada, tüm gebelik boyunca depresif bozukluk oranını %25 olarak tespit etmişlerdir. Çapık ve ark.(2015) çalışmalarında gebelerin %11.9'unun distres yaşadığı belirtilmiştir. Sonuçlarımız literatürler ile paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda gebelerde distresin mevcut olduğunu söyleyebiliriz.

Sonuç ve Öneriler

Çalışma sonucunda; gebelerin azımsanmayacak düzeyde distres riski altında olduğu bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerle bağlantılı olduğu belirlenmiştir.

Gebelik döneminde kadınların sadece fizyolojik yönden değil psikolojik yönden de yani gebenin bir bütün olarak değerlendirilmesi, gebelerin gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerle ilgili sürekli bilgilendirilmesi ve bu dönemlere ait distresin azaltılarak bu dönemlere ait fiziksel ve ruhsal uyumun kolaylaştırılması gerekir. Başta hemşire/ebeler olmak üzere tüm sağlık personelinin distres ile ilgili farkındalıklarının artırılması için hizmet içi eğitim programların düzenlenmesi ve doğum öncesi eğitim programlarına gebelerin aktif katılımı önerilir.

* Bu çalışma 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde (10-12 Eylül Erzurum, Türkiye) poster bildirisi olarak sunulmuştur.

References

- Kimya, Y., Cengiz, C., 1996.** Maternal Fizyoloji. In: Kişnişçi, H.A.(Ed.), Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güven Kitabevi, Ankara, pp. 239-250
- Özkan, S., 1993.** Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche Yayıncılık, İstanbul.
- Yeşilçiçek Çalık, K., Aktaş, S., 2011.** Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. Psikiyatride güncel yaklaşımlar 3, 142-162.

Weisberg, R.B., Paquette, J.A., 2002. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Women's Health Issues* 12, 32-36.

Sevindik, F., 2005. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.

Çapık, A., 2013. Tilburg gebelikte distress ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Bodecs, T., Horvath, B., Kovacs, L., Diffellne, NM., Sandor, J., 2009. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based hungarian sample. *Orvosi Hetilap* 150, 1888-1893.

Pottinger, AM., Trotman Edwards, H., Younger, N., 2009. Detecting depression during pregnancy and associated lifestyle practices and concerns among women in a hospital-based obstetric clinic in Jamaica. *General Hospital Psychiatry* 31, 254-261.

9. Yücel, P., Çayır, Y., Yücel, M., 2013. Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri* 16, 83-87.

Cebeci, SA., Aydemir, Ç., Göka, E., 2002. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi* 10, 11-18.

Çapık, A., Ejder Apay, S., Sakar, T., 2015. Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Dergisi* 18, 196-203.

Taşkın, L., 2011. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

Efe, H., 2006. Gebeliğin kadın cinselliği üzerindeki etkileri. Uzmanlık Tezi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/kadin_hast/dr_hasan_efes.pdf(Erişim 10.07.2015)

Vırt, O., Akbaş, E., Savaş, H.A., Sertbaş, G., Kandemir, H., 2008. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri arşivi* 45, 9-13.

Yalçın Gözüyeşil, E., Şirin, A., Çetinkaya, Ş., 2008. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 3, 40-62.

Kalkan, Oğuzhanoglu N., Varma Sözeri, G., 2013. Gebelik sırasında ruhsal hastalıkların gidişi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 3, 276-287.

Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösl, I., Holzgreve, W., 2007. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal Fetal Neonatal Medicine* 20, 189-209.

Teixeira, JM., Fisk, NM., Glover, V., 1999. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *British Medical Journal* 318, 153-157.

19. Marakoğlu, K., Şahsıvar, MŞ., 2008. Gebelikte depresyon. *Aile Hekimliği Dergisi* 28, 525-532.

Dorn, LD., Susman, EJ., Petersen, AC., 1993. Cortisol reactivity and anxiety and depression in pregnant adolescents: a longitudinal perspective. *Psychoneuroendocrinology* 18, 219-239.

Leung, MYB., Kaplan, BJ., 2009. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. *American Tetic Association* 109, 1566-1575.

Coşkun, A., Kızılay Beji, N., Hotun Şahin, N., Yeşiltepe Oskay, Ü., Küçük Dikencik, B., Yıldırım, G., 2008. Hemşire ve ebelerle yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları öğrenim rehberi. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul.

Karataylı, S., 2007. Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri. Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya.

Dağlar, G., Nur, N., 2014. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 36, 429-441.

TNSA, 2013. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/r/TNSA_2013_ana_rapor.pdf (Erişim 21.05.2015)

Bayık, A. 2004. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri. Odak Ofset, İstanbul.

Richter, J., Bittner, A., Petrowski, K., Junge Hoffmeister, J., Bergmann, S., Joraschky, P., Weidner, K., 2012. Effects of an early intervention on perceived stress and diurnal cortisol in pregnant women with elevated stress, anxiety, and depressive symptomatology. Informa Healthcare 33, 162-170.

Akbaş, E., Vırt, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, AH., Sertbaş, G., 2008. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Nöropsikiyatri arşivi 45, 85-91.

Faisal Cury, A., Menezes, PR., 2007. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. Archives of Women's Mental Health 10, 25-32.

Altınçelep, F. 2011. Gebelerdeki prenatal distres düzeyinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Leigh, B., Milgrom, J., 2008. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. BMC Psychiatry 8, 24-34.

Ortaarık, E., Tekgöz, İ., Ak, M., Kaya, E., 2012. İkinci trimestir gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 1, 16-20.

Arslan, B., 2010. Gebelerde anksiyete ve depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler. Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta.

Dereli Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N., 2010. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi 20, 99-108.

Furber, CM., Garrod, D., Maloney, E., Lovell, K., McGowan, L., 2009. A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. International Journal of Nursing Studies 46, 669-77.

Pop, VJM., Pommer, AM., Pop Purceleanu, M., Wijnen, HAA., Bergink, V., Pouwer, F., 2011. Development of the Tilburg Pregnancy Distress Scale: the TPDS. BMC Pregnancy and Childbirth 11, 80-87.