KADINLARIN GEBELİĞİ İSTEME DURUMUNA GÖRE ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE RUHSAL DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

İmren ATASEVER

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

Yüksek Lisans Tezi-2015

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KADINLARIN GEBELİĞİ İSTEME DURUMUNA GÖRE ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE RUHSAL DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

İmren ATASEVER

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

ERZURUM
2015

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

KADINLARIN GEBELİĞİ İSTEME DURUMUNA GÖRE ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE RUHSAL DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

İmren ATASEVER

Tez savunma tarihi : 12.06.2015

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ayşe OKANLI

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Neziha UĞURLU

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM

Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM – 2015

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **III**

ÖZET ..... **IV**

ABSTRACT ..... **V**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **VI**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **VII**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1. Gebeliğin Tanımı 4

2.1.1. Gebelikte Görülen Değişiklikler 5

2.1.1.1. Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler 5

2.1.1.2. Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler 8

2.2. Gebelikte Görülen Ruhsal Hastalıklar 10

2.2.1. Depresyon 11

2.2.2. Anksiyete Bozuklukları 12

2.2.3. Psikoz 12

2.2.4. Bipolar Bozukluk 13

2.2.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk 13

2.2.6. Yeme Bozuklukları 14

2.3. Sosyal Destek 14

2.3.1. Gebelik ve Sosyal Destek 15

2.4. Gebelikte Sosyal Destek ve Hemşirelik Yaklaşımları 17

3. MATERYAL VE METOT **19**

3.1. Araştırmanın Türü 19

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 19

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 19
3.4. Araştırmanın Değişkenleri 20
3.5. Verilerin Toplanması 20
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 24
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri 24
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği 24
4. BULGULAR 26
5. TARTIŞMA 37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 43
KAYNAKLAR 44
EKLER 53
EK-1. ÖZGEÇMİŞ 53
EK-2. TANITICI BİLGİ FORMU 54
EK-3. KISA SEMPTOM ENVANTERİ 56
EK-4. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ 58
EK-5. ETİK KURUL ONAY FORMU 60
EK-6. TEZ ÇALIŞMA İZİN FORMU 61
EK-7. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROTOKOLÜ ONAM FORMU 62
EK-8. TEZ SAVUNMASI SINAV TUTANAĞI 63

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince desteğini, bilgi ve tecrübesini esirgemeyen danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN'a, veri toplama süresince yardımlarını esirgemeyen hastane çalışanlarına ve araştırmaya katılma nezaketinde bulunan gebelere, desteğiyle her zaman yanımda olan sevgili eşim Alpaslan Kürşad ATASEVER'e; hayatım boyunca sevgisini, ilgisini, güvenini, maddi ve manevi desteğini esirgemeyen CANIM AİLEME,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER…

İmren ATASEVER

ÖZET

Kadınların Gebeliği İsteme Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek İle Ruhsal Durumlarının Karşılaştırılması

Amaç. Bu araştırma, kadınların gebeliği isteme durumuna göre algılanan sosyal destek ile ruhsal durumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot. Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir. Araştırma, Erzurum Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine başvuran ve çalışmayı kabul eden gebeler oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini 2014 yılı Haziran-Eylül aylarında ilgili hastaneye başvuran ve araştırmayı kabul eden 405 gebe oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu", "Kısa Semptom Envanteri" ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" (ÇBASDÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik, ortalama, standart sapma, t testi, ki-kare, Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular. İsteyerek gebe olanların, Kısa Semptom Envanteri toplam puan ortalamalarının 37.10±18.72, istemeyerek gebe olanların toplam puan ortalamalarının 59.31±11.74 olduğu, isteyerek gebe olanların, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin puan ortalamalarının 65.77±16.55, İstemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının 50.61±21.27 olduğu bulunmuştur. Bu ortalamalara göre genel olarak gebelerin algıladıkları sosyal desteğin ve ruhsal durumlarının iyi düzeyde olduğu, isteyerek gebe kalan kadınların durumlarının daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada Kısa Semptom Envanterinin toplam puan ortalaması ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç. Gebeliğini isteyen ve algıladığı sosyal desteği yüksek olan gebelerin, ruhsal durumlarının daha sağlıklı olduğu ve ruhsal hastalıklar açısından daha az risk taşıdıkları tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Hemşirelik, Ruhsal Durum, Sosyal Destek

ABSTRACT

Comparison of Perceived Social Support and Mental State of Women According to their Pregnancy Wantedness

Aim. This study aims to compare perceived social support and mental states of women according to their pregnancy wantedness.

Material and Method. This is a descriptive and correlational study. The study was conducted in Obstetrics and Gynecology Outpatient Clinics of Ataturk University Yakutiye Research Hospital in Erzurum, Turkey. The study population consists of pregnant women who admitted to the Obstetrics and Gynecology Outpatient Clinics of Ataturk University Yakutiye Research Hospital and agreed to participate in the study. The study sample consists of 405 pregnant women admitted to the related hospital in June-September 2014 and agreed to participate in the study. "Personal Information Form", "Brief Symptom Inventory" and "Multidimensional Scale of Perceived Social Support" (MSPSS) were used for data collection. For evaluation of the data, percentages, means, standard deviations, t-test, chi-square and Pearson correlation tests were used.

Results. It was found that, the mean total Brief Symptom Inventory scores of the women with wanted and unwanted pregnancy were 37.10±18.72 and 59.31±11.74 respectively, and the mean Multidimensional Scale of Perceived Social Support scores of the women with wanted and unwanted pregnancy were 65.77±16.55 and 50.61±21.27 respectively. According to these mean scores, it was determined that perceived social support and mental state of pregnant women were at a good level in general, albeit better in women with wanted pregnancy.

In the study, a statistically significant negative relationship was found between mean total scores taken in the Brief Symptom Inventory and Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

Conclusion. It has been found that the mental state of the pregnant women who wanted pregnancy and had a high level of perceived social support were healtier and at a lower level of risk in terms of mental illness.

Keywords: Mental State, Nursing, Pregnancy, Social Support

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması..... 26

Tablo 4.2. Gebelerin Gebelik Durumları İle İlgili Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması 28

Tablo 4.3. Gebelerin Kısa Semptom Envanteri ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Alınan Min-Max Puanlar ile Gebelerin Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması..... 30

Tablo 4.4. Gebeliğini İstemeyen Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları ile Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi 34

Tablo 4.5. Gebeliğini İsteyen Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları ile Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi 35

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÇBASDÖ : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

HCG : Human Koryonik Gonodotrop

HPL : Human Plasental Koryojen

KSE : Kısa Semptom Envanteri

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

ÜSYE : Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

1. GİRİŞ

Bebek sahibi olmaya karar vermek, bireyin hayatında verdiği en önemli kararlardan biridir. Anne olma isteği, kadınların hayatında önem taşımaktadır ve çocuk doğurma neslin devamını sağlamaktadır.[1]

Gebelik döneminde kadınlar, birçok fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşayabilirler.[2] Anne organizması, hamilelik sürecinde bebeğin gelişimi için seferber olur.[3] Fizyolojik ve anatomik değişimlerin bir sonucu olarak; gebelikte birçok rahatsızlık görülür.[4] Her gebeliğin potansiyel bir risk oluşturması, gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklerin sağlık ve hastalık arasındaki çizgiyi daraltmasına bağlanmaktadır.[5]

Doğal bir olay olan hamilelik, anne organizması için bir stres kaynağıdır. Kadının ruhsal durumu ve yaşantısı gebeliğin seyrini etkileyebildiği gibi, gebeliğin de ruhsal ve duygusal yaşantı üzerinde etkili olabildiği vurgulanmaktadır.[3,6-8]

Anne hayatında bir dönüm noktası olarak görülen hamilelik, aynı zamanda anne için yeni sorumluluklar ve rollere adapte olmayı gerektiren buhranlı bir süreçtir.[4,9]Aynı zamanda annenin sosyal bir çevre içinde yaşadığı unutulmamalıdır. Buna bağlı olarak biyo-psiko-sosyal dengesinin bozulması aile ve iş yerindeki rollerinin değişmesi, ebeveynlik ilişkilerinin kurulması bir yaşam krizi olarak da tanımlanmaktadır. Bu dönemde yaşanan değişiklikler her ne kadar aileyi ve yakın çevredeki bireyleri etkilese de anne ve bebek için daha kritik önem taşır. Anne ile fetüsün bu duruma en iyi derecede uyum sağlaması, hem sağlıklı bir gebelik geçirilmesi hem de fetüsün uterus dışı yaşama sağlıklı bir biçimde hazırlanması ile olur. Bu nedenle en az fizyolojik faktörler kadar psiko-sosyal faktörler de gebeliği etkilemektedir. Bu faktörlerin gebelik süresince dengede olması, anne ve bebek sağlığı açısından önemlidir.[4,10]

Bu bunalım süreci, uyumu zorlaştıran bir sorun haline gelebilir. Problemin halledilmemesi, duygusal baskıların da artmasıyla annede kaygı ve depresyon kaynağı olabilir.[4,9]Hamilelikte psikolojik bozuklukların oluşmasında etkili olan faktörlerin; depresyon öyküsü, eşle olan iletişim ve evlilik-aile yaşantısı, iş hayatı, ekonomik durum, plansız gebelikler ve düşük öyküsü, hamilelikle ortaya çıkan zorluklar, bebekle ve ebeveynlikle ilgi kaygılardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ek olarak; düşük özsaygı, olumsuz düşünceler, gebelik döneminde sosyal, duygusal destek yetersizliği ve sosyal izolasyonun da etkili olduğunu belirten kaynaklar mevcuttur. Ayrıca aile içi şiddet, gebelikte alkol, sigara veya keyif verici madde tüketimi gibi değişkenlerin de rol oynadığı belirtilmektedir.[6-8,11-13]

Anne ve bebeğin sağlığı açısından risk oluşturan; zararlı maddelere maruz kalma, doğum öncesi bakım yetersizliği, ölü doğum, düşük gibi durumların istenmeyen gebeliklerde daha çok görüldüğü belirtilmiştir.[14] Planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerin ruh sağlığını olumsuz etkilediği, depresyona yol açtığı bilinmektedir. Erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek veya beslenme problemleriyle karşılaşan annelerin daha çok depresyon tanısı almış anneler olduğu bilinmektedir. İlerleyen zamanlarda annede psikolojik, bilişsel ve davranışsal bozukluklar görülebilir.[15]

25 yıl gibi geniş bir süredir, nasıl algılandığıyla araştırma konusu olan sosyal destek, hastalıklardan korunma ve mücadele bakımından dikkat çekmektedir.[16]

Sarason ve ark.[17] sosyal desteği, bireyin bir problemle karşılaştığında, yakın çevresinde bulunan insanlardan alabileceği yardımlar bütünü olarak tanımlamaktadırlar.

Sosyal desteğe ihtiyaç duyulan en kritik dönemler olan hamilelik ve postpartum dönemlerinde, sosyal destek, bireyin ruhsal ve sosyal problemlerinin önlemi, çözümü ve tedavisinde güçlü bir kaynaktır.[18]

Kadınlar, aile fertleri ve arkadaşlarının desteğine en çok ebeveyn(anne) olma gibi kriz durumlarında ihtiyaç duyarlar. Anneliğe adaptasyon ve ruh sağlığı açısından bu kişilerin desteği önemlidir.[19]Hamilelik ve postpartum dönemlerinde, anne psikolojisini bozan etkenlerin sosyal destek azlığından kaynaklandığı bilinmektedir.[6] Gebelik ve doğumla ilgili çalışmalar göstermiştir ki; aileleri özellikle de eşleri tarafından desteklenen gebeler, daha rahat bir gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem geçirmektedir.[18-21]

Gebelikteki fizyolojik reaksiyonlar kadar psikososyal reaksiyonların da tanınması ve önlenmesi, anne ve çocuk sağlığına etkilerinin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin en etkin üyesi olan psikiyatri hemşiresi, bu anlamda bir çok aktif role sahiptir. Hemşireler, çoğunlukla eğitimci, danışman ve kaynak kişi olarak sorumluluklarını yerine getirirler. Doğum öncesi hemşirelik bakımının amacı; gebenin sosyal desteklerinin farkına varmasını sağlayarak, gebe ve ailesinin gebeliğe sağlıklı bir şekilde uyum göstermelerini sağlamak, aile sağlığını korumak ve geliştirmektir.[4,13]

Bu bilgiler doğrultusunda söz konusu araştırma, kadınların gebeliği isteme durumlarına göre algılanan sosyal destek ile ruhsal durumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebeliğin Tanımı

Gebelik, fertilizasyondan doğuma kadar olumsuz bir durum yaşanmadan canlı bir bebeğin dünyaya gelmesiyle oluşan doğal bir olaydır.[22]

Gebeliğin süresi son menstruasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay) veya 40 haftadır. Gerçek gebelik süresi ise fertilizasyon gününden itibaren 267 gün devam eder. Gebelik süreci üçer aylık periyotlara bölünerek ilk üç aylık dönem (0-12 haftalar arası)‘’I.Trimestir’’,2.üç aylık dönem(13-25 haftalar arası) ‘’II.Trimestir’’, 3.üç aylık dönem(26-40 haftalar arası) ise ‘’3.Trimestir’’olarak adlandırılır. Gelişimin en kritik evreleri, embriyonal ve erken fetal gelişmenin yaşandığı birinci üç ayda (12 hafta) meydana gelir.[22]

Anne organizması, bebeğin ihtiyaçlarını karşılayarak ve ona gerekli ortamı hazırlayarak doğumu bekler. Bu süre içinde kadının tüm sistemlerinde ve metabolizma düzeninde değişmeler meydana gelir. Bunlar ovulasyonun durması, memelerin süt yapımı için hazırlanması, kas-iskelet sisteminde gevşemeler meydana gelmesi, deride renk değişikliklerinin olması, sindirim sisteminde motilite azalması gibi değişikliklerdir.[4]

Hamilelik ve doğum sonrası dönem, anne için fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Aynı zamanda gebe ve ailesi için ciddi biyo-psiko-sosyal adaptasyon gerektiren yaşam dönemidir.[18]Ruhsal değişikliklerin sebebi, hamilelikten kaynaklanan biyolojik ve hormonal değişimlerdir.[23]Gebelikteki biyo-psiko-sosyal değişiklikler, annelerin fizyolojik ve psikolojik sağlığına engel teşkil etmektedir.[24]

Bazı kadınlar hamileliğin getirdiği değişikliklere adapte olurken, bazılarında değişik düzeylerde psikolojik sorunlar görülebilir.[25]

2.1.1. Gebelikte Görülen Değişiklikler

2.1.1.1. Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Fizyolojik bir durum olan hamilelik, annede biyolojik ve psikolojik değişiklikler oluşturur. Döllenmeden doğuma kadar süren bu değişikliklerin sebebi; anne ve bebek sağlığı için gerekli fizyolojik gereksinimleri karşılamak ve doğum için anatomik değişiklikleri sağlamaktır.[26]Fertilizasyonla başlayan ve gebelik süresince devam eden bu değişiklikler gebe kadında birden fazla rahatsızlığın yaşanmasına yol açar. Bu rahatsızlıkların hemen hemen tamamı doğumdan sonra kaybolur.[27]

Gebelikte Solunum Sistemindeki Değişiklikler

Gebelik sırasında solunum sistemi fizyolojisinde önemli değişiklikler ortaya çıkar. Östrojen su tutumunu ve sekresyonların artmasını sağlar. Fetüse yaşam desteğinin sağlanabilmesi için normal laboratuar parametreleri dinamik ve anlamlı bir değişime uğrar .[28,29]

3.trimesterde en üst düzeye ulaşan değişimler; sekresyonların, mukozada ödemin, kanlanmanın ve hassasiyetin artmasıdır. Ayrıca; ÜSYE, alerjik durumlar ve gebeliğe bağlı gelişen preeklampsi değişimleri belirginleştirir. Her gebelikte tekrarlayan polipler sık görülür.[28,30]

Akciğerlerde gaz alışverişi hızlanır ve artan oksijen ihtiyacı da karşılanmış olur.[27]

Gebelikte Gastrointestinal Sistemdeki Değişiklikler

Gebelikte gastrointestinal sistemdeki değişikliklere bağlı olarak gebeler, aşırı tükürük salgısı, gastroözefageal reflü, bulantı, kusma, mide yanması, mide-bağırsaklarda gaz, iştahta artma, azalma gibi şikayetleryaşamaktadırlar.[27]

Estrojen düzeyinin yükselmesi ile ağız ve diş etinde ortaya çıkan hiperemi,

gingivitis ve kanamaya yol açar. Bazı kadınlarda ciddi vasküler hipertrofi gelişmesiyle diş eti kırmızı ve ödemli bir görünüm alır ve kolay kanar. Bu durum hariç dişler gebelikten etkilenmez ve mineral kaybı görülmez.[4,31]

Midedeki asit oranında azalma, gastrin hormonunda ve mide büyüklüğünde artış, pH'da azalma görülür. Bebeğin büyümesiyle mideye baskı artar ve midedeki asidin artmasıyla gebelik reflüsü oluşur.[22,32]

Gebelikte oluşan hormonal değişiklikler, barsak kaslarının gevşemesine ve barsak hareketlerinin yavaşlamasına neden olur. Buna paralel olarak, meydana gelen bu bu hormonal değişiklikler bağırsak peristaltizmini etkileyerek kabızlığın oluşmasına neden olur.[33,34]

Gebelikte Üro-Genital Sistemdeki Değişiklikler

Gebelik, üriner sistemde pek çok anatomik ve fizyolojik değişikliklere yol açmaktadır. Gebelikle beraber böbrekler ve üreterler de değişime uğramaktadır. Gebelikte vücuttaki kan miktarı ve atılacak madde miktarı arttığı için böbrekler fazla çalışır. Böbrek kan akımı ve glomerüler filtrasyon hızı artar. Renal plazma akımı gestasyonun altıncı haftasında %30 kadar artar ve ikinci trimesterin sonunda da konsepsiyon öncesi değerlerin %150-180'ine çıkar .[32,35]

Gebelikte Kardiyovasküler Sistemdeki Değişiklikler

Gebelikle birlikte anne ve bebek metabolizması için kalp-damar sisteminde, kan hacminin ve kalp debisinin artması, damar direncinin ve kan basıncının azalması gibi değişimler meydana gelir. Çoğul gebeliklerde bu durum daha çok görülür. Kan hacmindeki bu artış anneyi doğum sırasında oluşabilecek kan kaybından korumaya yöneliktir. Kalp atışlarında gebeliğin başlangıcından itibaren artış görülür.[36-38]

Gebelikte Ciltte Oluşan Değişiklikler

Gebelikte genital ve perianal bölgede, pigmentasyon artışı görülür. Pigmente olan areola, meme uçları, genital ve aksiller bölge daha koyu görünüm alır. Karın duvarı orta hattındaki "linea alba" da koyulaşarak "linea nigra" ya dönüşür. Areola çevresindeki deri koyulaşır ve bu görünüm "sekonder areola" olarak tanımlanır. Yüzde maske benzeri pigmentasyon ile karakterize melazma, gebelerin %50'sinden fazlasında gelişmektedir. [39,40]

Gebelikte kılların büyümesi hızlanabilir. Gebe kadınların hemen hepsinde değişik derecelerde hirsutizm gelişir. Doğumdan birkaç hafta veya birkaç ay sonra saç kaybı görülebilir ve bunun da estrojen ve projesteron düzeylerinin düşmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Gebelik sırasında bazı beslenme ile ilgili sorunlar da saç dökülmesine katkıda bulunabilir.[39-41]

Gebelikte Endokrin Sistemdeki Değişiklikler

Hcg; korpus luteumu stimule ederek, plasenta yeterince gelişerek hormon salgılama görevini üzerine alıncaya kadar, estrojen ve progesteron hormonlarının overlerden salgılanmasını temin eder. Hcg, erken gebelikte korpus luteumun devamını sağlar, gebeliğin devamını sağlayan relaksin sentezini uyarır.[4,42]

Hpl, anne hücrelerinin, insüline olan hassasiyetini azaltarak fetüsün sürekli çektiği glikozun anne karnında dengelenmesini sağlar. Hpl; gebelikte fetüsün, memelerin, uterusun büyümesini sağlar, gebelik boyunca süt bezlerinin laktasyona hazırlanmasında görev yapar .[4,43]

Progesteron; memelerin laktasyon için hazırlanmasını sağlar.[4]

Estrojen; progesteron sentezini, plasental damarlaşmayı, uterin kan akımının artmasını sağlamaktadır. Memelerdeki kanal sistemini geliştirerek laktasyona hazırlar.

Hiperpigmentasyon, derideki vasküler değişiklikler, tükrük glandlarındaki hiperaktivite, diş eti ve nazal mukozadaki hiperemi ile ilişkilidir.[4,44]

Gebelikte Kas-İskelet Sisteminde Değişiklikler

Gebelerde sık görülen postüral değişiklikler ileri baş, yuvarlak omuz, baş ve boynun toraksa göre anterior pozisyonu, dorsal kifozda artma, lomber lordozda artmadır. Gebelikte hormonal ve postüral değişikliklerin etkilediği lomber omurga, pelvik eklemler ve alt ekstremitelerde kilo alımı sonucunda daha fazla yüklenme ve zorlanma olur .[45,46]

Eklem ve kasların gevşemesine bebeğin ağırlığı da eklenince bel ve sırt ağrıları görülür.3.trimesterde daha çok görülen ödemlerin sebebi ise artan sıvı tutumudur. Gebelikle birlikte değişen östrojen, progesteron, endojen, kortizol ve relaksin hormonunun etkisiyle dokularda değişimler meydana gelir.[32,45]

2.1.1.2. Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler

Gebelik, kadınların yaşamlarında biyo-psiko-sosyal değişimlerin yaşandığı, hayatı olumsuz etkileyebilecek bilişsel bozuklukların görülebileceği kritik bir dönemdir. Kadının gebeliğe karşı tutumlarında inançlarının, duygularının, ailesiyle özgeçmişinin önemli bir etkisi vardır.[47-49]

Kadının gebeliğe olan adaptasyonunu, gebenin bilgi birikimi, gebeliğin istenme durumu, korku ve endişeler, sosyoekonomik durum ve rol modeller önemli derecede etkiler. Gebeliğin gidişatı ve gebenin ruhsal durumu arasında sıkı bir ilişki vardır.[48,50]Psikanalitik teorisyenlere göre, çocuk annenin umutlarını ve korkularını yansıtan boş bir ekran gibidir.[49]

Gebelikte kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular ön plana çıkar.[11] Aynı zamanda

anne adayının bebeğine karşı iyi bir anne olup olmayacağı kaygısı da kendini gösterir.[51] Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu bildirilmiştir.[11]

İlk trimester; gebeliğe adaptasyonla ilgilidir. Gebeliğin getireceği güzel ve zorlu durumlar, eş, aile ve iş ilişkileri bu durumu etkileyen en önemli etmenlerdir.[11] Bu dönemde duygusal ambivalans, karamsarlık, kaygı veya mutluluk hissedilebilir. Bu duruma fiziksel rahatsızlıklar da eklenince ruhsal bunalım görülebilir.[52] Rosemary ve ark.[53], yaptıkları bir çalışmada depresif ve anksiyete bozukluğu olan gebelerdeki bulantı, baş ağrısı, sırt ağrısı gibi somatik problemlerin normal gebelere göre anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğünü saptamışlardır.[53]

İlk trimesterde depresyon ve kaygı düzeyinde, gebeliğin istenme durumunun, çevresindeki insanların gebeliği hakkındaki tutum ve tavırlarının önemli bir rolü vardır. Trimester sonunda ise yaşanan olumlu duygular, gebeliğin sıkıntılarıyla baş edildiğini gösterir.[11,22]

İkinci trimesterde; fetusla olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir. İkinci trimesterde gebenin yoğun olarak yaşadığı duygular; içe dönüklük, kendini beğenme, pasiflik, beden görünümünün değişmesine bağlı utanma ya da gururdur.[54]

II.trimesterde; kendini olduğundan farklı algılayabilir. Çirkin, beceriksiz, tembel, hissedebilir. Bu yüzden kendilerine olan güvenlerinde ve saygılarında azalma meydana gelir. Beden imajını algılamada bireysel faktörlerin yanında aile, eş gibi sosyal destek faktörler de etkilidir. Sosyal çevredeki önemli kişilerden alınan destek pozitif bir etkiye sahiptir. Destek eksikliği ise negatif olarak etkileyebilir.[4]

Üçüncü trimesterde; 32. haftadan sonra özürlü bebek doğurma, zor doğum, doğum ağrısı, ölüm korkusu, iyi anne olamayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar. Doğum esnasında çekeceği acıların düşüncesi bile gebe kadının büyük bir kaygı yaşamasına sebep olabilmektedir.[1]Doğum korkusu olan 100 gebenin incelendiği bir

çalışmada, gebelerin % 46'sında geçmişte komplikasyonlu doğum öyküsü olduğu, % 73'nün doğum ekibi ve uygun destek sağlanması konusunda güven eksikliği bildirdiği, % 65'nin fiziksel ve zihinsel olarak doğum yapmadaki yeteneksizliklerinden korktukları, % 55'inde ölüm korkusu ve % 44'ünde doğum esnasında kontrol kaybı korkusu olduğu, % 43'ünün ise doğum esnasında dayanılamaz ağrı beklentisi içinde olduğu bulunmuştur.[11]

Huzursuzluk, uykusuzluk, sabırsızlık, kaygılı bekleyiş, doğumla fetüsten ayrılmayı psikolojik olarak daha da güçleştirir.[15]Bir çok kadın için gebeliğin sonlanmasının anlamı, çocukla birliktelik duygusunun bırakılması ve eşlik eden kayıp hissidir. Bu durum bazı kadınlarda bebeğe bakma ve sevme kapasiteleriyle ilgili anksiyeteyi yüzeye çıkarır.[11]

Hamile kadın genel olarak biraz çocuklaşır, duyarlı hale gelir ve derinliklerdeki ruhsal yaşantılar ve çatışmalar su yüzüne çıkar. Tüm bunlar daha sonraki anneliğe uyumu etkiler.[48] Fiziksel ve ruhsal destek için başkalarına özellikle eşine bağımlılık artar.[49]

Bu dönemde gelişen ruhsal değişikliklere bazı kadınlar kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli düzeyde ruhsal sorunlar görülebilmektedir.[23]

İkinci trimestere nazaran 1. ve 3. trimesterde psikiyatrik bozukluklar daha sıktır. İlk trimesterde istenmeyen gebelikler, anksiyete ve depresyonla ilişkilidir. 3. trimesterde doğumla ilgili korkular ve fetusun normalliğiyle ilgili kuşkular olabilir.[48]

2.2. Gebelikte Görülen Ruhsal Hastalıklar

Gebelikte meydana gelen biyolojik değişimler kadının ruhsal dünyasına da yansır. Bu nedenle ruhsal problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bir

kısmında hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik sorunlar gelişebilmektir.[55]

2.2.1. Depresyon

Yakın gelecekte en fazla iş gücü kaybına neden olan hastalık olarak tanımlanan depresyon ile ilgili gerçekleştirilen çalışmalara göre, hastalığın hamilelik döneminde görülme sıklığı % 7,4 ile % 12,7 arasında değişmektedir. Gebelik döneminde depresyon görülme oranı; depresyon öyküsünün olması ve yarıda bırakılan tedavinin varlığı ile artmaktadır. Düşük yapma, ölü doğum öyküsü, yetersiz sosyal destek, istenmeyen gebelik, uyumsuz evlilik, ailede depresyon öyküsü bulunması gibi durumlarda risk giderek çoğalmaktadır.[56] Gebelikteki fizyolojik değişiklikler de gebelik depresyonuna neden olabilmektedir. Örneğin; kilo artışı, hem gebelik süresince hem de postpartum dönemde depresif belirtileri arttırabilmektedir. Gebelerdeki doğum korkusu da ayrıca önemli bir depresyon nedeni olabilmektedir.[57]

Gebelerdeki depresyon semptomlarının gebeliğin kendisine ait nedenlerle mi yoksa altta yatan faktörlere bağlı olarak mı ortaya çıktığı konusu tartışmalıdır. Birinci trimesterde bu semptomlar, duygusal ambivalans, yorgunluk, cinsel istekte azalma ve dikkat güçlüğü olarak görülebilir. Benzer şekilde 3. trimesterde de anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, doğumla ilgili kaygılar görülebilmektedir. 2. trimesterde ise bu semptomlar daha az görülmektedir. Perinatal depresyon semptomları ile majör depresyon semptomları benzerlik gösterebilmektedir.[58]

Gebelik (antenatal) depresyonu lohusalık depresyonunun (pospartum depresyon) gelişimi için de önemli bir risk faktörüdür.[57]

Gebelikteki sosyal destek azlığı depresyonu tetiklemektedir. Nitekim Kanada'da yapılan bir araştırmada; sosyal desteği az olan gebelerin gebelik ve postpartum depresyonunun daha yüksek olduğu görülmüştür. [57,59]

Gebelikte depresyon tedavisinde; depresyonun şiddetine göre, farmakolojik, non-farmakolojik yöntemler ve psikoterapi uygulanır. Hafif düzeyde psikoterapi ve non-farmakolojik yöntemler, orta ve şiddetli düzeyde ise farmakolojik yöntemler tercih edilir. [57]

2.2.2. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete, nedeni belli olmayan, birey tarafından tanımlanamayan, gelecek korkusu ve endişelerin eşlik ettiği bunalımdır. Yaşanan bu belirsizlik hali, bireyin tehlike hissetmesine neden olabilir. Böylece, belirsizlik durumu anksiyeteyi, anksiyete düzeyinin yüksek olması da belirsizliği arttırabilir. Gebede meydana gelen fizyolojik değişimler, psikososyal değişimler, komplikasyonlar anne adayında anksiyeteye yol açabilir. Doğumda meydana gelebilecek aksilikler, bebeğini doğumda kaybetme ihtimali hemen hemen bütün kadınlarda anksiyeteyi arttırmaktadır.[60,61]

Gebelikte panik bozukluğunun varlığı, preterm eylem ve düşük doğum ağırlıklı bebek ile ilişkilendirilmiştir. Yine, gebelik döneminde anksiyete tanısının, çocukta sekiz aylıkken düşük mental ve motor gelişime, 6-9 yaşları arasında azalmış gri cevher yoğunluğuna ve 27 aylıkken huzursuz mizaç ve dikkat dağınıklığına neden olduğu öne sürülmektedir. Littleton ve ark.[62]'nın gerçekleştirdiği bir meta-analizin sonuçlarına göre, gebelikte panik bozukluğunun varlığının hamilelik sonucunu etkilemediği, öte yandan hamilelik döneminde gözlenen anksiyete semptomlarının, sosyal destek düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir.[56,62]

2.2.3. Psikoz

Her bin doğumdan birinde psikotik bozukluk görülür. Bekar kadınlarda, daha önce psikiyatrik bir rahatsızlık geçirmiş olanlarda ve ilk doğumlarda daha sık görülür. Psikoz tanısı olan kadınlarda, gebelikte nüks oranları artmaktadır. Bu dönemdeki psikozun en güçlü risk etmeni, daha önceden bipolar bozukluk ya da postpartum psikoz

tanısının bulunmasıdır. Psikoz veya postpartum psikoz öyküsü bulunan kadınların doğumdan hemen sonra, emzirme ile oluşacak yan etkileri de göz önünde bulundurarak profilaktik tedaviye başlamalarını öneren çalışmalar bulunmaktadır.[56,63]

Postpartum dönemde, psikotik hastalıkların tedavisi anne ve bebeğin güvenliğini sağlamak amacıyla yapılır. Tekrarlayan psikotik atakları olan hastalar hamilelikleri boyunca ve postpartum dönemde de ilaç kullanmaya devam etmelidir. Çünkü oluşabilecek bir atakta fetüs daha çok ilaca maruz kalabilir.[63]

2.2.4. Bipolar Bozukluk

İki uçlu duygu durum bozukluğu, depresif ve manik atakların düzensiz tekrarı ve bu ataklar arasında sağlıklı duygulanımının olduğu bir hastalıktır.[47]

Kadınlar fertil çağlarında hormonların da etkisiyle iki uçlu duygu durum bozukluğuna daha yatkındır. Gebelikte ilaç tedavisine ara vermek, hastalığın tekrar atak yapmasında etkilidir. İlaç tedavisine ara vermek, gebe olmayan kadınlarda da risk oluşturmaktadır.[64]Ayrıca hastalık özgeçmişi, stres ve ilk gebelik risk faktörüdür. [56]

İki uçlu hastalara gebe kalmayı düşündüklerinde izlemi ve sağaltımı kapsayan bir plan oluşturulması önerilmesine karşın çoğu gebeliğin plansız bir şekilde gerçekleşmesi hastaların sağaltımlarını düzenlerken güçlüklere yol açmaktadır.[65]

2.2.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk, sosyal ve mesleki işlev bozukluklarına yol açan zorlayıcı, tekrarlayıcı düşünceler veya davranışlarla giden yaygın bir psikiyatrik bozukluktur.[66]

Menarş, premenstrüel dönem, gebelik ve lohusalık döneminin obsesif kompulsif bozukluğun başlaması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Hamilelik ve doğum obsesif-kompulsif bozukluğu başlatan ana sebeplerden biridir. Gebelikte OKB başlayabilir veya alevlenebilir. Gebelikte çıkan OKB'de komorbid depresyon, davetsiz şiddet düşünceleri

ve kirlenme obsesyonlarının sıklığı söz konusudur. Gebelik döneminde başlayan OKB'de; sıklıkla bulaşma obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları mevcutken, doğum sonrası gelişen OKB'de ise çocuğuna zarar geleceği düşünceleri ve fobik kaçınmanın daha çok görüldüğü belirtilmektedir.[56,63,67]

2.2.6. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, yeme davranışının ciddi olarak bozulduğu psikiyatrik bozukluklardır.[68]

Yeme bozukluğu varlığının, abortus, düşük apgar puanları, hiperemezis, erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek riski gibi anne ve fetus üzerinde pek çok olumsuz etkisiyle ilişkili olduğunu belirten yayınlar bulunmaktadır. Gebelikte bulimia nervosa semptomlarında remisyonlar izlenirken, aşırı yeme bozukluğuna yatkınlığın arttığı öne sürülmektedir.[56]

Gebelikte görülen bulantı kusmanın kişiliği gelişmemiş, bağımlı, histerik, depresif veya sinirli yapıdaki kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Psikanalistler, gebelikteki bulantı-kusmanın etiyolojisini konversiyon ya da somatizasyon olarak yorumlamışlardır. Gebelikte bulantı-kusması olan hastalara yapılan çalışmalarda, cinsel isteksizliğin, orgazm yaşayamamanın, histerinin ve dismenorenin daha sık olduğu da görülmüştür. Diğer yandan yapılan birçok çalışmada gebeliğin planlı olması, evlilik durumu, gebelikle ilgili olumlu beklentilerin varlığının gebeliğin bulantı-kusmasının gelişmesi üzerine etkisi olmadığı gösterilmiştir.[69]

2.3. Sosyal Destek

Sosyal destek; sosyal ağ kavramını, yakın ilişkileri ve bağları, belli davranışları da içine alan, erken çocukluk dönemlerinden itibaren oluşturmaya başladığımız karmaşık bir yapı olarak değerlendirilebilir.[70]

Maddi destek; Kişinin hayatını devam ettirebilmesi için gerekli olan ihtiyaçlarının, başkaları tarafından maddi açıdan karşılanmasını kapsar. Örneğin; annenin sabrı ya da gücü tükendiğinde başka birisi geçici olarak bebeğin bakımını üstlenebilir.[71]

Duygusal destek; İnsanlarla iletişim ve birliktelik ihtiyaçlarını karşılayarak stresi azaltır ve bireyin kendini değerli hissetmesini sağlayarak olumlu duygulanımı arttırır.[72]

Zihinsel (Bilişsel) destek; Kişinin problemlerini halletmesini sağlayan bilgidir. İşe yeni başlayan kişinin daha deneyimli kişilerden işi öğrenmesi gibi.[71]

Bireyin ailesi, arkadaşları, komşuları ve toplum fertleri gibi sürekli etkileşimde bulunduğu kişiler sosyal ağı ve sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır.[18,73]

Son 25 yıldır toplumun ilgisini çeken sosyal destek, aslında yeni bir kavram değildir. Sosyal desteğin yapısı ve diğer bilimlerle ilgisi sık sık araştırmalara konu olmuştur.[18,73,74]

Sosyal destek sistemi bireyin sosyolojik ve psikolojik sorunlarının çözümü, önlenmesi ve tedavisinde, zorlu durumlarla başa çıkabilmesinde güçlü bir kaynaktır.[3] Sosyal destek; bireyin yaşadığı durumu nasıl algıladığını, verdiği tepkileri, olayların sonuçlarını ve kişide meydana getirdiği duygulanımı değiştirdiği gözlenmiştir.[71]

2.3.1. Gebelik ve Sosyal Destek

Kadınlar, gebeliklerinde, doğum ve doğum sonrası dönemlerinde sosyal desteğe her zamankinden daha çok ihtiyaç duyarlar. Destek bekledikleri kişiler genellikle eşi, ailesi, arkadaşları ve yakın çevresi olur ve destek bu kişilerden sağlanır. Sosyal destek; yaşanılan kaygı, endişe ve stresi azaltmakta, yeni rollere uyumu ve adaptasyonu kolaylaştırmaktadır. Çünkü destekleyici sistemlerin varlığı gebenin kendisini iyi hissetme duygularını, kişisel denetimini ve pozitif duygulanımını kuvvetlendirerek

gebeliğe bağlı değişiklikleri daha az stresli olarak algılamasına yardımcı olur. Sosyal desteği yüksek olan gebelerin, gebelik, doğum ve doğum sonrasında daha az sıkıntı yaşadıkları görülmüştür.[6,19,75,76]

Aileden gelen yoğun destek psikososyal streslerin etkilerini azaltır. Aile, gebelik döneminde bir stres kaynağı veya olumsuz etki de yaratabilir. Anne ve bebek sağlığı ve aile içinde iletişimin daha kaliteli olması için sosyal destek önemli bir faktördür. Araştırmalar, ailede görülen stres, destek ve aile içi etkileşimlerin doğum, perinatal komplikasyonlar ve doğum kilosu da dahil olmak üzere gebelik dönemini etkileyebileceğini göstermektedir.[18,60]

Düşük sosyal destek; yenidoğanda bir takım sorunlara neden olacağı gibi annede de postpartum depresyona yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalarda postpartum depresyonun her sekiz kadından birinde görüldüğü saptanmıştır. Buna bağlı olarak sosyal desteğin güçlendirilmesi başta hemşirelerin aktif rol alması ile annenin; fiziksel ve psikososyal beklentilerinin eş, aile ve sosyal çevre tarafından karşılanması stres düzeyini azaltarak annede, bebekte ve aile bütünlüğünde oluşabilecek sorunlar önlenebilecektir.[77]

Sağlık çalışanları kadınları gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek alma durumları açısından değerlendirmelidir. Hemşirelerin gebelere ve eşlerine doğum öncesi rehberlik ve eğitim hizmetlerini vermesi; gebelerin fiziksel bakımının yanı sıra psikososyal bakımıyla da ilgilenmeleri ve yeterli desteği almayan gebelerin sosyal destek sistem ve kaynaklarını harekete geçirmeleri çok önemlidir. Hemşirenin, danışmanlık boyunca son derece sabırlı olması, empati yapabilmesi ve bireye güven vermesi gerekir.[18,71,76]

2.4. Gebelikte Sosyal Destek ve Hemşirelik Yaklaşımları

Eşlerin bebek sahibi olmaya karar vermeleri; gebelik ile başlayıp, hayatları boyunca devam eden süreci kapsar.[78]

Gebelik süresince ve doğumda gebe ile sağlık ekibi arasındaki ilişki çok önemlidir. Gebelik sürecinde gebenin gereksinimlerinin karşılanması, multidisipliner yaklaşımlı bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Genellikle gebe kadın hekimine, hemşiresine, ebesine olumlu duygularla bağlanır. Hemşireler; gebelere bakım, eğitim ve danışmanlık yapmakla kalmaz. Aynı zamanda ruhsal sorunlarının farkına varmalarını sağlayarak çözmelerine yardımcı olur. Doğum öncesi bakım fiziksel bakımı içermekle birlikte, duygusal destek ve yardımı da içerir. Bu anlamda hemşirelerin anneye yeterli duygusal desteği verebilmeleri için, annenin duygularını ifade etmesine teşvik etmeleri, gerekli araştırmaları yapmaları gerekmektedir. Annedeki anksiyeteyi, kaygıları ve endişeleri belirlemeleri ve ona göre destekleyici bir yol çizmeleri gerekmektedir. Profesyonel hemşireler, belirledikleri bu yolda diğer sağlık ekibi üyelerinden de yardım almayı ihmal etmezler. Hemşire, hasta ve ailesine vereceği destek ve danışmanlık hizmeti için gerekirse konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresinden yardım almalıdır.[1,70-78]

Hemşireler, gebeye ve ailesine anne-bebek bakımı ve aile kavramında ortaya çıkabilecek değişiklikler konusunda, eğitim ve danışmanlık rollerinin sorumluluklarını yerine getirirler. Hemşireler, özellikle ilk doğumunu yapan annelere doğumdan sonra bebeklerine nasıl bakacakları ve gereksinimlerini nasıl karşılayacakları konusunda destek verirler.[78]Annelerin doğum öncesi ve sonrasında kendi bakımı ve bebek bakımıyla ilgili eğitim alması; onların kaygı ve endişelerinin giderilmesini, kendini iyi hissetmesini ve öz güvenlerinin gelişmesini sağlar. Bilgili olma, kontrolü elinde tutma

ve özgüven duyguları annenin baş etme, sorun çözme becerilerini artırarak yaşam kalitesine katkıda bulunur.[44]

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Erzurum Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine başvuran gebeler üzerinde yapılmıştır. Araştırma Haziran-Eylül 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Erzurum Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine başvuran gebeler oluşturmuştur. İlgili polikliniklere 1 yılda / 1 ayda prenatal kontrol amacıyla başvuran gebe sayısı bilinmemektedir. Çalışmaya alınması gereken minimum örneklem büyüklüğünü hesaplamak için evrendeki eleman sayısının bilinmediği durumlardaki örneklem seçme formülü kullanılmıştır. Bu formül aşağıdaki gibidir:

$$n = \frac{t^2.p.q}{d^2}$$

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma.

Yukarıdaki formüle göre hesaplandığında;

$$n = \frac{(1.96)^2 0,186.0,8}{(0.05)^2} = 232.65344$$

Araştırmaya uygun bulunan katılımcıların evreni temsil edebilmesi için en az 233kişi gerektiği hesaplanmıştır. Örneklemin evreni temsil etme gücü düşünülerek çalışma405 gebe (202 istemli,203 istemsiz gebe) ile bitirilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Gebelikte riskli bir durumu bulunmamak,
- Doğal yolla gebe kalmış olmak,
- İletişime ve iş birliğine açık olmak.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler:

Gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile obstetrik özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımlı Değişkenler:

1. Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve dokuz alt ölçeğinden alınan puanlar
2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)ve alt boyutlarından alınan puanlar.

3.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu", "Kısa Semptom Envanteri" ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" (ÇBASDÖ) kullanılmıştır. Araştırmanın verileri 2014 yılı Haziran-Eylül aylarında toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları:

a) Tanıtıcı Bilgi Formu: Bu form araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup kadınların sosyo-demografik ve gebelik özelliklerini belirleyebilecek türde toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

b) Kısa Semptom Envanteri: Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory,) genel bir psikopatoloji değerlendirmesi yapacak kısa ancak geçerli ve güvenilir olan ölçeklere duyulan ihtiyaç üzerine Derogotis[79] tarafından geliştirilmiş Likert tipi kendini değerlendirme türü bir envanterdir. KSE'nin Türkiye uyarlaması üç ayrı çalışma ile Şahin ve Durak[80] tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar sonucunda ölçeğin "anksiyete", "depresyon", "olumsuz benlik", "somatizasyon" ve "hostilite" adı verilen beş faktörden oluştuğu bildirilmekte ve geçerlik güvenilirlik bilgilerine ayrıntılı bir biçimde yer verilmektedir. KSE, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan SCL-90-R"nin kısa formudur. SCL-90-R"nin dokuz faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve 5- 10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir. Normal örneklemlerde olduğu gibi çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalarda ortaya çıkabilecek bazı psikolojik semptomları yakalamak amacı ile geliştirilmiş çok boyutlu bir semptom tarama ölçeğidir. KSE, dokuz alt ölçek, ek maddeler ve üç global indeksten oluşmuştur. Alt ölçekler ve global indekslerin içeriği aşağıda verilmektedir.

Somatizasyon (S): 2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37. maddeler.

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB): 5, 15, 26, 27, 32 ve 36. maddeler.

Kişilerarası Duyarlılık (KAD): 20, 21, 22 ve 42. maddeler.

Depresyon (D): 9, 16, 17, 18, 35 ve 50. maddeler.

Anksiyete Bozukluğu (AB): 1, 12, 19, 38, 45 ve 49. maddeler.

Hostilite (H): 6, 13, 40, 41 ve 46. maddeler.

Fobik Anksiyete (FA): 8, 28, 31, 43 ve 47. maddeler.

Paranoid Düşünceler (PD): 4, 10, 24, 48 ve 51. maddeler.

Psikotizm (P): 3, 14, 34, 44 ve 53. Maddeler.

Ek Maddeler (EM): 11, 25, 39 ve 52. Maddeler. Bu maddeler diğer gruplara dahil edilemediği için ek maddeler olarak sınıflandırılmıştır.

Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi (RCI): Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yöntemi ile elde edilir.(S + OKB + KD + D + AB + H + FA + PD + P + EM)/53

Genel Semptom İndeksi (GSİ): Tüm sorulardan elde edilen puanların 53'e bölünmesi ile elde edilir. GSİ'nin 1'in altında olması belirtilerin psikopatalojik düzeyde olmadığını, 1'in üzerinde olması ise psikopatalojik bir durumun varlığını göstermektedir.

Belirti Toplamı İndeksi (BTI): Sıfır(0) olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm maddelerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.

Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRI): Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir.(S + OKB + KD + D + AB + H + FA + PD + P + EM)/ Belirti toplamı

Güvenirlik: 0.71 ve 0.85 arasında değiştiği belirtilmektedir.

Geçerlik: Ölçekle ilgili çok sayıda geçerlik çalışması yapılmış ve bu çalışmaların sonucunda KSE ile MMPI klinik ölçekleri, MMPI içerik ölçekleri ve küme ölçekleri arasında korelâsyonların 0.30'un üzerinde bulunduğu ve bu korelâsyonların SCL-90'dan elde edilen korelâsyonlar ile bazı ölçeklerde tümüyle özdeş diğerlerinde ise çok yakın olduğu belirtilmektedir.[81-84]

Bu araştırmada KSE'nin Cronbach Alfa Katsayısıα:0.96 olarak tespit edilmiştir.

c)Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: 1988'de Zimet, Dahlem ve ark.[85] tarafından geliştirilen "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren 12 soruluk bir ölçektir. Soruların her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir.

Alt ölçek yapısı; özel bir insan, aile ve arkadaştan alınan sosyal desteği içermektedir. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

ÇBASDÖ'nin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirliği 1995 yılında Eker ve Arkar[16] tarafından yapılmıştır. 2001 yılında da yine Eker ve Arkar[16] tarafından geçerlilik ve güvenilirliği tekrarlanmıştır.

Eker ve Arkar[16]'ın yaptıkları ilk çalışmanın bazı bulguları, evlilerin hem özel bir insan hem de aile alt ölçeklerinde daha fazla destek bildirdiklerini göstermesi sebebiyle bu durumda, bu iki alt ölçekten hangisinin eşi içerdiğinin açık olmadığı düşünülmüş ve yaptıkları ikinci çalışmalarında aile ve özel bir insan alt ölçeklerini sınırlar içine alarak bazı revizyonlar yapmışlardır.

İkinci çalışmada aile alt boyutuna ebeveynler, eş, çocuk ve kardeşler dahil edilmiş, özel bir insan terimi de aile dışında olan kişi (flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) olarak tanımlanmıştır.[86,87]

Ölçeğin iç tutarlılığı ayrı ayrı alt ölçekler ve tüm ölçek için hesaplanmıştır.

Cronbach Alfa Katsayıları şöyle bulunmuştur:

Algılanan Özel İnsan Desteği α:0.91

Algılanan Aile Desteği α:0.87

Algılanan Arkadaş Desteği α:0.85

Algılanan Toplam Destek α: 0.88

Bu araştırmada ÇBASDÖ'nin Cronbach Alfa Katsayısı α:0.94 olarak tespit edilmiştir.

Form ve Ölçeklerin Uygulanması:

Gebeler, poliklinik muayene ve işlemleri tamamladıktan sonra nonstres testleri yapılırken, formlar araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanarak uygulanmıştır. Formlar uygulanmadan önce gebelere araştırma hakkında bilgi verilmiştir ve onayı alınmıştır. Görüşmeler her bir gebede Kişisel Bilgi Formu için ortalama 3-4 dakika, ÇBASDÖ için ortalama 5 dakika, KSE için ortalama 10-12 dakika olmak üzere, yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 17.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirmesinde yüzdelik, ortalama, standart sapma, t testi, ki-kare, Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu' undan onay (Ek-5) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin (Ek-6) alınmıştır.

Araştırma kapsamındaki gebelerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce gebelere, araştırmanın yapılma amacı, süresi açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir. Ayrıca anket uygulamasının bitiminden sonra gebelerin soruları cevaplandırılarak konu ile ilgili bilgiler de verilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sadece bir hastanede yapılmış olması araştırmanın sınırlılığıdır. Veriler, Erzurum Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları

ve Doğum Polikliniklerine başvuran ve araştırma kriterlerine uygun olan gebelerden elde edildiği için araştırma bulguları sadece bu araştırma kapsamındaki gebelere genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	İstenilen Gebelik (n = 202)		İstenmeyen Gebelik (n = 203)		Toplam (n = 405)		Test ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
19-26 yaş	99	49.0	94	46.3	193	47.7	X^2=0.41
27-34 yaş	74	36.6	76	37.4	150	37.0	df=2
35 yaş ve ↑	29	14.4	33	16.3	62	15.3	p>0.05
Eğitim Durumu							
Okuryazar olmayan	28	13.9	23	11.3	51	12.6	
İlkokul mezunu	53	26.1	63	31.0	116	28.6	X^2=8.50
Ortaokul mezunu	25	12.4	32	15.8	57	14.1	df=4
Lise mezunu	50	24.8	59	29.1	109	26.9	p>0.05
Üniversite	46	22.8	26	12.8	72	17.8	
Meslek							
Ev hanımı	133	65.8	146	71.9	279	68.9	X^2=3.86
Memur	24	11.9	20	9.9	44	10.9	df=3
İşçi	7	3.5	2	1.0	9	2.2	p>0.05
Diğer(terzi, işletmeci, esnaf..)	38	18.8	35	17.2	73	18.0	
Yerleşim Yeri							
Şehir	116	57.4	107	52.7	223	55.1	X^2=1.32
İlçe	47	23.3	57	28.1	104	25.6	df=2
Köy	39	19.3	39	19.2	78	19.3	p>0.05
Aile Tipi							X^2=0.32
Çekirdek aile	127	62.9	122	60.1	249	61.5	df=1
Geniş aile	75	37.1	81	39.9	156	38.5	p>0.05
Gelir Durumu Algısı							
Gelir giderden az	54	26.7	66	32.5	120	29.6	X^2=3.81
Gelir gidere denk	109	54.0	111	54.7	220	54.7	df=2
Gelir giderden fazla	39	19.3	26	12.8	65	12.8	p>0.05
Eş Yaş							
20-29 yaş	80	39.6	73	36.0	153	37.8	X^2=0.76
30-39 yaş	93	46.0	96	47.3	189	46.7	df=2
40 yaş ve ↑	29	14.4	34	16.7	63	15.6	p>0.05
Eş Eğitim Durumu							
Okuryazar olmayan	5	2.5	6	3.0	11	2.7	X^2=6.19
İlkokul mezunu	39	19.3	33	16.3	72	17.8	df=4
Ortaokul mezunu	18	8.9	21	10.3	39	9.6	p>0.05
Lise mezunu	67	33.2	88	43.3	155	38.3	
Üniversite	73	36.1	55	27.1	128	31.6	
Eş Meslek							
İşsiz	-	-	2	1.0	2	0.5	X^2=8.06
Memur	45	22.3	31	15.3	76	18.8	df=5
İşçi	61	30.2	58	28.6	119	29.4	p>0.05
Serbest meslek	37	18.3	34	16.7	71	17.5	
Esnaf	18	8.9	29	14.3	47	11.6	
Diğer(yönetici, emekli..)	41	20.3	49	24.1	90	22.2	
Evlilik Yılı							
1-5 yıl	102	50.5	79	38.9	181	44.7	X^2=5.88
6-10 yıl	62	30.7	78	38.4	140	34.6	df=3
11-15 yıl	24	11.9	26	12.8	50	12.3	p>0.05
16 yıl ↑	14	6.9	20	9.9	34	8.4	

Araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde (**Tablo 4.1**), isteyerek gebe olanların %49.0'unun 19-26 yaş aralığında, %26.1'inin ilkokul mezunu, %65.8'inin ev hanımı, %57.4'ünün şehirde ikamet ettiği, %62.9'unun çekirdek aile yapısına sahip ve %54.0'ünün gelirinin giderine denk olduğu, %46.0'sının eşinin 30-39 yaş aralığında, %36.1'inin üniversite mezunu, %30.2'sinin eşinin işçi statüsünde çalıştığı ve %50.5'inin 1-5 yıldır evli oldukları saptanmıştır.

İstemeyerek gebe olanların %46.3'ünün 19-26 yaş aralığında, %31.0'inin ilkokul mezunu, %71.9'unun ev hanımı, %52.7'sinin şehirde ikamet ettiği, %60.1'inin çekirdek aile yapısına sahip ve %54.7'sinin gelirinin giderine denk olduğu, %47.3'ünün eşinin 30-39 yaş aralığında, %43.3'ünün lise mezunu, %28.6'sının eşinin işçi statüsünde çalıştığı ve %38.9'unun 1-5 yıldır evli oldukları saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan, isteyerek ve istemeden gebe olanların sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında, yaş, eğitim durumu, meslek, yerleşim yeri, aile tipi, gelir durumu, eşinin yaş, eğitim ve meslek durumu, evlilik süresi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu sonuç doğrultusunda grupların sosyo-demografik özellikler yönünden homojen olduğu söylenebilir.

Tablo 4.2. Gebelerin Gebelik Durumları İle İlgili Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	İstenilen Gebelik (n = 202)		İstenmeyen Gebelik (n = 203)		Toplam (n = 405)		Test ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Gebelik Sayısı							
1	45	22.3	27	13.3	72	17.8	X^2=7.63
2	57	28.2	51	25.1	108	26.7	df=3
3	57	28.2	70	34.5	127	31.4	p>0.05
4 ve ↑	43	21.3	55	27.1	98	24.1	
Doğum Sonrası Yardım Edecek Kişi Varlığı							X^2=1.97
Var	74	36.6	61	30.0	135	33.3	df=1
Yok	128	63.4	142	70.0	270	66.7	p>0.05
Gebelikte Destek Olan Kişi							
Eş	93	46.0	80	39.4	173	42.7	X^2=8.51
Aile	59	29.2	85	41.9	144	35.6	df=4
Arkadaş	16	7.9	16	7.9	32	7.9	p>0.05
Sağlık Çalışanı	21	10.4	12	5.9	33	8.1	
Diğer(komşu, akraba..)	13	6.4	10	4.9	23	5.7	
Gebelik Öncesi Ruhsal Hastalık Geçirme Durumu							X^2=0.82
Geçiren	8	4.0	12	5.9	20	4.9	df=1
Geçirmeyen	194	96.0	191	94.1	385	95.1	p>0.05
Gebelik Sırasında Ruhsal Hastalık Geçirme Durumu							X^2=0.22 df=1
Geçiren	8	4.0	10	4.9	18	4.4	p>0.05
Geçirmeyen	194	96.0	193	95.1	387	95.6	
Yaşanılan Ruhsal Hastalığı Tedavi Ettirme Durumu							X^2=3.72
Ettiren	4	50.0	9	90.0	13	72.2	df=1
Ettirmeyen	4	50.0	1	10.0	5	27.8	p>0.05
Ailede Ruhsal Hastalıklı Birey Varlığı							X^2=1.76
Olan	14	6.9	8	3.9	22	5.4	df=1
Olmayan	188	93.1	195	96.1	383	94.6	p>0.05

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik durumları ile ilgili bazı özelliklerinin karşılaştırılması **Tablo 4.2**'de görülmektedir. İsteyerek gebe olanların %28.2' sini 2 veya 3 gebeliğinin olduğu, %63.4'ünün doğum sonrasında kendisine yardım edecek kişinin olmadığı, %46.0'sının gebeliğinde kendisine destek olan kişinin eşi olduğu, %96.0'sının gebelik öncesi ve gebelik sırasında ruhsal bir hastalık

yaşamadığı, ruhsal hastalık yaşayanların ise %50.0'sinin bu hastalık için tedavi aldığı, %93.1'inin ailesinde ruhsal hastalığı olan birey olmadığı tespit edilmiştir.

İstemeyerek gebe olanların %34.5'inin 3 gebeliğinin olduğu, %70.0'inin doğum sonrasında kendisine yardım edecek kişinin olmadığı, %41.9'unun gebeliğinde kendisine ailesinin destek olduğu, %94.1'inin gebelik öncesi ve %95.1'inin gebelik sırasında ruhsal bir hastalık yaşamadığı, ruhsal hastalık yaşayanların ise %90'ının bu hastalık için tedavi aldığı, %96.1'inin ailesinde ruhsal hastalığı olan birey olmadığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan, isteyerek ve istemeden gebe olanların gebelik durumları ile ilgili özellikleri karşılaştırıldığında, gebelik süresi, doğum sonrası yardım edecek kişi varlığı, gebelikte destek olan kişi, gebelik öncesi ve gebelik sırasında ruhsal hastalık geçirme, yaşanılan ruhsal hastalığı tedavi ettirme durumu ve ailede ruhsal hastalıklı birey varlığı durumları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu sonuç doğrultusunda grupların homojen olduğu söylenebilir.

Tablo 4.3. Gebelerin Kısa Semptom Envanteri ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Alınan Min-Max Puanlar ile Gebelerin Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER		PUANLAR	GRUPLAR		Testve p değeri
			İstenilen Gebelik	İstenmeyen Gebelik	
KISA SEMPTOM ENVANTERİ	**Somatizasyon**	Min-Max Puanlar	0-25	0-23	t=6.10 **p<0.05**
		Puan Ortalamaları	5.25±4.68	8.33±5.42	
	Obsesif-Kompulsif Bozukluk	Min-Max Puanlar	0-24	0-24	t=5.80 **p<0.05**
		Puan Ortalamaları	4.95±2.20	7.70±5.28	
	Kişilerarası Duyarlılık	Min-Max Puanlar	0-14	0-16	t=6.30 **p<0.05**
		Puan Ortalamaları	3.03±2.92	5.20±3.91	
	Depresyon	Min-Max Puanlar	0-17	0-24	t=5.15 **p<0.05**
		Puan Ortalamaları	4.14±2.11	6.77±3.01	
	Anksiyete Bozukluğu	Min-Max Puanlar	0-19	0-24	t=5.56 **p<0.05**
		Puan Ortalamaları	4.07±3.95	6.74±3.56	
	Hostilite	Min-Max Puanlar	0-20	0-20	t=2.47 **p<0.05**
		Puan Ortalamaları	3.90±2.80	4.95±2.67	
	Fobik Anksiyete	Min-Max Puanlar	0-16	0-20	t=5.46 **p<0.05**
		Puan Ortalamaları	2.84±1.01	4.85±2.27	
	Paranoid Düşünceler	Min-Max Puanlar	0-15	0-20	t=5.51 **p<0.05**
		Puan Ortalamaları	3.37±1.19	5.62±2.84	
	Psikotizm	Min-Max Puanlar	0-16	0-16	t=5.68 **p<0.05**
		Puan Ortalamaları	2.32±1.90	4.29±2.97	
	Ek Maddeler	Min-Max Puanlar	0-12	0-16	t=4.86 **p<0.05**
		Puan Ortalamaları	3.19±2.84	4.82±2.80	
	Ölçek Toplam	Min-Max Puanlar	0-141	0-179	t=6.23 **p<0.05**
		Puan Ortalamaları	37.10±18.72	59.31±11.74	
ÇBASDÖ	**Aile**	Min-Max Puanlar	4-28	4-28	t=6.69 **p<0.05**
		Puan Ortalamaları	23.12±5.91	18.49±7.86	
	Arkadaş	Min-Max Puanlar	4-28	4-28	t=6.39 **p<0.05**
		Puan Ortalamaları	19.90±7.82	14.76±8.33	
	Özel İnsan	Min-Max Puanlar	4-28	4-28	t=7.42 **p<0.05**
		Puan Ortalamaları	22.75±6.07	17.35±8.37	
	Ölçek Toplam	Min-Max Puanlar	12-84	12-84	t=8.01 **p<0.05**
		Puan Ortalamaları	65.77±16.55	50.61±21.27	

Gebelerin KSE ve ÇBASDÖ'den alınan Min-Max puanlar ile gebelerin aldıkları puan ortalamalarının dağılımı ve karşılaştırılması **Tablo 4.3**'de verilmiştir. İsteyerek gebe olanların, KSE'nin Somatizasyon alt boyutu puan ortalamalarının 5.25±4.68, İstemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının 8.33±5.42 olduğu ve grupların Somatizasyon alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Kısa Semptom Envanterinin Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt boyutu isteyerek gebe olanların puan ortalamalarının 4.95±2.20, İstemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının 7.70±5.28 olduğu ve grupların Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

İsteyerek gebe olanların, KSE'nin Kişilerarası Duyarlılık alt boyutu puan ortalamalarının 3.03±2.92, İstemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının 5.20±3.91 olduğu ve grupların Kişilerarası Duyarlılık alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

İsteyerek gebe olanların, KSE'nin Depresyon alt boyutu puan ortalamalarının 4.14±2.11, İstemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının 6.77±3.01 olduğu ve grupların Depresyon alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

İsteyerek gebe olanların, KSE'nin Anksiyete Bozukluğu alt boyutu puan ortalamalarının 4.07±3.95, İstemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının 6.74±3.56 olduğu ve grupların Anksiyete Bozukluğu alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

KSE'nin Hostilite alt boyutu isteyerek gebe olanların puan ortalamalarının 3.90±2.80, İstemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının 4.95±2.67 olduğu ve

grupların Hostilite alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

İsteyerek gebe olanların, KSE'nin Fobik Anksiyete alt boyutu puan ortalamalarının 2.84±1.01, İstemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının 4.85±2.27 olduğu ve grupların Fobik Anksiyete alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

İsteyerek gebe olanların, KSE'nin Paranoid Düşünceler alt boyutu puan ortalamalarının 3.37±1.19, İstemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının 5.62±2.84 olduğu ve grupların Paranoid Düşünceler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

KSE'nin Psikotizm alt boyutu isteyerek gebe olanların puan ortalamalarının 2.32±1.90, İstemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının 4.29±2.97 olduğu ve grupların Psikotizm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

İsteyerek gebe olanların, KSE'nin Ek Maddeler alt boyutu puan ortalamalarının 3.19±2.84, İstemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının4.82±2.80olduğu ve grupların Ek Maddeler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

İsteyerek gebe olanların, KSE toplam puanının en düşük 0, en yüksek 141 ve toplam puan ortalamalarının 37.10±18.72, İstemeyerek gebe olanların en düşük 0, en yüksek 179 ve toplam puan ortalamalarının 59.31±11.74 olduğu ve grupların toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

ÇBASDÖ'nin Aile alt boyutundan isteyerek gebe olanların puan ortalamalarının 23.12±5.91, İstemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının 18.49±7.86 olduğu ve

grupların Aile alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

ÇBASDÖ'nin Arkadaş alt boyutundan isteyerek gebe olanların puan ortalamalarının 19.90±7.82, İstemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının 14.76±8.33 olduğu ve grupların Arkadaş alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

ÇBASDÖ'nin Özel insan alt boyutundan isteyerek gebe olanların puan ortalamalarının 22.75±6.07, İstemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının 17.35±8.37 olduğu ve grupların Özel insan alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

İsteyerek ve istemeden gebe olanların, ÇBASDÖ'nin toplam puanının en düşük 12, en yüksek 84, isteyerek gebe olanların puan ortalamalarının 65.77±16.55, İstemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının 50.61±21.27 olduğu ve grupların toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.4. İstemsiz Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları ile Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

ÖLÇEKLER			ÇBASDÖ			
			Aile	Arkadaş	Özel İnsan	Toplam
KISA SEMPTOM ENVANTERİ	Somatizasyon	r	-.365**	-.215**	-.294**	-.335**
		p	.000	.002	.000	.000
	Obsesif-Kompulsif Bozukluk	r	-.285**	-.069	-.276**	-.241**
		p	.000	.331	.000	.001
	Kişilerarası Duyarlılık	r	-.165*	-.067	-.158*	-.149*
		p	.019	.339	.025	.033
	Depresyon	r	-.242**	-.019	-.226**	-.186**
		p	.000	.786	.001	.008
	Anksiyete Bozukluğu	r	-.192**	-.003	-.181**	-.143*
		p	.006	.968	.010	.042
	Hostilite	r	-.167*	-.036	-.220**	-.163*
		p	.017	.608	.002	.021
	FobikAnksiyete	r	-.226**	-.090	-.185**	-.192**
		p	.001	.204	.008	.006
	Paranoid Düşünceler	r	-.238**	-.086	-.260**	-.224**
		p	.001	.220	.000	.001
	Psikotizm	r	-.267**	-.169*	-.247**	-.262**
		p	.000	.016	.000	.000
	Ek Maddeler	r	-.223**	-.057	-.179*	-.175*
		p	.001	.423	.011	.013
	Ölçek Toplam	r	-.275**	-.091	-.258**	-.239**
		p	.000	.198	.000	.001

*p<0.05
**p<0.01

Gebeliğini istemeyen gebelerin ÇBASDÖ puan ortalamaları ile Kısa Semptom Envanteri puan ortalaması arasındaki ilişki **Tablo 4.4**'de görülmektedir. Kısa Semptom Envanterinin Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Hostilite, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünceler, Psikotizm, Ek Maddeler alt boyutları ve toplam puan ortalaması ile ÇBASDÖ'nin Aile, Özel İnsan alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı (**p<0.05**). ÇBASDÖ'nin Arkadaş alt boyutu ile KSE'nin Somatizasyon ve Psikotizm alt boyutları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı (**p<0.05**).

Tablo 4.5. İstemli Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları ile Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

ÖLÇEKLER			ÇBASDÖ			
			Aile	Arkadaş	Özel İnsan	Toplam
KISA SEMPTOM ENVANTERİ	Somatizasyon	r	-.051	-.166*	-.207**	-.173*
		p	.467	.018	.003	.014
	Obsesif-Kompulsif Bozukluk	r	-.025	-.075	-.095	-.079
		p	.724	.291	.180	.264
	Kişilerarası Duyarlılık	r	.029	-.136	-.095	-.089
		p	.679	.053	.181	.210
	Depresyon	r	-.105	-.216**	-.100	-.176*
		p	.137	.002	.156	.012
	Anksiyete Bozukluğu	r	-.030	-.192**	-.074	-.129
		p	.672	.006	.293	.068
	Hostilite	r	.079	-.045	-.009	.004
		p	.261	.522	.899	.959
	FobikAnksiyete	r	-.006	-.103	-.060	-.073
		p	.937	.146	.393	.304
	Paranoid Düşünceler	r	-.085	-.215**	-.133	-.181*
		p	.228	.002	.059	.010
	Psikotizm	r	-.057	-.209**	-.185**	-.187**
		p	.419	.003	.009	.008
	Ek Maddeler	r	-.034	-.127	-.149*	-.127
		p	.631	.072	.034	.072
	Ölçek Toplam	r	-.037	-.184**	-.138	-.150*
		p	.602	.009	.051	.033

*p<0.05
**p<0.01

ÇBASDÖ'nin Aile alt boyutu ile Kısa Semptom Envanterinin bütün alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.05). ÇBASDÖ'nin Arkadaş alt boyutu ile KSE'nin Somatizasyon, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Paranoid Düşünceler, Psikotizm alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı (**p<0.05**). ÇBASDÖ'nin Özel İnsan alt boyutu ile KSE'nin Somatizasyon, Psikotizm ve Ek Maddeler alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif

yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı (**p<0.05**).).ÇBASDÖ'nin ölçek toplam puan ortalaması ile KSE'nin Somatizasyon, Depresyon, Paranoid Düşünceler, Psikotizm alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı (**p<0.05**).

5. TARTIŞMA

Gebelik kadın yaşamının en özel dönemlerinden biridir. Bu dönemde kadınlar fizyolojik ve psikolojik olarak birçok değişim yaşarlar. Ruhsal ve duygusal yaşantı gebeliğin seyrini önemli ölçüde etkiler. Sosyal desteğin ise ruhsal duruma etkisi azımsanmayacak derecededir. Bu yüzden gebelikle ruhsal durum ve sosyal destek arasında sıkı bir ilişki vardır ve gebelikte ruhsal durum ve sosyal destek ilişkisi incelenmesi gereken bir konudur.

Kadınların gebeliği isteme durumlarına göre algılanan sosyal destek ile ruhsal durumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatürle tartışılmıştır. Araştırma konusuna benzer az sayıda çalışmaya rastlanmıştır.

Araştırmada isteyerek gebe olanların, KSE toplam puan ortalamalarının 37.10±18.72, istemeyerek gebe olanların toplam puan ortalamalarının 59.31±11.74 olduğu bulunmuştur. İlgili ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 212olduğu ve alınan puanlarla ruhsal sorunların doğru orantılı olduğu düşünülürse, her iki grubunda ruhsal durumlarının iyi düzeyde olduğu ve isteyerek gebe kalan kadınların ruhsal açıdan daha sağlıklı olduğu söylenebilir.

KSE alt ölçekleri incelenecek olursa; isteyerek gebe olanların, KSE'nin Somatizasyon alt boyutu puan ortalamalarının 5.25±4.68,Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt boyutu puan ortalamalarının 4.95±2.20,Kişilerarası Duyarlılık alt boyutu puan ortalamalarının 3.03±2.92, Depresyon alt boyutu puan ortalamalarının 4.14±2.11, Anksiyete Bozukluğu alt boyutu puan ortalamalarının 4.07±3.95, Hostilite alt boyutu puan ortalamalarının 3.90±2.80, Fobik Anksiyete alt boyutu puan ortalamalarının 2.84±1.01, Paranoid Düşünceler alt boyutu puan ortalamalarının3.37±1.19, Psikotizm alt boyutu puan ortalamalarının 2.32±1.90, Ek Maddeler alt boyutu puan ortalamalarının 3.19±2.84olduğu bulunmuştur. İstemeyerek gebe olanların KSE'nin Somatizasyon alt

boyutu puan ortalamalarının 8.33±5.42, Obsesif-Kompulsif Bozukluk alt boyutu puan ortalamalarının 7.70±5.28, Kişilerarası Duyarlılık alt boyutu puan ortalamalarının 5.20±3.91, Depresyon alt boyutu puan ortalamalarının 6.77±3.01, Anksiyete Bozukluğu alt boyutu puan ortalamalarının 6.74±3.56, Hostilite alt boyutu puan ortalamalarının 4.95±2.67, Fobik Anksiyete alt boyutu puan ortalamalarının 4.85±2.27, Paranoid Düşünceler alt boyutu puan ortalamaları 5.62±2.84, Psikotizm alt boyutu puan ortalamalarının 4.29±2.97, Ek Maddeler alt boyutu puan ortalamalarının 4.82±2.80 olduğu bulunmuştur. Bu bilgiler doğrultusunda gruplar karşılaştırılacak olursa; isteyerek gebe kalan kadınların, istemeyerek gebe kalan kadınlara göre ruhsal durumlarının daha iyi düzeyde olduğu söylenebilir ve ruhsal hastalıklar açısından daha az risk taşıdıkları düşünülebilir. Bu araştırmanın bulguları Gözüyeşil ve ark.[9]'nın ve Yücel ve ark.[88]'nin bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Gözüyeşil ve ark.[9]'nın gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenleri inceledikleri çalışmada; isteyerek gebe kalan kadınların depresyon puan ortalamasının, istemeyerek gebe kalan kadınların depresyon puan ortalamasından daha düşük olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda da gebeliğini isteyen kadınların depresyon puan ortalamalarının, gebeliğini istemeyen kadınların depresyon puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yine Yücel ve ark.[88]'nın gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunu inceledikleri araştırmadan aktarılan bilgilere göre; ülkemizde yapılan bir çalışmada plansız gebe kalanların %52.6'sında depresyon, %34.2'sinde anksiyete saptanmıştır.

İstenmeyen gebeliklerde; gebeliği kabullenmeme, ebeveyn olmaya hazır hissetmeme, yaşam şartlarının yeni bir gebeliğe uygun olmaması ve doğum öncesi bakım alamama gibi etkenlerin annenin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Planlanmış gebeliklerde genellikle kadın ve aile gebelik haberine hazırlıklıdır ve bu haber onları mutlu eder. Kadının gebeliğini kabullenmesi oldukça kolaylaşmıştır, endişesi azalmıştır. Mutlu bir bekleyiş süreci içine girer.[27] Doğurgan çağdaki kadının planlamadığı ve istemediği bir gebelikle karşılaşması ise sıkıntı, korku, endişe ve karmaşık duygular yaratmaktadır. Aynı zamanda, kararsızlık, suçluluk ve pişmanlık duygularını da yaşayan kadın, huzursuz ve gergin olmaktadır.[89]

Araştırmada isteyerek gebe olanların, ÇBASDÖ'nin puan ortalamalarının 65.77±16.55, istemeyerek gebe olanların puan ortalamalarının 50.61±21.27 olduğu bulunmuştur. İlgili ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 84 olduğu düşünülürse gebelerin ölçek puan ortalamasının iyi düzeyde olduğu, isteyerek gebe olan kadınların algıladıkları sosyal desteğin istemeyerek gebe olan kadınlara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmada ÇBASDÖ'nin alt ölçekleri incelenecek olursa; isteyerek gebe olanların Aile alt boyutu puan ortalamalarının 23.12±5.91, Arkadaş alt boyutu puan ortalamalarının 19.90±7.82, Özel insan alt boyutu puan ortalamalarının 22.75±6.07 olduğu bulunmuştur. İstemeyerek gebe olanların ÇBASDÖ'nin Aile alt boyutu puan ortalamalarının 18.49±7.86, Arkadaş alt boyutu puan ortalamalarının14.76±8.33, Özel insan alt boyutu puan ortalamalarının 17.35±8.37 olduğu bulunmuştur. İlgili ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puanın 28 olduğu düşünülürse, alt boyutların hepsinin puan ortalamasının iyi düzeyde olduğu söylenebilir**.** Bu araştırmanın bulguları, Mermer ve ark.[18]'nın gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerini inceledikleri çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir ve bu çalışmada da algılanan aile desteğinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırmamızda aile ve özel insandan algılanan sosyal desteğin, arkadaştan alınan sosyal destekten yüksek olduğu bulunmuştur. Toplumumuzda ailenin ve

anneliğin kutsallığından dolayı gebe kadına verilen değer ve neslin devamı için gebeliğe verilen önemden dolayı gebeliğin desteklendiği düşünülmektedir. Ayrıca araştırmamızda isteyerek gebe kalan kadınların algıladıkları sosyal desteğin, istemeyerek gebe kalan kadınların algıladıkları sosyal destekten daha iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Bu sonucun da; ebeveynliğe hazır hissetme, ailenin diğer üyeleri tarafından yeni bir gebeliğin istenmesi, yeni bir bebeğe maddi açıdan hazır olmak gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Gebelik ve doğum sonrası dönem, anne ve bebekten oluşan ikili yaşamı ifade ettiği için sosyal desteğe gereksinim duyulan en önemli dönemlerden birisidir.[77]Kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek almaları anne, bebek sağlığı ve olumlu aile içi ilişkileri açısından önemlidir. Kadının sosyal çevresinden aldığı desteği sayesinde, gebeliğini daha olumlu geçirdiği, annelik rolünü daha çabuk kazandığı ve doğum sonrası daha az sorun yaşadıkları belirtilmiştir.[18]

Araştırmada, gebeliği istemeyen kadınların ÇBASDÖ puan ortalamaları ile KSE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenecek olursa; KSE'nin Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Hostilite, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünceler, Psikotizm, Ek Maddeler alt boyutları ve toplam puan ortalaması ile ÇBASDÖ'nin Aile, Özel İnsan alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bu bilgiler doğrultusunda aileden ve özel insandan alınan sosyal desteğin ruhsal durumu iyileştirdiği, ruhsal bozuklukların görülme oranını ve şiddetini azalttığı söylenebilir.

Literatüre bakıldığında Dülgerler ve ark.[90]'nın gebelerin ruhsal belirti dağılımlarını inceledikleri çalışmada; gebelikleri sırasında eşleriyle ilişkilerinin etkilendiğini ifade eden gebelerin somatizasyon ve anksiyete bozukluğu puan

ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Yine Altınay ve ark.[91]'nin puerperal dönemde depresyon prevelansının, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisini araştırdıkları çalışmadan aktarılan bilgilere göre; depresif bozukluk tanısı almış hastaların algılanan arkadaş ve aile desteği puanlarının, normallere kıyasla anlamlı biçimde düşük olduğu bulunmuştur. Gebelik, doğum ve lohusalık dönemleri, gebenin en hassas olduğu ve özellikle eş desteğine en fazla ihtiyaç duyulduğu dönemlerdir[19]. Gebenin, bu dönemleri en az zararla geçirmesinde, ailenin özellikle eş desteğinin öneminin çok büyük olduğu düşünülmektedir. Gebelikte sosyal desteğin, özellikle aile ve eş desteğinin olmamasının ve iletişim zayıflığının ruhsal sorunlarla, anksiyete, somatizasyon bozukluğu ve daha yaygın olarak depresyonla negatif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu düşünülmektedir. Mutsuz ve desteksiz geçirilen bir gebeliğin fetüsü de etkilediği düşünülmektedir. Nitekim gebeliklerinde gergin olan annelerin bebeklerinde bir takım komplikasyonlar olduğunu gösteren çalışmalarda bulunmaktadır.[19]Baba adaylarının eşlerine nasıl destek olacağını bilmemesinin, bu sonucu etkileyen faktörlerden biri olduğu düşünülebilir. Çünkü gebelik, başından beri kadını anneliğe hazırlar fakat babalık sonradan öğrenilmeye çalışılan bir kavramdır. Bu yüzden çeşitli eğitim ve kursların faydalı olabileceği düşünülebilir.

Sosyal desteği algılamayı etkileyen faktörlerin birinin de, gebeliği isteme durumu olduğu düşünülmektedir İstemeyerek gebe kalan bir kadın, etrafından ilgi, sevgi ve destek görse de iç dünyasında çatışma halinde olduğundan bu desteği algılayamaz. Gebeliğin sorunlarını daha zor tolere eder ve kendini dış dünyaya kapattığından olumsuz düşüncelerle meşguldür. Bu nedenlerden dolayı, sosyal desteği yetersiz algılayabileceği düşünülmektedir. Sosyal desteği yetersiz olan gebeler ise, geleceğe

umutsuz bakar. Daha kaygılı ve endişelidir. Annenin bu ruh hali bebeğe de yansır ve güvensiz bir çocukluk dönemi geçirilir.

Araştırmada, isteyerek gebe olanların ÇBASDÖ puan ortalamaları ile KSE puan ortalaması arasındaki ilişki incelenecek olursa; ÇBASDÖ'nin Arkadaş alt boyutu ile KSE'nin Somatizasyon, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Paranoid Düşünceler ve Psikotizm alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında negatif ilişki bulunmuştur. Arkadaştan alınan sosyal destek arttıkça; somatizasyon bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu ve diğer ruhsal bozuklukların görülme oranının azaldığı söylenebilir. Özel insan alt boyutu ile Somatizasyon ve Psikotizm arasında da negatif ilişki bulunmuş, özel insandan alınan desteğin somatizasyon ve psikotik bozuklukları azalttığı görülmüştür. Literatüre bakıldığında Okanlı ve ark.[76]'nın gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerilerini inceledikleri çalışmayla, araştırmamızın bulguları benzerlik göstermektedir. Okanlı ve ark.[76]'nın çalışmasında ilk gebeliklerin isteniyor olmasından dolayı sosyal destek puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonucun, çiftlerin gebeliği istemesi ve gebelik haberini mutlu karşılamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Mutlu, olumlu iletişim içinde olan çiftlerin daha sağlıklı nesiller yetiştireceği düşünülmektedir. Çünkü; eşinden, ailesinden ve arkadaşlarından destek alan bir gebenin, gebeliğin getirmiş olduğu fizyolojik ve psikolojik problemlerle baş etmesi kolaylaşır. Sosyal desteği yüksek olan bir gebe gebeliğini daha kolay benimser ve annelik rolüne daha kolay adapte olur. Kendine güveni artar ve gebeliğini daha olumlu geçirir.

Algılanan sosyal destek arttıkça ruhsal durumun daha iyi düzeyde olduğu bulunmuştur.

Gebeliğin isteniyor olmasının ve algılanan sosyal desteğin yüksek olmasının, gebenin ruhsal durumunu olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların gebeliği isteme durumlarına göre algılanan sosyal destek ile ruhsal durumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- İsteyerek gebe kalan kadınların istemeyerek gebe kalan kadınlara göre ruhsal durumlarının daha iyi düzeyde olduğu,
- İsteyerek gebe kalan kadınların algıladıkları sosyal desteğin istemeyerek gebe kalan kadınlara göre daha yüksek olduğu,
- Gebelerin aileden ve özel kişiden (eşinden) algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu,
- Gebelikte sosyal destek arttıkça ruhsal durumun daha sağlıklı olduğu bulunmuştur.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

✓ Gebelerin kendilerini ifade etmelerinin sağlanması ve sosyal destek kaynaklarının farkına varılması,

✓ Gebelerin gebelik konusunda bilgi düzeylerinin artmasını sağlayan, doğum öncesi ve sonrası yaşanan kaygılarla baş etme yöntemlerini gösteren gebe okullarına katılımlarının sağlanması,

✓ Eşlerin gebelere nasıl destek olacakları konusunda bilgilerini arttıracak eğitim ve kurslara katılmaları için danışmanlık hizmetlerinin sunulması,

✓ Gebelere sağlık çalışanları özellikle hemşireler tarafından da sosyal destek verilmesi,

✓ İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınması açısından eğitimlerin düzenlenmesidir.

KAYNAKLAR

1. Oruçluoğlu D. Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniğinde Yatan Riskli Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Stresle Başetme Düzeyleri Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Şanlıurfa: Harran Üniversitesi, 2011.
2. Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S, Budak B. Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 2013, 29:165-167.
3. Sunal N, Demiryay A. Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009,4:101-108.
4. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği,* 9. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2009:75-79, 94-98, 227-273.
5. Aydemir H, Hazar H. Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebenin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergi*si, 2014, 3:815-833.
6. Vırıt O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi,* 2008, 45 : 9-13.
7. Akbaş E, Vırıt O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*,2008, 45: 85-91.
8. Matthey S. Assessing for psychosocial morbidity in pregnant women. *Canadian Medical Assosation Journal,* 2005, 173 :267-9.
9. Gözüyeşil E, Şirin A, Çetinkaya S. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,2008,3:40-62.
10. Coşkun A. *Yüksek Riskli Gebelikler Fetus, Yenidoğana Etkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı.* Dağoğlu T (ed.), Görak G (ed.). Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. Baskı. İstanbul, 2008: 59-101.

11. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2001, 23: 61–64.
12. Karaçam Z. Gebelerin doğum öncesi bakım uygulamaları. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1994, 44 :14-21.
13. Yıldız H. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* 2011,4: 63-74.
14. Tekiner AS, Çetin F, Ceyhun G, Kafkaslı A. Planlanmamış gebelikler ile kontraseptif yöntemler arasındaki ilişki. *Dirim Tıp Gazetesi,* 2010, 85: 65-71.
15. Türkiye Psikiyatri Derneği'nin Kürtaj-Sezaryen Yasa Tasarısı Hakkındaki Görüşleri. psikiyatri.org.tr/uploadFiles/246201214022kurtajbasinduyurusu. 15.12.2014
16. Eker D, Arkar H, Yaldız H.Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12:17-25
17. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Persnonality Social Psychology*.1983, 44: 127-139.
18. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve Doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi-Journal of Psychiatric Nursing*, 2010, 1:71-76.
19. Şahin NH, Soypak F. Erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteği. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2010, 4:186–97.
20. Johnson MP. The implications of unfulfilled expectation and perceived pressureto attend the birth on men's stres levels following birth attendence: A longitudinal study. *Journal Psychosom Obstetric Gynecology*, 2002, 23:173–82.

21. Turan JM, Nalbant H, Bulut A, Sahip Y. Including expectant fathers in antenatal education programmes in Istanbul, Turkey. *Repreductive Health Matters,* 2008, 9:114–25.
22. Ayan R. Gebelerin Olağan Şikayetleriyle Başa Çıkma Yolları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2013.
23. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G**.** Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2007, 10: 1.
24. Babacan G, Çevik N, Hataf S, Biçen Ş, Keskin G, Malak A. Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilgili özellikler**.** *The Anatolian Journal of Clinical Investigation,* 2011, 5: 7-14.
25. Kara B, Çakmaklı B, Nacak E, Türeci F. Doğum sonrası depresyon. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi,* 2001, 10: 333-4.
26. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 2011, 21: 79-84.
27. Nazik E. Gebelikte Görülen Olağan Rahatsızlıklar ve Gebelerin Uyguladıkları Başetme Yöntemleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2005.
28. Tetikkurt C. Respiratory physiology in pregnancy. *Cerrahpaşa Journel of Medici*ne, 2000, 31: 118-122.
29. Şen S, Uğur B, Polatlı M, Yüksel H, Oğurlu M, Gezer E. Gebelerde sezaryen operasyonu için uygulanan spinal anestezinin solunum fonksiyon testleri üzerine etkileri. *Toraks Dergisi,* 2007, 8: 69-72.

30. Canbakan S. Gebelik ve laktasyonda astım. *Solunum Hastalıkları*, 2010, 21: 68–74.
31. Bayırlı GÇ. Gebelerde Görülen Gingivitis. http://www.zeynepkamiltipbulteni.org/sayilar/1979/1979_11_3-4/101-107.pdf. 18.12.2014
32. *Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu . Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Ankara. 2014, 16-22.
33. Samur G. *Gebelik ve Emziklilik Döneminde Beslenme*. Klasman Matbaacılık. Şubat 2008.Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726. ISBN : 978-975-590-242-5: 13-15.
34. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry*, 2011, 3:67-99.
35. Kazancıoğlu R. *Gebelik Sırasında Böbrek Fonksiyonları.* Schrier WR. Süleymanlar G (çeviri editörü). Böbrek ve Elektrolit Hastalıkları. 6.baskı. Ankara, Güneş kitabevi, 2005:539-79.
36. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi.* Gebelikte kardiyovasküler hastalıkların tedavisine ilişkin ESC klavuzları, 2012, 1:74-75.
37. Akpınar O. Gebelik ve kapak hastalıkları. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 2009, 9: 25-34.
38. Sarıyıldız L, Akdağ T. Some haematological and metabolic changes observed in pregnancy. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 2013, 4: 245-8.
39. Yılmaz E. Gebeliğin fizyolojik deri değişimleri. *Turkderm*, 2007, 41: 13-5.
40. Tarım Ö. Endokrinoloji ve dermatoloji. *Güncel Pediatri*, 2011, 9: 34-8.
41. Ünal İ, Ertam İ. Gebelikte saç. *Dermatoz*, 2012, 3 : 70-72.
42. F Gary Cunningham, Norman F Gant, Kenneth Jl, Larry CG, John CH, Katharine DW. *Williams Obstetrics*, 2001, 114–15.

43. Toprak T, Evren İ, Çakar E, Süer N. Human plasental laktojen, serbest östradiol ile birlikte fetal iyiliğin belirlenmesinde bir belirteç olabilir mi?. *Göztepe Tıp Dergisi,* 2010, 25:104-110.

44. Yılmaz F. Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi. 2012.

45. Beyaz ve Özcan. Gebelikte görülen kas-iskelet sistemi kaynaklı ağrılar ve tedavi yaklaşımları. *Turkish Journalof Physical Medicine and Rehabilitatio*n, 2005, 51: 65-68.

46. Akyüz G, Bayındır Ö. Gebelikle ilişkili osteoporoz. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2013, 59:145-150.

47. Işık E. *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*, 1. Baskı, Görsel Sanatlar Yayınevi, 2003:467-483.

48. Özkan S. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul. ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş. 1993: 203-207.

49. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry*. Eight Edition, Mass Publishing Co, Egypt, 1998.

50. Davis DC. The Discomforts of pregnancy. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*,1996, 25: 73-81.

51. Tunçer D. Hamilelik psikolojisi.http://www.doktorsitesi.com/makale/hamilelik-psikolojisi. 10.02.2015

52. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Eğitim Şube Müdürlüğü Gebelikte Bakım Rehberi. esenyurtdh.saglık.gov.tr. 03.01.2015

53. Rosemarry H, Kelly M. Somatic complaint samong pregnant women. *General Hospital Psychiatry*, 2001,23: 107–113.

54. Coşkun A, Karanisoğlu H. *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği.* Ed: Seçim H. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Hemşirelik Ön lisans Eğitimi. Eskişehir.1992.

55. Erdem ÖP, Bucaktepe PG, Özen Ş, Kara İH. Prepartum ve postpartum dönemde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Düzce Tıp Dergisi,* 2010, 12: 24-31.

56. Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca HH, Muhcu M. Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni,* 2014, 45:71-7.

57. Çalık K, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry,* 2011, 3:142-162.

58. Marakoğlu K, Şahsıvar Ş. Gebelikte depresyon. *Journal of Medicine Science.* 2008,28:525-532.

59. Xie RH, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW. Prenatal social support, *Postnatal Social Support and Postpartum Depression Ann Epidemiol*, 2009, 19:637-643.

60. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezinde Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2008.

61. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi,* 2004, 2:70-4.

62. Littleton HL, Breitkopf CR, Berenson AB. Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *Am Journal Obstetric Gynecologic*, 2007, 196: 424-32.

63. Kocabaşoğlu N, Başer SZ. Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 2008, 62:349-354.
64. Kruger S, Braunig P. Clinicalissues in bipolar disorder during pregnancy and the pospartum period. *Clinical Application Bipolar Disorder*,2002, 1:65-71.
65. Gülöksüz S, AkdenizF, İnce B, Oral ET. Gebe ve lohusalarda iki uçlu bozukluğun sağaltımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010, 21:155-166.
66. Eşel E. Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 2000, 3:46-55.
67. Bal U, Çakmak S, Uğuz Ş. Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Archive Medical Review Journal*, 2013, 22:441-459.
68. Vardar E, Erzengin M. Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 22:205-12.
69. Sucu M. Gebelikte Bulantı Kusması Olan Kadınların Hastaneye Yatış Endikasyonunun Belirlenmesinde PUQE (Pregnancy-Unique Quantıficatıon of Emesis and Nausea) Skorlaması ile Fizik Muayene Sonuçlarının Karşılaştırılması, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2009**.**
70. Duyan V, Gelbal S, Çalık Var E. Sosyal ilişki unsurları ölçeğinin Türkçeye uyarlama çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2013, 44: 159-169.
71. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9:68-75.
72. Kaner S. Aile destek ölçeği: faktör yapısı, güvenirlik ve geçerlik çalışmaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi,* 2003, 4: 57-72.

73. Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi güvenirliği ve geçerliliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1997, 13: 81-87.
74. Pearson RE. *Counseling and Social Support (Perspectives and Practice)* Califomia: SAGE Publication,Inc.1990.
75. Şahin NH, Dişsiz M, Dinç H, Soypak F. Erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteği: ölçek geliştirme çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2014,17:2.
76. 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.
77. Türkoğlu N, Çelik A, Pasinlioğlu T. Annelerin doğum sonrası sosyal destek ihtiyaçlarının ve alınan desteğin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2014, 11: 18-24.
78. Özkan H, Polat S. Annelik davranışı ve hemşirelik desteği. *Bozok Tıp Dergisi*, 2011,3:35-39.
79. Deragotis LR, Lazarus L.SCL 90-R Brief symptom inventory and matching clinical rating scales. The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. *Lawrence Earlbaum Associates.*1994, 2:217-248.
80. Şahin NH, Durak A. Kısa semptom envanteri Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi,* 31: 44-56.
81. Bozdoğan S. Psikiyatri kliniklerinde ve Psikiyatri Klinikleri Dışında Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2007.

82. Çetin F. 15-49 Yaş Arası Kadınların Ruhsal Durumları ve Şiddet Üzerine Bir Çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2013.
83. Savaşır I, Şahin NH. *Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler.* Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. No: 9, 1997.
84. Şahin N, Batıgün A, Uğurtaş S. KSE: Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002, 13:125-135.
85. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The multidimensional scale of the perceived social support. *Journal of Personality Assesment*, 1988, 55: 610-617.
86. Yıldırım M. Meme Cerrahisi Geçirmiş Kadınların Ruhsal Durumları ve Algıladıkları Sosyal Destek Üzerine Bir Çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi,2008.
87. Çakır Y, Palabıyıkoğlu R. Gençlerde sosyal destek: çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi*, 1997, 5:15-24.
88. Yücel P, Çayır Y, Yücel M. Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 2013,16:7-17.
89. Çelik Y. İstenmeyen Gebeliklerin Sonlandırılması Öncesinde Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi. T.C Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü, Uzmanlık tezi, İstanbul:2008.
90. Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 21: 115-126.
91. Altınay AS, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevelansı: obstretrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 2002,10:11-18.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	İmren ATASEVER
Doğum tarihi:	08.01.1989
Doğum yeri:	Erzurum
Medeni hali:	Evli
Uyruğu:	T.C
Adres:	Şükrüpaşa Mah. Ayşe Hatun Sok. Abdurahman Gazi Evler. C Blok. 5\11 Yakutiye Erzurum
Tel:	05316109547
Faks:	
E-mail:	imrenn_hmsr@hotmail.com
Eğitim	
Lise:	Erzurum Anadolu Lisesi (2007)
Lisans:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (2012)
Yüksek lisans:	Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2015)
Doktora:	
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	

EK-2. TANITICI BİLGİ FORMU

1) Yaşınız:……..

2)Eşinizin yaşı……..

3) Eğitim durumunuz?

I)Okur-yazar değil II)İlkokul III)Ortaokul IV)Lise V)Üniversite

4)Mesleğiniz?

I)Ev hanımı II)Memur III)İşçi IV)Diğer (……)

5)Eşinizin eğitim durumu?

I)Okur-yazar değil II)İlkokul III)Ortaokul IV)Lise V)Üniversite

6)Eşinizin mesleği?

I)İşsiz II)Memur III)İşçi IV)Serbest meslek V)Esnaf

VI)Diğer (…….)

7)Yaşadığınız yer?

I) İl II)İlçe III)Köy

8)Ailenizin gelir durumunu nasıl tanımlarsınız?

I)Gelirim giderimden az II)Gelirim giderime denk III)Gelirim giderimden fazla

9)Aile tipiniz?

I)Çekirdek aile II)Geniş aile

10)Sosyal güvenceniz var mı?

I)Var II)Yok

11)Kaç yıldır evlisiniz?

I)1-5 yıl II)6-10yıl III)11-15 yıl IV)16 yıldan fazla

12)Kaç kez gebelik geçirdiniz?

a)1 b)2 c)3 d)4 ve üstü

13)Bu gebeliği isteme durumunuz?

I)İstiyorum II) İstemiyorum

14)Cevabınız "istemiyorum" ise nedenleri nelerdir?

I) Maddi açıdan hazır değildim
II) Diğer çocuğun küçük olması/yeterli çocuk
III) Ailevi sıkıntılarım var
IV) Eşim istemediği için
V) Diğer …..

15)Doğumdan sonra bebeğin bakımına yardım edecek kimseniz var mı?

I) Evet II)Hayır

16)Gebeliğiniz süresince gerek duyduğunuzda en çok kimden manevi yardım/destek alırsınız?

I)Eş II)Aile III)Arkadaş IV)Sağlık personelinden V)Diğer

17)Daha önce ruhsal bir hastalık geçirdiniz mi?

a) Evet b) Hayır

18)Şuan ruhsal bir hastalığınız var mı?
a) Evet b)Hayır (20. soruya geçiniz)

19)Ruhsal hastalığınız için psikiyatrik yardım alıyor musunuz?

a)Evet b) Hayır

20)Ailede ruhsal bir hastalığı olan var mı?

a)Evet b) Hayır

EK-3. KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin.

İFADELER	Hiç yok	Biraz var	Orta derece	Epey var	Çok var
1. içinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. baygınlık, baş dönmesi					
3. bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolay kızıp öfkelenme					
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu					
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11. İştahta bozukluklar					
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek					
16. Yalnızlık hissetmek					
17. Hüzünlü, kederli hissetmek					
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak					
19. Ağlamaklı hissetmek					
20. Kolayca incinebilme, kırılmak					
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23. Mide bozukluğu, bulantı					
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25. Uykuya dalamada güçlük					
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek					
27. Karar vermede güçlükler					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak					
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak					

30. Sıcak, soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32. Kafanızın bomboş kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/ zorlanmak					
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41. bir şeyleri kırma, dökme isteği					
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girmek					
47. Yalnız bırakıldığında/ kaldığında sinirli hissetmek					
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek					
50. Kendini değersiz görmek					
51. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52. Suçluluk duyguları					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

EK-4. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için uygun alanlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu ve olmadığını belirlemek için o cümle yanındaki alanlardan yalnız bir tanesine (X) koyarak işaretleyiniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayın. Sizce doğruya yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	Hiç katılmıyorum	Oldukça katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Tarafsızım	Az katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.							
2.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.							
3.Ailem (örneğin; annem, babam, eşim,çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.							
5.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.							
6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8.Sorunlarımı ailemle (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.							

9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) var.							
11.Kararlarımı vermeden ailem(örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK-5. ETİK KURUL ONAY FORMU



ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Araştırmanın Adı: "Kadınların Gebeliği İsteme Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek İle Ruhsal Durumlarının Karşılaştırılması "

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur	(x)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur	( )
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir	( )

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 10.04.2014 tarihinde yapılan toplantısında "Kadınların Gebeliği İsteme Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek İle Ruhsal Durumlarının Karşılaştırılması" konulu Yrd.Doç.Dr.Özlem ŞAHİN ALTUN ve hemşire İmren TAŞ'ın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan

Doç.Dr.Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.

Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye

Doç.Dr.Nadiye ÖZER
Üye

Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK-6. TEZ ÇALIŞMA İZİN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü

Sayı :45361945-03/ 5611 **Erzurum** :30.05.2014

Konu :Tez Çalışması

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İLGİ: 29.05.2014 tarih ve 1379-12045 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınızla Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi İmren TAŞ'ın "Kadınların Gebeliği İsteme Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek ile Ruhsal Durumlarının Karşılaştırılması" konulu tez çalışmasını 2014 Haziran – Eylül ayları içerisinde hastanemizde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Necip BECİT
BAŞHEKİM

Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastaneleri Yazı İşleri Bürosu
Tel: 0442 3446765-64 Fax: 0442 2361301

EK-7. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROTOKOLÜ ONAM FORMU

Bu araştırma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Dalında Yüksek Lisans Tez Araştırması Olarak Yürütülmekte Olup "Kadınların Gebeliği İsteme Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek ile Ruhsal Durumlarının Karşılaştırılması" amacıyla planlanmıştır. Araştırma tamamen bilimsel amaçlı yapılmaktadır.

Elde edilen veriler başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeme hakkınız vardır. Araştırma başladıktan sonra devam etmek istemediğinizde araştırmadan ayrılabilirsiniz. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Araştırmadan önce verilen metni okudum. Metin hakkında yapılan sözlü ve yazılı açıklamaları okudum ve dinledim. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi-telefon no

Araştırmacının

Adı-Soyadı: İmren ATASEVER

EK-8. TEZ SAVUNMASI SINAV TUTANAĞI

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI
(FORM: 07)

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : İmren ATASEVER
Danışmanı : Yrd.Doç.Dr.Özlem ŞAHİN ALTUN
Programı (Fakülte/Y.Okul) : Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ortak Danışman : .....
Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 29.05.2015 ve 2015.17.2/a sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, Kadınların Gebeliği İsteme Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek İle Ruhsal Durumlarının Karşılaştırılması .. başlıklı **yüksek lisanstezini** incelemiş ve adayı 12.06.2015tarihinde, saat 14:00'da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

☑ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda **başarıyla** savunulan tezin**KABUL EDİLMESİNE,**

☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda, ……..**ay ek süre** verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE,**

☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDDEDİLMESİNE**

☑ **OY BİRLİĞİ** ☐ **OY ÇOKLUĞU** ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	:Doç.Dr. Neziha UĞURLU	.....
Üye	:Doç.Dr. Ayşe OKANLI	.....
Üye	:Yrd.Doç.Dr.Özlem ŞAHİN ALTUN	.....
Üye	:……..	.....
Üye	:……..	.....