

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTANEDE YATAN RİSKLİ GEBELERDE ANKSİYETE
VE DEPRESYON DÜZEYİ İLE BELİRSİZLİK DÜZEYİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Semiha ÜNKAZAN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zekiye TURAN

HAZİRAN-2023

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTANEDE YATAN RİSKLİ GEBELERDE ANKSİYETE
VE DEPRESYON DÜZEYİ İLE BELİRSİZLİK DÜZEYİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Semiha ÜNKAZAN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez 21/06/2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği /~~Oy çokluğu~~ ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA
Doç.Dr. Kevser İlçioğlu	Uygundur	
Doç.Dr. Zekiye Turan	Uygundur	
Dr. Öğr. Üyesi Özge Öner	Uygundur	

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 20/01/2023 tarihli ve 71522473-050.01.04-216250-32 sayılı onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih:

21/06/2023

Semiha ÜNKAZAN

İmza

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her basamağında yanımda olan, değerli bilgilerini benimle paylaşan, büyük bir ilgiyle tezimi yürütmeme yardımcı olan, insani ve ahlaki yönüyle de bana her zaman örnek olan, saygıdeğer hocam ve değerli tez danışmanım Doç. Dr. Zekiye TURAN'a,

Tüm hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan, bana olan inançlarını her zaman hatırlatan, sevgileriyle koşulsuz destek ve güven veren, her zaman sabır ve fedakârlık gösteren, sonsuz özveri ve sevgi ile beni yetiştiren sevgili annem Nermin ÜNKAZAN ve sevgili babam Hasan ÜNKAZAN'a,

Desteği ve sevgisi ile her zaman bana güç ve mutluluk veren canım kardeşim Oğulcan ÜNKAZAN'a

Tez çalışmamın yürütülmesinde desteğini esirgemeyen, düştüğümde kaldıran, sevgili arkadaşlarım Arş. Gör. Büşra YOLCU ve Talha Muhammed SABAH'a,

Bu tezi yazarken sürekli kucağımda uyuyarak yanımdan ayrılmayan, tez yazma aralarında sevimliliği ile motivasyonumu yükselten, bazen de klavyenin üzerinde gezinerek ortalığı karıştıran kedim Firuz'a, sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Tezimi, tez verilerini toplama aşamasında gerçekleşen, Kahramanmaraş merkezli 6 Şubat 2023 depreminde hayatını kaybeden tüm gebelere ithaf ediyorum.

Saygılarımla

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar	vii
ÖZET.....	viii
SUMMARY	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	1
2.1. RİSKLİ GEBELİK	1
2.2. DÜNYADA VE TÜRKİYEDE RİSKLİ GEBELİK	2
2.3. GEBELİKTE RİSK FAKTÖRLERİ	2
2.3.1. Mevcut Sağlık Koşulları	3
2.3.1.1. Kronik hastalıklar (Hipertansiyon, kardiyolojik problemler, tiroid hastalıkları)	3
2.3.1.2. Obezite	4
2.3.1.3. Enfeksiyonlar (İnfluenza, üriner sistem enfeksiyonları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), teratojenik enfeksiyonlar)	5
2.3.1.4. Gebelikte İleri Yaş	6
2.3.1.5. Adölesan Gebelik.....	6
2.3.2. Yaşam Tarzı.....	7
2.3.3. Gebelik Komplikasyonları	8
2.3.3.1. Erken gebelik komplikasyonları	8
2.3.3.2. Geç gebelik komplikasyonları	9
2.4. GEBELİKTE VAR OLAN RİSKİN GETİRDİĞİ EMOSYONEL DURUMLAR.....	12
2.5. RİSKLİ GEBELERDE BELİRSİZLİK	13
2.6. RİSKLİ GEBELERDE HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYONU	14
2.7. RİSKLİ GEBELERDE HEMŞİRELİK BAKIMI	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	20

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ, YERİ VE ZAMANI	20
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	20
3.3.1. Evren.....	20
3.3.2. Örneklem:.....	20
3.3.3. Örneklem Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	21
3.4. ARAŞTIRMA SORULARI.....	22
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	22
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	23
3.5.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	23
3.5.3. Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği-Toplum Formu (MHBÖ).....	24
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	24
3.7. VERİLERİN ANALİZİ.....	25
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	25
4. BULGULAR.....	26
4.1. GEBELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	26
4.2. ÖLÇEKLER İLE İLGİLİ BULGULAR	28
4.3. ARAŞTIRMA SORULARINA AİT BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	50
5.1. HAD VE MHBÖ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ	50
5.2. RİSKLİ GEBELERİN SOSYODEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖYKÜLERİ İLE MİSHEL HASTALIKTA BELİRSİZLİK ÖLÇEĞİNİN İNCELENMESİ.....	51
5.3. RİSKLİ GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖYKÜLERİ İLE HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİNİN İNCELENMESİ.....	55
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	63
KAYNAKÇA	66
EKLER.....	84
ÖZGEÇMİŞ.....	96

KISALTMALAR

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği)
BGOF	: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
EDT	: Erken Doğum Tehditi
EMR	: Erken Membran Ruptürü
GDM	: Gestasyonel Diyabetes Mellitus
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HAD-A	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- ANKSİYETE
HAD-D	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- DEPRESYON
HEG	: Hiperemesis Gravidarum
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HÜNEE	: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
IUGR	: Intrauterin Gelişme Geriliği
İYE	: İdrar Yolu Enfeksiyonu
MHBÖ	: Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği- Toplum Formu
NST	: Non Stres Testi
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
RIA	: Rahim İçi Araç
SEAH	: Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TDK : Türk Dil Kurumu

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

WHO/ DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

HELLP Sendromu: Hemolysis (kırmızı kan hücrelerinin parçalanması), Elevated Liver enzyms (karaciğer enziminde yükselme) ve Low Platelets (kan pıhtılaşmasını sağlayan trombositlerin azalması)



TABLÖLAR

Tablo 2.1. Riskli gebelik için potansiyel risk faktörlerinin sınıflandırılması.....	3
Tablo 4.1. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları.....	26
Tablo 4.2. Gebelerin sağlık durumları ve gebelik risklerine göre dağılımı	27
Tablo 4.3. Gebelerin Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puan ortalamaları ile ölçek Cronbach alfa değeri (n=325).....	29
Tablo 4.4. Hastanede yatan riskli gebelerde hastane anksiyetesi ve depresyonu ile belirsizlik arasındaki ilişki (n=325)	31
Tablo 4.5. Sosyodemografik özelliklerine göre gebelerin MHBÖ puanlarının değerlendirilmesi (n=325).....	34
Tablo 4.6. Obstetrik özelliklerine ve sağlık durumlarına göre gebelerin MHBÖ puanlarının değerlendirilmesi.....	37
Tablo 4.7. Sosyodemografik özelliklerine göre gebelerin HAD Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi (n=325).....	43
Tablo 4.8. Obstetrik özelliklerine ve sağlık durumlarına göre gebelerin HAD Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi.....	45

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu araştırmanın amacı, riskli gebelik nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören gebelerin hastane anksiyetesi ve depresyon düzeyleri ile algılanan belirsizlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma bir kamu hastanesin 1 Şubat-15 Nisan 2023 tarihleri arasında perinatoloji servisinde yatan riskli gebelik tanısı almış 325 kadın ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)” ve “Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği- Toplum Formu (MHBÖ)” kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik yöntemler kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Katılımcı gebelerin, %72’sinin ($n=234$) son trimesterde ve %61,2’sinin ($n=202$) planlı gebeliğe sahip olduğu belirlenmiştir. Riskli gebeliği olan katılımcıların tanılarına bakıldığında %22,2’si ($n=72$) hipertansif problemler, %9,5’i ($n=31$) GDM, %24’ü ($n=78$) EDT/abortus imminens, %8,9’unda ($n=29$) HEG, %5,5’i ($n=18$) amniyotik mai anomalileri, %16,6’sı ($n=54$) anormal NST bulgusu, %5,5’i ($n=18$) diğer sağlık problemleri, %2,8’i ($n=9$) enfeksiyon ve %4,9’u ($n=16$) plasenta anomali tanısı ile hastaneye yatışı yapılmıştır. Katılımcı gebelerin %42,2’sinin ($n=137$) iki gündür hastanede olduğu belirlenmiştir. Riskli gebelerin MHBÖ puan ortalaması $49,36 \pm 13,163$; HAD Ölçeği puan ortalaması $14,54 \pm 7,269$; HAD alt boyutlarından Anksiyete puan ortalaması $7,91 \pm 4,051$ ve HAD alt boyutlarından Depresyon puan ortalaması $6,64 \pm 4,077$ olarak hesaplanmıştır. MHBÖ puanı değişkeni ile HAD ölçeği puanı değişkeni arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ: MHBÖ puanı ile HAD ölçeği puanı arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Riskli gebelerin bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine göre MHBÖ ve HAD puanı bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Belirsizlik, Riskli Gebelik, Anksiyete, Depresyon



SUMMARY

The Relationship Between Anxiety and Depression Levels and Level Of Uncertainty In Hospitalized Risky Pregnant Women

INTRODUCTION AND PURPOSE: The aim of this study is to determine the relationship between hospital anxiety and depression levels and perceived uncertainty levels among pregnant women receiving inpatient treatment due to high-risk pregnancy.

MATERIALS AND METHODS: This descriptive study was conducted with 325 women diagnosed with high-risk pregnancy admitted to the perinatology service of a public hospital between February 1 and April 15, 2023. "Personal Information Form," "Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)," and "Mishel's Uncertainty in Illness Scale - Community Form (MUIS-C)" were used to collect the data. Descriptive statistical methods was used to examine the relationships between parameters. The significance level was considered as $p < 0.05$.

RESULTS: It was determined that 72% (n=234) of the participating pregnant women were in the third trimester, and 61.2% (n=202) had planned pregnancies. When the diagnoses of participants with high-risk pregnancies were examined, it was found that 22.2% (n=72) had hypertensive problems, 9.5% (n=31) had GDM, 24% (n=78) had EDT/threatened abortion, 8.9% (n=29) had IUGR, 5.5% (n=18) had amniotic fluid anomalies, 16.6% (n=54) had abnormal NST Findings, 5.5% (n=18) had other health problems, 2.8% (n=9) had infections, and 4.9% (n=16) had placental anomalies. It was determined that the majority of the participating pregnant women, 42.2% (n=137), had been in the hospital for 2 days. The mean MUIS-C score of high-risk pregnant women was 49.36 ± 13.163 ; the mean HADS score was 14.54 ± 7.269 ; the mean Anxiety subscale score of HADS was 7.91 ± 4.051 , and the mean Depression subscale score of HADS was 6.64 ± 4.077 . A significant positive relationship was found between MUIS-C score and HADS score.

CONCLUSION: A significant positive relationship was found between MUIS-C score and HADS score. It was also found that there was a significant difference between groups in terms of MUIS-C and HADS scores based on some sociodemographic and obstetric characteristics of high-risk pregnant women.

Keywords: Nursing, Uncertainty, High-Risk Pregnancy, Nursing, Anxiety, Depression



1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Kadınların çoğunda gebelik rutin bir seyir izlese de bazı gebelerin sağlıkları veya bebeklerinin sağlığı ile ilgili tıbbi zorlukları vardır. Bu kadınlar düşük riskli gebe veya yüksek riskli gebe olarak tanımlanmaktadır. Riskli gebelik, normal gebeliklere göre erken doğum, erken membran rüptürü, servikal yetmezlik, plasenta previa gibi sorunlar sebebiyle gebenin ve fetüsün sağlığını ve yaşamını olumsuz etkileme olasılığının daha yüksek olduğu bir durumu ifade eder (US Department of Health and Human Services, 2018).

2020 yılında her gün yaklaşık 800 kadın gebelik ve doğumla ilgili önlenabilir nedenlerden dolayı hayatını kaybetmiştir ve bu da neredeyse dakika da iki annenin ölümü anlamına gelmektedir. Genel olarak bakıldığında Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre 2020 yılında 287.000 kadın gebelik ve doğum komplikasyonları sonucunda hayatını kaybetmiştir (DSÖ, 2018). Gebelikte mortalite veya morbiditeye neden olan durumların çoğu önlenabilir veya tedavi edilebilirdir.

Riskli gebelerin komplikasyonları ciddi sonuçlar doğurabileceğinden özel bakım gerektirirler (USCF Health, 2023). Teknolojinin gelişmesi ile birlikte perinatal bakımdaki olumlu gelişmeler ile riskli gebelik teşhisi konulan gebeler, gebelikte yaşanan riski azaltmak ve riskli durumu erken dönemde tespit edebilmek için profesyonel yönetim ve tedavinin mümkün olduğu hastane gibi tesislerde yatarak tedavi edilmektedir.

Hospitalizasyonun, risk altındaki durumu çözerek hem annenin hem de bebeğin sağlık ve güvenliğini sağladığı bir gerçektir. Bununla birlikte annede, var olan riskli durumun, gebeliklerini ve bebeklerini nasıl etkileyeceği konusundaki belirsizlik gibi birçok stres kaynağına da yol açabilmektedir. Yatarak tedavi gören riskli gebelerin hastanede geçirdikleri süre boyunca yaşadıkları bu deneyimin öngörülemezliği,

gebelik durumu hakkında bilgi eksikliği, fetüsün durumu ve iyilik hali hakkında yanlış bilgi nedeniyle gebeler endişelidirler ve bu da yüksek riskli gebelerin bilişsel değerlendirmesini engellemektedir. Bu durum gebelikte daha fazla anksiyete ve depresyona neden olmaktadır (Loyet ve ark., 2016; Oliveira ve Mandú, 2017).

Düşük ve yüksek riskli gebeliklerde hastaneye yatırılan kadınların, hastanede kalış süresi, parite, anne yaşı, hastane anksiyete ve depresyonu ile belirsizlik düzeyini ilişkilendiren çalışmalar sınırlıdır. (Kurki, Hillesman ve Raitesolo, 2000; Çevik ve Yağmur, 2018). Daha düşük psikolojik iyilik hali ile kötü perinatal sonuçlar arasındaki ilişki göz önüne alındığında, riskli gebeliklerdeki hastalığa yönelik belirsizlik konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Bu sebeple planlanan çalışmanın önemi, riskli gebelik nedeniyle hastaneye yatırılan kadının belirsizlik algısı ile hastane anksiyete ve depresyon düzeyinin araştırılarak literatüre katkıda bulunmasıdır. Böylelikle kadınların hastaneye yatışa ve riskli gebelik durumlarına verdikleri tepki daha iyi anlaşılacak hemşirelerin, özellikle de perinatoloji hemşirelerinin, bu hasta grubu ile arasındaki danışmanlığı ve iletişimi kolaylaştırarak riskli gebelere verdikleri bakımın etkililiği artacaktır. Riskli gebelerde gelişen hastane anksiyete ve depresyon düzeyinin belirlenmesi konusunda hemşirenin farkındalığının olması, belirsizliği azaltabilecek ve hemşirelik girişimlerinin planlanmasına yardımcı olacaktır. Ayrıca gebede hastane anksiyete ve depresyonu ile belirsizliğe etki eden birçok faktör hakkında elde edilen bilgiler, riskli gebelere yönelik bakım, eğitim ve destekleyici programların planlaması ve uygulanmasında sağlık profesyonellerine rehberlik edecektir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu tanımlayıcı çalışmanın ana amacı, riskli gebelik nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören gebelerin hastane anksiyetesi ve depresyonu ile algılanan belirsizlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Bu amaca ek olarak, hastane anksiyete ve depresyonu ile belirsizliği etkileyebilecek doğum sayısı, kalış süresi, anne yaşı ve gebelikte risk tanısı gibi faktörlerin de etkisi araştırılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. RİSKLİ GEBELİK

Gebelik, genellikle kadınlar için duygu durumunu olumlu yönde etkileyen bir durum olarak görülse de süreç her zaman beklenen şekilde tamamlanmayabilmektedir. Gebelik sürecinde anne, kendisini ve bebeğini ilgilendiren bazı riskli durumlar ile karşı karşıya kalabilmektedir (Hadımlı, 2018).

Türk Dil Kurumuna (TDK) göre risk, “Zarara uğrama tehlikesi” olarak tanımlanırken (TDK, 2022), riskli gebelik annenin, bebeğin veya her ikisinin riskli bir durum karşısında olumsuz etkilenme ihtimalini ifade etmektedir. Annenin ya da fetüsün ciddi düzeyde morbidite ve mortalite riski olduğunda ise gebelik, yüksek riskli gebelik olarak ele alınmaktadır (Gilbert ve Harmon, 2011). Başka bir ifade ile anne ve fetüsün sağlığına veya iyiliğine yönelik mevcut veya potansiyel bir tehlike ve gebelikle ilgili beklenmedik bir tıbbi veya obstetrik durum, yüksek riskli gebelik olarak kabul edilir (Holness, 2018).

İkiz doğumların artması (Madar ve ark., 2019), sezaryen doğum oranlarının yükselmesi (Korb ve ark., 2019), ilk doğum için planlanmış sezaryen doğum, gestasyonel gebelik haftasının 34. haftasından önce gerçekleşen doğumlar ve obezitenin artması, gebelikle ilgili riski arttıran faktörlerdir (Chinn ve ark., 2020).

Nüfus ve Sağlık Araştırmaları ise riskli gebeliği 18 yaş altı genç gebelikler, 35 yaş üzeri gebelikler, iki seneden kısa aralıklarla doğum ve paritenin üç doğumdan fazla olduğu gebelikler olarak ele almaktadır (HÜNEE, 2019).

Gebeliği riskli hale getiren fizyolojik sorunlar; anne gebe kalmadan önce var olan sorunlar (kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon gibi) olabileceği gibi direkt olarak gebelikte ortaya çıkan sorunlar da (preeklampsi, eklampsi, kanama, hipertansiyon gibi) olabilmektedir.

2.2. DÜNYADA VE TÜRKİYEDE RİSKLİ GEBELİK

Geçtiğimiz yüzyıldan günümüze, gebelikle ilişkili riskler ve riskin majör komplikasyonu olan anne ölüm oranı, antibiyotiklerin keşfi ve steril teknikler, anestezi iyileştirmeleri, hastane doğumlarının artması ve kan transfüzyon süreçlerindeki iyileştirmeler gibi tıbbi ve teknolojik ilerlemeler nedeniyle önemli ölçüde azalmıştır (Hirshberg ve Srinivas, 2017).

Dünya çapında 20 milyon kadın yüksek riskli gebelik yaşamakta ve her gün 800'den fazla kadın perinatal nedenlerden ölmektedir. Bu kayıpların %6-33'ü yüksek riskli gebelik grubundadır. Dünya çapında, tüm gebeliklerin %5-10'u preeklampsi ile komplike olmaktadır. Sıtma, tüberküloz ve kronik demir eksikliği anemisi en sık görülen diğer gebelik komplikasyonları arasındadır (DSÖ, 2018)

Majella ve arkadaşları, Güney Hindistan'da birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 569 gebenin %18,3'ünün yüksek riskli gebe olduğunu belirlemişlerdir (Majella ve ark., 2019).

Ülkemizde ise riskli gebelik sayısı gittikçe azalmıştır ancak hala her üç gebe kadından biri riskli gebedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) bulgularına göre riskli gebelik oranı 25 senede %44,3 oranından %35,2 oranına gerilemiştir (HÜNEE, 1994; HÜNEE, 2019). 2014 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları sonucuna göre %31,1 olan riskli gebelik oranı 2018 yılında geri artış göstermiştir (HÜNEE, 2014; HÜNEE, 2019).

2.3. GEBELİKTE RİSK FAKTÖRLERİ

Yüksek riskli gebeliklerde birçok risk faktörü bulunmaktadır. Yüksek riskli gebelik için potansiyel risk oluşturabilecek durumlar Ulusal Sağlık Enstitüleri tarafından sınıflandırılmış ve geliştirilmiştir (Tablo 2.1) (Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, 2018; Turan, 2020).

Gebeliğin sonuçlarını belirgin düzeyde etkileyen faktörler Tablo 2.1'de gösterilen kategorilere ayrılabilir.

Tablo 2.1. Riskli gebelik için potansiyel risk faktörlerinin sınıflandırılması

GEBELİKTE RİSK FAKTÖRLERİ		
Mevcut Sağlık Koşulları		➤ Kronik hastalıklar ➤ Obezite ➤ Enfeksiyonlar
Yaş		➤ Adölesan (19 yaş altı) gebelik ➤ İleri yaş (35 yaş üstü) gebelik
Yaşam Tarzı		➤ Alkol kullanımı ➤ Tütün kullanımı ➤ Madde bağımlılığı / kontrolsüz ilaç kullanımı ➤ Sosyoekonomik durumun düşük olması
Gebelik Komplikasyonları		➤ Erken gebelik komplikasyonları (abortuslar, ektopik gebelik, hiperemesis gravidarum (HEG), gestasyonel trofoblastik hastalıklar ve çoğul gebelik) ➤ Geç gebelik komplikasyonları (gestasyonel diyabet, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü, preterm eylem, plasenta previa, dekolman plasenta, plasentanın invazyon anomalileri, gebeliğe bağlı hipertansiyon, preeklampsi, eklampsi)

- (Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, 2018; Turan, Z., 2020).

2.3.1. Mevcut Sağlık Koşulları

Yandaş hastalıkları olan kadınların gebelik sırasında daha kötü maternal sonuçlara sahip oldukları gösterilmiştir (Nair ve ark., 2014). Yapılan bir çalışmaya göre önceden var olan tıbbi sorunların varlığı, anne ölüm oranlarında neredeyse 6 kat artışla ilişkili bulunmuştur (McCall ve ark., 2017).

2.3.1.1. Kronik hastalıklar (Hipertansiyon, kardiyolojik problemler, tiroid hastalıkları)

Gebelik ve Hipertansiyon Hastalığı

Kronik hipertansiyon, hamile kalmadan önce veya hamileliğin 20. haftasından önce yüksek tansiyona sahip olmak anlamına gelmektedir. Kronik hipertansiyonu olan

kadınlar, hamileliğin ikinci veya üçüncü trimesterinde de preeklampsiye yakalanabilir (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013).

Kardiyolojik Problemler

Koroner arter hastalığı, kalp krizi, kardiyomiyopati ve doğuştan kalp kusurları gibi kalp rahatsızlığı olan birçok kadının gebelikleri sağlıklı ve sorunsuz geçebilmektedir ancak gebelik, bazı kalp rahatsızlıkları olan kişilerin kalpleri üzerinde baskı oluşturarak hastalığın prognozunu olumsuz etkileyebilmektedir. Kalp rahatsızlığına sahip olmak, hamilelik sırasında ve sonrasında ciddi komplikasyon ve ölüm riskini arttırabilen gebelikte önemli risk faktörü oluşturan sağlık problemlerindendir. Kalp rahatsızlığı olan kadınlar, gebelik öncesi sağlık uzmanları ile birlikte gebeliğini planlamalıdır (Centers for Disease Control and Prevention, 2023).

Gebelik ve Tiroid Hastalıkları

Gebelikte, tiroid hormon ve fonksiyonlarında değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Gebelikte ortaya çıkan tiroid hormon düzeylerindeki patofizyolojik değişiklikler var olan kronik tiroid hastalığına eklenince fetal gelişim ve maternal sonuçlar üzerinde etkili olabilmektedir. Gebelik süresince fetal nörolojik gelişim için önemli olan maternal T4 fetüse geçer. Hipotiroidizm, intrauterin gelişme geriliği (IUGR), preeklampsi, ablasyo plasenta ve fetal ölüme sebep olabilmektedir. Hipertiroidizm ise anne de kalp yetmezliği ve preeklampsi ihtimallerini arttırmaktadır (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016; Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, 2016).

2.3.1.2. Obezite

Hamilelik sırasında ve doğum sonrasında sağlıklı ve dengeli beslenmek, kadın sağlığını etkileyen önemli faktörlerden biridir. İyi beslenmenin yokluğu annenin sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir ve maternal komplikasyonlara yol açabilmektedir (Martin, Sotres-Alvarez ve Siega-Riz, 2015). Yüksek beden kitle indeksi ayrıca, maternal mortalite için bir risk faktörü olarak tanımlanan diabetes mellitus da dahil olmak üzere gebelikte ilişkili olmayan kronik sağlık koşulları riskini de arttırmaktadır (Nelson ve ark., 2018; Grobman ve ark., 2014).

Maternal obezitenin, tromboembolik hastalık, gestasyonel diabetes mellitus (GDM) ve gebeliğin hipertansif bozuklukları dahil olmak üzere gebelik komplikasyonları riskini arttırdığı sürekli olarak bildirilmiştir (Metsala ve ark., 2016; Schummers, 2015).

Obezitenin, yaşlı kadınlarda da maternal komplikasyonlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Montan, 2007).

2.3.1.3. Enfeksiyonlar (İnfluenza, üriner sistem enfeksiyonları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), teratojenik enfeksiyonlar)

Gebelikte Influenza

Gebelik ve lohusalık sürecinde kadınlar, mevsime bağlı ve pandemik influenza'nın getirdiği önemli yan etkiler açısından yüksek risk altındadır. Gebeliğin kendisi riskli bir durum iken influenza'nın eklenmesi özellikle hamile kadınlarda ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Gebenin altta yatan bir kronik veya akut hastalığı varsa, influenza'nın olumsuz etkileri daha da büyük olabilmektedir. Aşılama durumuna bakılmaksızın, şüpheli veya teyit edilmiş influenza vakası olan tüm gebe kadınlar için antiviral tedavi gerekli olmaktadır. Semptomların başlangıcından itibaren 48 saat içinde tedavi idealdir, ancak ideal süre kaçırılmış olsa bile tedavi yapılmalıdır. Gebe ve doğum sonrası hastalar için morbidite ve mortalite riski yüksek olduğundan, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, enfeksiyöz kişilerle yakın teması olan gebe kadınlar ve doğumdan sonraki 2 hafta içinde olan kadınlar, gebelik kaybı yaşayan kadınlar da dahil olmak üzere antiviral tedavi düşünülebileceğini önermektedir (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018; Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, 2018).

Üriner Sistem Enfeksiyonları

Gebelik sırasında yaygın görülen enfeksiyonlardan biri de bakteriyel enfeksiyon olan idrar yolu enfeksiyonudur (İYE). İYE, idrar yaparken ağrı veya yanma, ateş, yorgunluk veya titreme, sık sık miksiyon dürtüsü, alt abdomende basınç, kötü kokan veya kırmızımsı görünen idrar, mide bulantısı veya sırt ağrısı gibi belirtiler ile kendini gösterebilmektedir (Centers for Disease Control and Prevention, 2023).

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Bazı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) gebelik veya doğum sırasında ortaya çıkabilmekte ve gebe kadında, gebelik süresince ve doğumdan sonra bebek için komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bazı CYBE'lar, bebek doğum kanalından geçerken doğum sırasında anneden bebeğe geçebilmektedir. (ACOG, 2020).

2.3.1.4. Gebelikte İleri Yaş

İleri yaş (35 yaş üstü) gebeler, gebeliğe bağlı hipertansiyon, gestasyonel diyabet, abortus, ektopik gebelik, sezaryen doğum, intrapartum kanama gibi doğum komplikasyonları, uzamış doğum eylemi (20 saatten uzun süren), ilerlemeyen travay, bebekte Down Sendromu gibi genetik hastalıklar bakımından daha fazla risk altındadır (Turan, 2022).

Amerika'da yapılan bir çalışmaya göre dikkat çekici bir şekilde, belirsiz nedenlere bağlı anne ölüm oranı, 40 yaş ve üzerindeki kadınlarda, genç kadınlara kıyasla 20 kat daha yüksektir (MacDorman, Declercq ve Thoma, 2017; MacDorman, Declercq ve Thoma, 2019).

Yapılan bir çalışmaya göre gebelik sırasında sigara içmek, yetersiz antenatal bakım, tıbbi komorbiditeler ve önceki gebelik problemleri, 35 yaş üzeri gebe kadınlarda artmış ölüm oranları ile anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur (McCall ve ark., 2017).

2.3.1.5. Adölasan Gebelik

Adölasan gebeler, preeklampsi, anemi, erken doğum tehditi (EDT) ve erken doğum tehditine bağlı prematüre riski yüksek olan yaş grubundadırlar. Aynı zamanda genellikle yaşlarına bağlı bilgi eksikliğinden dolayı CYBE riski yüksektir. Bununla birlikte gebeliklerini saklama eğilimlerinden dolayı gebeliğe yönelik bakım hizmeti talebi düşüktür (American Academy of Pediatrics, 2015). Genç evliliklerin fazla olduğu Pakistan'da yapılan bir çalışma, erken yaşta evliliklerin genç kızlar üzerindeki olumsuz fiziksel sonuçlarını göstermektedir. Çocuk yaşta evliliklerin anne ölümlerinin başlıca nedenlerinden biri olduğu kanıtlanmıştır (Omer ve ark., 2021).

2.3.2. Yaşam Tarzı

Alkol kullanımı

Gebelik sırasında alkol kullanmak, bebeğin fetal alkol sendromu, ani bebek ölümü sendromu, abortus veya ölü doğum yapma olasılığı riskini arttırabilmektedir (Turan, 2022).

Tütün kullanımı

Gebelik sırasında sigara içmek plasenta previa, plasenta abrupsiyonu ve zarların erken yırtılması gibi komplikasyon riskini arttırmaktadır (Centers for Disease Control and Prevention, 2013).

35 yaş ve üstü kadınlar arasında anne ölümleri ile sigara içme arasında bir ilişki olduğunu gösteren bir çalışmaya göre sigaranın gebelik riski üzerindeki etkisinin özellikle 35 yaş üzeri gebe kadınlarda daha fazla görüldüğü bulunmuştur. Bu, genç kadınlardan daha uzun süre sigara içmeye maruz kalmaktan kaynaklanmakta olabilir (McCall ve ark., 2017).

Sosyoekonomik durumun düşük olması

Hijyen eksikliği, malnütrisyon, antenatal bakım almada eksiklik yaratacak gelir düzeyi düşüklüğü, bilgi eksikliğine sebep olabilecek eğitim seviyesinin düşük olması gibi standartın altındaki yaşam stili olumsuz maternal ve fetal sonuçlar yaratabilmektedir (Gilbert ve Harmon, 2011).

Gebelikte Madde Kullanımı

Madde bağımlılığı ve kontrolsüz ilaç kullanımı, ölü doğum riskini iki katına çıkardığı, fetüste beyin gelişimin olumsuz etkilendiği, uzun vadeli başka sorunlara neden olabileceği bildirilmiştir (Turan, 2022).

Gebelik sırasında yasadışı uyuşturucuların kötüye kullanılması, düşük doğum ağırlığı ve prematüre gibi yenidoğan sonuçları ile de ilişkilendirilmiştir (Wendell, 2013).

2.3.3. Gebelik Komplikasyonları

2.3.3.1. Erken gebelik komplikasyonları

Çoğul Gebelik

Menstrasyon döngüsü sırasında birden fazla yumurta salınması ve her yumurtanın bir sperm tarafından döllenmesiyle, birden fazla embriyo implante olabilmekte ve uterusu büyüyelebilmektedir. Bu tür gebelikler, çift yumurta ikizleriyle (veya daha fazla) sonuçlanırken, tek bir döllenmiş yumurta bölündüğünde, birden çok özdeş embriyo ile sonuçlanabilmektedir. Bu gebelik türü de tek yumurta ikizleriyle (veya daha fazla) sonuçlanabilmektedir. Çift yumurta ikizleri tek yumurta ikizlerinden daha yaygındır. Çoğul gebeliğin en yaygın komplikasyonu erken doğumdur. Tüm ikizlerin yarısından fazlası erken doğmaktadır (ACOG, 2021).

Ektopik Gebelik

Ektopik gebelik, blastosistin, uterusun endometrium tabakası dışında genellikle fallop tüpleri, over, serviks ya da abdomene implante olması sonucu gelişmektedir. Ektopik gebelik için ileri yaş, adölesan yaş, geçirilmiş tubal enfeksiyon öyküsü, geçirilmiş tubal ya da pelvik operasyon, rahim içi araç (RİA) kullanımda kontraseptif hata ve infertilite hikayesi olan kadınlar daha fazla risk altındadır. Ektopik gebeliğin teşhisinde serum progesteron ve beta-human koryonik gonadotropin düzeyi, vajinal ve abdominal ultrason, kuldosentez ve laparoskopi kullanılmaktadır (Gilbert ve Harmon, 2011).

Abortuslar

Abortuslar, düşük olarak da bilinen 20. gestasyonel haftasından önce doğal sebeplerden dolayı oluşan gebelik kaybını tanımlamak için kullanılan terimdir. Belirtiler arasında vajinal lekelenme veya kanama, kramp, vajinadan sıvı veya doku geçişi sayılabilir. Ancak vajinadan kanama olması, her zaman düşük olacağı anlamına gelmemektedir. Hamileliğin herhangi bir döneminde bu belirtiyi yaşayan kadınlar, sağlık hizmeti sağlayıcısına başvurmalıdır (ACOG, 2015).

Hiperemesis Gravidarum

Birçok gebe kadın, özellikle hamileliğin ilk trimesterinde mide bulantısı, kusma veya "sabah bulantısı" yaşamaktadır. Bununla birlikte, hiperemesis gravidarum, "sabah bulantısı"ndan daha fazla olan gebelik sırasında sürekli mide bulantısı ve kusmayı ifade etmektedir. Hiperemesis Gravidarum, kilo kaybına ve dehidrasyona yol açabildiği için yoğun tedavi gerektirebilmektedir. Gebe kadın, şiddetli mide bulantısı yaşıyor ise örneğin, 8 saatten fazla içemiyor veya 24 saatten fazla yemek yiyemiyorsa, acil tıbbi yardım alması gerekmektedir (Centers for Disease Control and Prevention, 2023).

Gestasyonel Trofoblastik Hastalıklar

Gestasyonel trofoblastik hastalık, normalde plasentaya dönüşecek olan hücrelerin anormal hücreleşmesinin adıdır. Gebe kaldıktan sonra, bir kadının vücudu yeni döllenmiş yumurtayı veya embriyoyu trofoblast adı verilen bir hücre tabakasıyla çevreleyerek hamileliğe hazırlar. Trofoblast, embriyonun kendisini uterus duvarına implante etmesine yardımcı olur. Bu hücreler aynı zamanda, plasentayı oluşturan dokunun büyük bir bölümünü oluşturur. Gestasyonel trofoblastik hastalıkta, trofoblast hücrelerinde tümörlerin gelişmesine sebep olan anormal değişiklikler vardır. Çoğu Gestasyonel Trofoblastik Hastalık tümörü iyi huyludur, ancak bazılarının kötü huylu kansere dönüşme potansiyeli vardır. Genellikle iki kategoriden birinde sınıflandırılır: Hidatidiform ve gestasyonel trofoblastik neoplazi. Molar gebelik, persistan trofoblastik hastalık, koriokarsinom ve çok nadir görülen plasental site trofoblastik tümörü gibi çeşitleri de mevcuttur (Cancer Research UK, 2019).

2.3.3.2. Geç gebelik komplikasyonları

Erken Membran Rüptürü

Erken membran rüptürü (EMR), doğum eylemi başlamadan önce membranların yırtılması olarak tanımlanmaktadır. Membran rüptürü doğumdan önce ve 37. gebelik haftasından önce meydana geldiğinde, erken membran rüptürü olarak adlandırılmaktadır. Çeşitli etiyolojilere rağmen, genellikle EMR ile başvuran bir gebede tanımlanan spesifik bir neden olmamakla birlikte uterus kontraksiyonlarının neden olduğu kuvvetlerle birlikte zarların fizyolojik olarak zayıflaması, intramniyotik

enfeksiyonlar, EMR öyküsü, kısa servikal uzunluk, ikinci veya üçüncü trimester vajinal kanama, uterusun aşırı gerilmesi, bağ dokusu bozuklukları, düşük vücut kitle indeksi, düşük sosyoekonomik durum, sigara kullanımı, ve yasadışı uyuşturucu kullanımı ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Gilbert ve Harmon, 2011).

Plasental Anomaliler

Genellikle geç trimester kanamaları ile seyreden en yaygın plasental anomaliler ablasyo plasenta ve plasenta previa'dır. Ablasyo plasenta, 20. gebelik haftasından sonra uterusun desiduasından erken ayrılmasıyken, plasenta previa, plasentanın uterusun fundus bölümü yerine alt segmentine, internal os'un yakınına ya da üzerine yerleştiğinde ortaya çıkan durumdur. Plasental anomalilerin etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte ileri yaş gebelik, preeklamps, trombofili ve polihidramniyoz, endometrial skar dokusunda ve vaskülarizasyonda bozulma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Gilbert ve Harmon, 2011).

Gestasyonel Diyabet

Diyabet, vücudun karbonhidrat başta olmak üzere yiyecekleri enerjiye dönüştürme mekanizmasını etkileyen tip 1, tip 2 ve gebelik diyabeti şeklinde çeşitleri olan bir hastalıktır. Gebelik sırasında meydana gelen karbonhidrat intoleransına ise gestasyonel diyabet denmektedir. 35 yaş üzeri ve beden kitle indeksi 30 üzeri olan kadınlarda gestasyonel diabetes mellitus (GDM) görülme riski daha fazladır. Gebelik sırasındaki yüksek kan şekeri, preeklams, sezeryan ile doğum, doğum kusurları, ölü doğum ve erken doğum, hiperbilluribinemi, makrozomi ve neonatal hipoglisemi riskini artırmaktadır. Gebeliğin son bulması ile kan şekeri normal seviyeye dönse dahi kadınların %70'inden fazlasında yaklaşık 22-38 sene sonraki ileriki yaşam dönemlerinde özellikle tip 2 DM tanısı alma olasılıkları artmaktadır. GDM tanılmasında, genellikle gebeliğin 24-28. haftalarında iki basamaklı 50-g Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) tarama protokolü ve ek olarak HbA1c ölçümü kullanılmaktadır (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018; Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, 2018).

Gebeliğe Bağlı Hipertansiyon

Proteinürü ve diğer kardiyolojik veya renal problem olmaksızın gebelik sırasında yükselen kan basıncı olduğunda ortaya çıkan durumdur. Tipik olarak gebeliğin 20. haftasından sonra veya doğuma yakın bir zamanda teşhis edilmektedir. Gestasyonel hipertansiyon genellikle doğum eylemi gerçekleştikten sonra kaybolmaktadır. Bununla birlikte, gebelik hipertansiyonu olan bazı kadınların gelecekte kronik hipertansiyon hastası olma riski daha yüksektir (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2022).

Preeklampsi/Eklampsi

Preeklampsi, daha önce normal kan basıncına sahip olan bir kadının 20 haftalık gebeliğin ardından aniden yüksek tansiyon ve idrarında protein görülmesi durumunda ortaya çıkmaktadır. Kronik hipertansiyonu olan kadınlar da preeklampsi tanısı alabilmektedir. Preeklampsili bazı kadınlar preeklampsi belirtilerine ek olarak konvulsif nöbet geçirdiğinde buna tıbbi bir acil durum olan eklampsi denilmektedir (Centers for Disease Control and Prevention, 2023).

Erken Doğum Tehdidi

Gebeliğin 20. gestasyonel haftasından sonra 37. gestasyonel gebelik haftasına kadar doğumun gerçekleşme riskine erken doğum tehdidi denir. Bildirilen tüm vakaların yaklaşık yarısının nedeni bilinmemekle birlikte birlikte, EDT'ye sebep olabilecek sağlık koşulları arasında kromozomal anormallikler, plasenta sorunları, zayıf fetal büyüme, annenin kronik sağlık sorunları ve enfeksiyon yer almaktadır (ACOG, 2015).

Preterm Eylem

Erken doğum, gebeliğin 37. haftasından önce başlayan doğum eylemidir. 37 haftadan önce doğan herhangi bir bebek, çoğu durumda renal ve nörolojik sistem organlarının doğumdan önceki son haftalarda (39 ile 40 hafta) gelişimini tamamlaması nedeniyle sağlık sorunları açısından yüksek risk altındadır. Enfeksiyonlar, kısalmış serviks gelişimi veya önceden geçirilmiş erken doğum öyküsü dahil olmak üzere belirli durumlar erken doğum riskini artırmaktadır (Office on Women's Health, 2010).

2.4. GEBELİKTE VAR OLAN RİSKİN GETİRDİĞİ EMOSYONEL DURUMLAR

Gebelik sırasında, kadınların zayıf ruh sağlığı gebelik sonuçlarını, anne-bebek bağlarını, anne işleyişini ve bebek sağlığını ve gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Yonkers ve ark., 2009).

Tanı konulmuş, gebelikte ek risk oluşturan ve obstetrik komplikasyonları olan riskli ve yüksek riskli gebelikler olarak tanımlanan kadınlarda, gebelik sürecinde ciddi psikolojik problemler özellikle depresyon görülme sıklığı daha fazladır (Zhao ve ark., 2017).

Yenidoğanda tanılanan anomali riski, gebelik boyunca maternal psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Gebelik sırasında başlangıçta yüksek seyreden ruhsal sorunlar, gebeliğin sonunda normal seviyeye inse de kalıcı depresyon semptomları bırakabilmektedir (Kaasen ve ark., 2017).

Bebeklerini beklenmedik bir şekilde kaybetme korkusu, özellikle primipar gebelerde, gebeliğin duyulduktan sonra annelik rolünün yok olacağı endişesi, anomalili bir bebek sahibi olma ve onun bakımıyla ilgili kaygılar, dini inanç, annenin karar verme sürecinde yaşayacağı psikolojik travmanın etkisini belirleyebilmektedir (Doğan Merih ve ark., 2018).

Gebelikte ruhsal sorunların ortaya çıkması ve tedavi edilmemesi olumsuz anne, çocuk ve aile refahı ile ilişkili olup (Kinser ve ark., 2018), olumsuz neonatal ve obstetrik sonuçlara (Bartel ve ark., 2017) annede olumsuz sosyal ve kişisel uyumlara (Biaggi ve ark., 2016; Mikšić' ve ark., 2018) ve doğum sonrası depresyon (Ogbo ve ark., 2018) görülme riskinin artmasına sebep olur. Özellikle gebelik sırasındaki depresyonun, doğum sonrası depresyon için en güçlü risk faktörlerinden biri olduğu bulunmuştur (Field, 2011). Aynı zamanda kanıt düzeyi yüksek çalışmalar, doğum öncesi dönemde yaşanan anne psikososyal stresinin maternal enfeksiyonları artırdığını, hormonal değişikliklere neden olduğunu ve fetal nörogelişimsel bozuklukların etiyopatogenezinde rol oynadığını (Wang ve ark., 2020), erken doğum ve düşük doğum ağırlığı (Staneva ve ark., 2015) dahil olmak üzere kötü doğum sonuçları ve insülin direnci ve kardiyovasküler hastalık gibi uzun vadeli sonuçlar göstermiştir (DeSocio, 2018).

2.5. RİSKLİ GEBELERDE BELİRSİZLİK

Hastalar için ruh sağlıklarını ciddi şekilde tehlikeye atan faktörlerden biri de hastalık belirsizliğidir (Chen ve ark., 2020).

Mishel (1988), belirsizliği hastalıkla ilgili olayların anlamını belirleyememe olarak tanımlamakta ve belirsizliğin, kişinin durumu yeterince değerlendiremediği veya sonuçları doğru bir şekilde tahmin edemediği bir durumda ortaya çıkabileceğini öne sürmektedir. Bir durumun öngörülemezliğine ek olarak, belirsizlik, karmaşıklık ve bilgi eksikliğinden kaynaklanabilir (Mishel, 1988).

Hastaların hastalık belirsizliği doğrudan depresyon oluşumunu teşvik etmekle kalmayarak umut (Cui ve ark., 2021), başa çıkma (Wu ve ark., 2020) gibi olumlu psikolojik kaynakları da negatif etkileyerek dolaylı olarak da depresyonu tetiklemektedir (Liu ve ark., 2018). Önceki çalışmalar, bir hastanın hastalık belirsizliği ne kadar yüksekse, algılanan stres düzeyinin de o kadar yüksek olduğunu (Moreland ve Santacroce, 2018) göstermiştir ve azalan yaşam kalitesi (Zhang, 2017) ile ilişkilendirilmiştir.

Gebelik sırasındaki belirsizlik, evrensel olarak yaşanan ve gebelikle ilgili olayların anlamını belirleyememeyi içermektedir. Belirsizlik, risk ne olursa olsun hamilelik sırasında da yaygın bir deneyimdir (Borrelli ve ark., 2018) çünkü sonuç doğum sonrasına kadar kesin olarak bilinmemektedir. Gebelik sırasındaki endişeler, doğum ve doğumu çevreleyen belirsizlikle birleştiğinde, gebe kadın doğum olaylarını yorumlamaya ve bunlara uyum sağlamaya çalışırken stres ve endişe yaşamaktadır (Hui Choi ve ark., 2012).

Kadınlar, hamilelik sırasında hastalıkla karşılaştıklarında fiziksel semptomların nedenini doğru bir şekilde belirlemekte zorlanabilmektedirler. Hastalıkla ilgili semptomların yanı sıra gebelikle ilgili semptomların olması belirsizliğe yol açmaktadır (Smeltzer, 1994). Kadınlar hangi semptomların harekete geçmesi gerektiğinden emin olamamaktadırlar (Weiss ve ark., 2002). Öngörülemeyen kasılmalar, ne zaman ciddiye alınacağına dair bir kontrol eksikliği ve belirsizliği sürdürmektedir (Höglund ve Dykes, 2013).

Semptomların öngörülemezliği ve semptomların süresi, hastanede yatan yüksek riskli gebelerde en fazla belirsizliği ortaya çıkaran maddeler arasında sayılabilir (Clauson, 1996).

Hem hastalık tehdidi hem de hamilelik sevinci ile karşı karşıya kalan kadınlar, kaygı ve psikolojik sıkıntının eşlik ettiği yoğun belirsizlik ve kontrol kaybı duyguları yaşayabilir (Giurgescu ve ark., 2015; Höglund ve Dykes, 2013).

Hamilelik sırasında belirsizlik genellikle sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından tanılanamamakta veya yanlış yorumlanmaktadır (Schmuke, 2019).

2.6. RİSKLİ GEBELERDE HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYONU

Yüksek riskli gebelikler yaşam tarzı değişiklikleri, tıbbi destek, teknik destek ve hatta hastaneye yatış gerektirebilir. Gebenin sağlık durumunun ciddiyetine göre, yüksek riskli gebeliklerde bebeğin doğumundan haftalar veya aylar önce başlayarak hastanede yatışı gerekli olabilir. Uzun süreli hastanede yatış gebede kas atrofisi, kardiyovasküler sorunlar ve kemik kaybı gibi fiziksel değişikliklere neden olur (Rubarth ve ark., 2012).

Yüksek riskli gebelerin hastaneye yatışlarının yarattığı stres, fiziksel aktivite kısıtlamaları nedeniyle uyku bozuklukları, huzursuzluk ve egzersiz yapamama, duygusal olarak ise anksiyete ve depresyon yaşamalarına neden olmakta, bu da gebeliğin devamını olumsuz etkilemektedir (Kingston ve ark., 2015; Lee ve Choi, 2010).

Bunlara ek olarak antepartum dönemde hastaneye yatırılan gebeler şok, depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları, can sıkıntısı, fetüs ve kendi sağlığı için korku, suçluluk, kapana kısılmış hissetme, kontrol kaybı, halsizlik, yalnızlık, öfke ve kaygı gibi psikolojik sorunlar yaşayabilmektedirler (Majella ve ark., 2019).

Hastanede yatan gebe, çoğu zaman bilinmezlik korkusuyla haftalarca veya aylarca kaygı yaşayabilir. Literatürde gebelerin erken doğum riski, gestasyonel diyabet ve hipertansiyon gibi yüksek riskli durumlarda normal gebelik dönemine göre daha fazla kaygı yaşadıkları belirtilmektedir. (Majella ve ark., 2019). Hastanede yatan gebelerde özellikle tedirginlik, güçsüzlük, stres ve fetüsün hayatı için korkunun yanı sıra aile sürecinde uzak kalmaya bağlı gelişen bozukluk, yalnızlık, refakatçiye ve sağlık

profesyonellerine bağımlı olmak, iş hayatına devam edememe gibi sebeplerden rol performansında bozulma gibi problemler daha fazla görülmekte ve bu sorunlar lohusalık dönemine kadar devam edebilmektedir (Maloni, 2010; Maloni ve ark., 2002).

Bunlara ek olarak ayrıca gebelikte görülebilen baş ağrısı, konstipasyon, hemoroid, gastrointestinal bozukluklar, ödem, sırt ve alt karın ağrıları hastaneye yatışla şiddetlenebilir (Majella ve ark., 2019).

Ayrıca yüksek riskli gebelikler de gebelikte sık görülen uyku sorunlarının daha belirgin bir şekilde ortaya çıkmasına neden olabilir. Hastaneye yatırılan yüksek riskli gebelerin yaşadığı en büyük sorunlardan biri uyku kalitesinin düşük olmasıdır. Yetersiz uyku ve kısa uyku süresi erken doğum ve sezaryen doğum riskini artırır. Yüksek riskli gebe hastaneye kaldırıldığında fetüs veya kendi sağlığı için endişe ve stres yaşadığı için uykusu daha da sorunlu hale gelir. Rahatsız yatak, gece aşırı ışık ve ses maruziyeti, yabancı hastane ortamı nedeniyle gebenin uykusu sıklıkla bölünür (Rubarth ve ark., 2012).

Yüksek riskli bir gebenin olumsuz duygusal durumu, sonunda fetüsle olan ilişkisinin olumsuz algılanmasına yol açar ve bu da fetüsle bağ oluşumunu etkiler (Kwon ve Bang, 2011). Bu nedenle hastanede yatan yüksek riskli gebelerin yaşadığı çeşitli sorunları çözmek için daha doğru bilgilere sahip olunmasına, fiziksel ve duygusal sorunları azaltabilecek bireysel ve etkili müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak güncel klinik pratikte, gebeliğin sürdürülmesine yönelik tedavilere odaklanılmakta, yatak istirahati ve ilaç uygulaması gibi medikal tedavilerle sınırlandırılmakta ve yüksek riskli gebelere çeşitli müdahaleler sağlanmamaktadır (Hwang, 2013).

2.7. RİSKLİ GEBELERDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Diğer sağlık çalışanları ve hemşirelerin primer amacı gebelikteki riskli durumları denetim altında tutmaktır. Bu noktada hemşireler, önemli bir görev olan riskin erken aşamada tanımlanarak maternal ve fetal sağlığı sürdürmeyi üstlenmektedir. Hemşireler bu doğrultuda prenatal bakım hizmeti sunarken riskin önemini, niteliğini ve niceliğini tanımlayarak uygun girişimleri tasarlayarak uygulamalıdır (Taşkın, 2020).

Yüksek riskli gebelerin bakımı multidisipliner bir yaklaşım gerektirse de bakımda hemşirelerin sorumluluğu oldukça fazladır. Bu nedenle hemşireler, yüksek riskli

gebenin sağlık ekibiyle karşılaştığı andan itibaren sorunların tanımlanmasında ve gerekli çözümlerinin sunulmasında öncü rol oynamaktadır (Errico ve ark., 2018).

Hemşire riskli gebeye ve ailesine vereceği bakımda bağımsız ve multidisipliner çalışma gerektiren rollerini kullanmalıdır. Bağımsız rolü, ailenin ve gebenin riskli duruma yönelik verdikleri tepkiyi ve stresle baş etme yöntemlerini tanılamak ve danışmanlık sağlamaktır. Hemşire, gebenin izlemi ve riskin anneye ve fetüseye getireceği komplikasyonları en aza indirmeye yönelik doktor, diyetisyen, fizyoterapist gibi sağlık profesyonelleri ile iş birliği içinde çalışmalıdır (Gilbert ve Harmon, 2011). Hemşireler, sağlık ekibi içinde hastanın kolayca ulaşabileceği profesyoneller olmaları nedeniyle hasta ile sağlık ekibi arasında etkin iletişimin sağlanması ve optimal bakımın sağlanması önemli bir role sahiptir. Ayrıca hemşireler yüksek riskli gebeliğin fizyolojik bakım gereksinimlerini bilmeli ve optimal bakımı vermeyi amaçlamalı, gebeye ve ailesine psikososyal destek sağlama konusunda duyarlı olmalıdır. Yüksek riskli gebeliklerin optimal bakım ve tedavisinde kullanılabilecek teknolojik uygulamaları takip etmeli, hasta ve ailesini yüksek riskli durumlar hakkında bilgilendirmelidirler. Hemşireler, yüksek riskli gebelerin optimal bakımında ilaçların uygun dozlarının uygulanmasında sorumluluk almalı, endikasyonları ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmalıdır (Alves ve ark., 2019).

Hemşire, gebenin riskli durum tanısı ile teorik bağlantı kurduktan sonra gebenin ve ailesinin riske verdikleri tepkiyi değerlendirebilmek adına veri toplar, verilerin analizini yapar ve hemşirelik tanıları ve multidisipliner çalışma gerektiren alanları belirlemelidir (Gilbert ve Harmon, 2011). Bakımda bireyselliğe dikkat edilmelidir, çünkü hamile kadının gebelikle ilgili riskleri tanımlama şekli, onun obstetrik bakıma başvurma yeteneğini ve planlanan bakım planını sürdürme/uyuma isteğini etkileyebilir. Gebenin algıladığı riskli durumlar belirlenmeli ve gebe farkında olmadığı riskler konusunda bilgilendirilmelidir (Lennon, 2016). Yüksek riskli gebeliklerde optimal bakım, gebe, fetüs ve aile için gebelik ve doğum sonrası süreçte optimal sonuçların alınmasına ve geliştirilmesine odaklanır. Optimallik yaklaşımı, rutin obstetrik müdahalelerden farklı olarak karmaşık gebelik sürecinde bireysel bakım hizmeti vermeyi amaçlar. Bu bakım sürecinde optimalliği sağlamanın temel koşullarından biri kanıta dayalı yaklaşımlardan faydalanmaktır. Kanıta dayalı birey merkezli bakım,

yüksek riskli gebe ve fetüslere verilen perinatal bakımın kalitesini artırarak ve verilen bakımı standardize ederek güvenli ve etkili uygulamalar sağlar (Majella ve ark., 2019).

Modeller/teoriler karmaşık bir süreç olan yüksek riskli gebeliğin bakımı ve yönetiminde kullanılabilir. Birçok hastalığın bakım ve yönetiminde kullanılan modeller/teoriler, yüksek riskli gebeliklerde gebelerin özbakımlarını güçlendirmede, anne duyarlılığını artırmada, rahatlık sağlamada, cinsel sorunları gidermede, anne memnuniyetini artırmada, annenin anneye uyum sağlamasında faydalı olabilir. Orem'in Öz Bakım Eksikliği Teorisi, Roy Adaptasyon Modeli, Rogers/Unitary İnsan Teorisi, Konfor Teorisi, Fonksiyonel Sağlık Modelleri Modeli, PLISSIT Modeli ve Pender'ın Sağlığı Geliştirme Teorisi, yüksek riskli gebenin bakımı ve yönetiminde kullanılabilecek modeller/teoriler arasındadır (Okuyan, Tuna ve Can, 2018).

Gebe kadının sağlığı ile ilgili endişeler, gebelik ile ilgili karmaşık duygularını açığa çıkarabilir ve kaygı düzeyini arttırabilir. Sağlık profesyonelleri tarafından verilen uygun bakım, gebelik ve hastanede kalış deneyimini olumlu yönde etkiler. Diğer sağlık çalışanlarına göre hastanede yüksek riskli gebelerle en fazla etkileşim içinde olan hemşirelerin özellikle psikososyal destek sağlamaya yönelik müdahaleleri, bakımda kilit rol oynayacaktır. Gebeliğin 28. veya 32. haftası gibi günlerde hastanede kutlamalar yapılabilir. Hamile kadın ve ailesinin birlikte vakit geçirebilmesi için özel bir yemek planlanabilir. Çeşitli/esnek ziyaret saatleri, destek ve grup terapileri, izolasyon ve depresyon duygularını azaltmak için faydalı olabilir. Gebe kadının can sıkıntısını azaltmak için kitap veya dergi okumak, müzik dinlemek ve egzersiz yapmak gibi aktiviteler planlaması teşvik edilmelidir. Hamile kadının gün içinde kendini daha iyi hissetmesi için gün boyu pijamayla ayakta durmak yerine farklı kıyafetler giymesi ve saçlarına özen göstermesi desteklenmelidir. Yabancı bir ortamda kalma hissi hamile kadının stresini artıracığından, evinden hastaneye tanıdık ve sevdiği şeyleri getirmesine izin verilmelidir. Gebenin korkularını ifade etmesi ve psikolojik destek sağlaması için multidisipliner yaklaşımla danışmanlık verilmelidir (Dagklis ve ark., 2018).

Hemşireler hastanede yatan gebeye psikolojik destek sağlamanın yanı sıra farmakolojik tedavilerde de görev almaktadır. Hastanede yatan yüksek riskli gebelere sıklıkla reçete edilen hipnotik ajanlar, fetüs üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle

gebelere önerilmemektedir. Tedavide bu ajanlar kullanılıyorsa dikkat edilmelidir. Hemşireler de tedavilerini bu bilinçle gerçekleştirmelidir (Majella ve ark., 2019).

Hemşireler, yüksek riskli gebelerin tedavisinde farmakolojik tedaviye ek olarak tamamlayıcı tedaviler ve davranışsal yaklaşımların kullanılabileceğini bilmeli ve bu uygulamaları diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği içinde bakım sürecine katılmaya yönlendirmelidir (Dagklis ve ark., 2018).

Literatürde, Schlegel ve ark. hastanede yatan yüksek riskli gebelerde akupunktur, ısı uygulaması ve masajın ağrı ve anksiyete üzerine etkisini incelemiş ve ağrı skorunun %84,5'ten %61,4'e, anksiyetenin ise %70,9 oranında azaldığını saptamışlardır (Schlegel, Whalen ve Williamsen, 2016).

Hemşireler riskli gebeliği olan kadınlara bakım verirken anne ve fetüsün psikolojik ve fizyolojik yönünü bir arada ele almalıdır. Maternal-fetal ünitenin gelişmesi ve annenin vücut fonksiyonlarına uyumu dikkate alınarak yüksek riskli gebelerin erken belirlenmesinde rol oynamalıdır. Riskli gebelere verilecek olan bakım sürecine aileleri de dahil edilmelidir (Gilbert ve Harmon, 2011).

Hemşirelerin, gebelerle telefon ile iletişime geçmesi, gebe kadınlar için destek gruplarının oluşturularak gebelikteki risk etmenleri ile başa çıkma becerilerini geliştirmek üzere bilgilendirme yapmalıdır (Şen ve Şirin, 2013).

Riskli gebelerin yattığı perinatoloji servislerinde özel olarak sertifikalı perinatoloji hemşireleri çalışmalıdır. Perinatoloji hemşireleri, hastanın sağlıklı gebelik ve doğumunun sağlanmasında kritik bir role sahiptir. Perinatoloji hemşiresinin görevleri özetle;

- Gebenin, gebelik komplikasyonları riskini değerlendirmek
- Gebelik sürecinde, doğum sırasında ve postpartum dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonları izleme ve ortaya çıkma durumunda bağımsız ve multidisipliner rollerini yerine getirmek
- Rutin gebelik testleri hakkında gebeyi bilgilendirmek ve testleri zamanında yapmak
- Gebeye, eşine ve aile üyelerine sağlıklı bir gebelik sağlamaya yardımcı olabilecek yöntem ve teknikleri öğretmek

- Gebeleri doğum seçenekleri ve doğumdan sonra bebekle nasıl bağ kurulacağı, bebeğe nasıl bakılacağı konusunda eğitim vermek
- Gebelik boyunca ve yenidoğan yaşamının ilk haftaları boyunca gebeye uygun bakımı uygulamak



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, riskli gebelik nedeniyle hastaneye yatırılan kadınların hastane anksiyete ve depresyon düzeyleri ile belirsizlik algıları arasındaki ilişkinin incelenerek literatüre katkıda bulunmasıdır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ, YERİ VE ZAMANI

Araştırmanın verileri 1 Şubat 2023 ile 15 Nisan 2023 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Binası, perinatoloji servisinde toplanmıştır. Araştırma tanımlayıcı tipte olup, araştırmada nicel araştırma yönteminden anket tekniği kullanılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

3.3.1. Evren

Çalışmanın evrenini Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (SEAH) bulunan hastanede yatan 18 yaş ve üzeri riskli gebeler oluşturmuştur. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden elde edilen bilgilere göre 1 Ocak 2022 - 31 Aralık 2022 tarihleri arasında yaklaşık 2000 riskli gebe yatışı olmuştur. Bu veri doğrultusunda evrenimizi 2000 riskli gebe kabul ederek perinatoloji servisinde yatan riskli gebeler oluşturmuştur.

3.3.2. Örneklem:

Örnekleme alınacak birey sayısı aşağıdaki formülle belirlenmiştir.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

(p=0.60, q=0.40, d=0.05, t=1.96)

N= Evrendeki birey sayısı

n=Örnekleme alınacak birey sayısı

p=İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığıdır)

q=İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t=Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyin t tablosundan

bulunan teorik değer

d=Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen pozitif (+) sapma

Örnekleme sayısı, $n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$ formülü temel alınarak hesaplandığında (N= 2000 p= 0,60 q= 0,40 t= $\alpha=0,05$ için 1,96 d= %95'lik güven aralığı için 0,05 n= 2000. $(1,96)^2 \cdot 0,60 \cdot 0,40 / (0,05)^2 \cdot (2000-1) + (1,96)^2 \cdot 0,60 \cdot 0,40$) 311 olarak bulunmuştur. %95 güven ve 0,05 hata payı ile 311 riskli gebe örnekleme alınacak minimum kadın sayısını belirtmektedir.

Araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan 325 riskli gebe oluşturmuştur. Veri toplama sürecinde Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 337 kadına ulaşılmıştır. Katılımcı gebeler tarafından doldurulup araştırmacıya teslim edilen 12 adet anket formunda cevap verilmemiş sorular olduğu için katılımcı gebelerin doldurduğu anketlerden 325 adeti araştırmamızın verilerini oluşturmaktadır.

3.3.3. Örnekleme Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri

- ✓ Gebe yaşının 18 yaş ve üzeri olması
- ✓ Türkçe okur-yazarlığının olması
- ✓ Gönüllü olarak katılması
- ✓ Gebeliğin riskli olarak tanımlanmış olması (Gebelikte hipertansif durumlar, erken doğum doğum tehdidi, plasenta previa, ablasyo plasenta, postterm gebelik, gebelik kolestazı vb.)
- ✓ En az 24 saattir klinikte tedavi ve bakım alıyor olması

Örneklemeden Dışlanma Kriterleri

- ✓ Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan,
- ✓ Psikiyatrik hastalık tanısı olan ve
- ✓ Veri toplama sırasında araştırmadan ayrılmak isteyen gebe kadınlar araştırma örneklemine alınmamıştır.

3.4. ARAŞTIRMA SORULARI

Bu çalışma riskli gebelik nedeniyle hastaneye yatırılan kadınlar için aşağıdaki soruları yanıtlamak üzere tasarlanmıştır:

1. Hastanede yatan riskli gebelerin, hastane anksiyete ve depresyon düzeyleri ile belirsizlik düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
2. Riskli gebelik tanısı konmuş gebenin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri belirsizlik düzeyini etkiler mi?
3. Riskli gebelik tanısı konmuş gebenin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri hastane anksiyete ve depresyonu düzeyini etkiler mi?

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Yapılan anket çalışması Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 325 riskli gebe ile sınırlıdır. Araştırmanın yalnızca bir kurumda yapılmış olması nedeniyle sonuçlar genellenemez.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın amacına yönelik olarak elde edilmek istenen verilerin toplanmasında anket tekniği kullanılmıştır. Araştırma kapsamında uygulanan ölçeklerin cevaplama sırasının cevaplama etkileyebileceği öngörüsü ile veri toplama formlarında bilgi formu sonrasında ölçekler iki farklı sırada (bastırılan 340 veri toplama formunun 170'inde HAD ölçeği ilk sırada, diğer 170 formda ise MHBÖ ilk sırada olacak şekilde) düzenlenerek, katılımcı gebelere karışık sıralarda verilerek doldurtulmuştur. İlgili anket formunda yer alan ölçüm araçlarına ilişkin bilgiler aşağıda açıklanmaktadır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form ilgili literatür incelemesi doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (Aydemir ve Hazar, 2014; Özçetin ve Erkan, 2019). Veri toplama formu araştırmaya katılım sağlayan gebelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, çalışma durumu, gibi çeşitli sosyodemografik özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır.

3.5.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilen, Aydemir ve arkadaşları (1997) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirliği yapılan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin amacı hastaların, hastane deneyimine ilişkin duygusal durumlarını değerlendirmektir. Ölçeğin Anksiyete ve Depresyon olmak üzere iki alt boyutu olup 14 sorudan oluşmaktadır. Türkiye'de yapılan bir çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk grubu olarak değerlendirilir. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 21'dir (Aydemir, 1997).

Ölçek dördümlü Likert tipi bir değerlendirme aracıdır ve maddelerinin puanları 0-3 arasındadır. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. HAD Türkçe formunun anksiyete alt ölçeğinin kesme noktası 10, depresyon alt ölçeğinin kesme noktası ise 7 olarak bulunmuştur. Bu puanların üzerinde puan elde edilen hastalar risk grubu olarak kabul edilmektedir. HAD-A cronbach alfa değeri 0,87, HAD-D cronbach alfa değeri 0,94 bulunmuştur (Aydemir, 1997).

Bizim çalışmamızda ise Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,82'dir. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği alt boyutlarından Anksiyete puan ortalaması Cronbach alfa değeri 0,73'tür. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği alt boyutlarından Depresyon puan ortalaması Cronbach alfa değeri 0,71'dur. Çalışmamız için kullanılan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği güvenilir bulunmuştur (Tablo 4.3).

3.5.3. Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği-Toplum Formu (MHBÖ)

Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği-Toplum Formu, belirsizliği ölçmek için Mishel (Mishel, 1981) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, Cal ve Aydın Avcı tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Cronbach alfa değeri 0.79 olarak bulunmuştur. Üç faktörlü yapıya sahip 20 maddelik ölçeğin uyum indeksleri kabul edilebilir düzeydedir. Ölçeğin Türkçe versiyonu 20 maddeden oluşur. Ölçek “Mevcut Durum Algısı”, “Anlama Algısı” ve “Belirsizlik” olmak üzere üç alt boyut ve toplam puan üzerinden değerlendirilir. Ölçekte yer alan her bir madde “Kesinlikle katılmıyorum” (1), “Katılmıyorum” (2), “Kararsızım” (3), “Katılıyorum” (4), “Kesinlikle katılıyorum” (5) olmak üzere beşli likert olarak değerlendirilir. Ölçekten alınabilecek puan 20 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama 60'dır. Ölçekten alınan puanın artması hastalık belirsizliğinin arttığı şeklinde yorumlanır (Cal ve Avcı, 2020).

Çalışmamızda kullanılan bir diğer ölçek olan Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği-Toplum Formunun Cronbach alfa değeri 0,86'dir. MHBÖ alt boyutlarından “Mevcut Durum Algısı”, Cronbach alfa değeri 0,82; “Anlama Algısı” Cronbach alfa değeri 0,67 ve “Belirsizlik” Cronbach alfa değeri 0,76'tir. Çalışmamızda kullanılan Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği-Toplum Formu güvenilir bulunmuştur (Tablo 4.3).

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verilerinin toplanması için kurum ve etik kurul izninin alınmasından sonra SEAH perinatoloji bölümünde yatan ve örnekleme dahil olma kriterlerine uyan gebelerden veriler toplanmıştır. İlk olarak serviste çalışan sağlık personellerinden günlük hasta listesi alınarak yatış süreleri hesap edilmiştir. En az 24 saati geçen riskli gebelerle iletişim kurularak araştırmanın amacı ve gizlilik ilkeleri hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılım sağlamada gönüllü gebelerden yazılı onam alınmıştır. Ankette bulunan tüm soruların gebeler tarafından araştırmacının belirlediği sıralamada cevaplandırılması istenmiştir. Takıldıkları ya da anlamadıkları sorularda basit ve anlaşılır kelimelerle cevaplar verilmiştir. Anketlerin cevaplanma süresi 7-10 dakika arasında sürmüştür.

3.7. VERİLERİN ANALİZİ

İstatistiksel analizler için SPSS 26.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin normal dağılıma uygunlukları basıklık ve çarpıklık değerlerinin kesme noktaları (sınırları) çarpıklık (Skewness) değerleri ile sınıandı.

İki grup arasındaki fark olup olmadığına Bağımsız Örneklem T Testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. “Tek Yönlü Varyans Analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “Çoklu Karşılaştırma Testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır. Ölçekler arasında ilişkinin incelenmesi için Spearman’s Korelasyon Analizinden yararlanılmıştır. Ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach’s alfa değerinden yararlanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırma için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul izni ve kamu hastanesinden çalışmanın yapılabilmesi için gereken kurum izinleri alınmıştır. (Ek 1). Ayrıca kullanılan ölçeklerin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliğini yapan kişilerden de yazılı izinler alınmıştır (Ek 2, Ek 3). Anket uygulaması sırasında araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere anket formuyla (Ek 4, Ek 5 ve Ek 6) birlikte bilgilendirilmiş gönüllü onam formu da verilmiştir (Ek 7).

4. BULGULAR

4.1. GEBELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları

ÖZELLİKLER	Sayı	%	ÖZELLİKLER	Sayı	%
Yaş (n=325)			Riskli Yaş Grubu (n=325)		
18-25	96	29,5	35 yaş üzeri	53	16,3
26-34	167	51,4	35 yaş altı	272	83,7
35 ve üzeri	62	19,1			
Yaşanan Yer (n=325)			Medeni Durum (n=325)		
İl Merkezi	131	40,3	Evli	313	96,3
İlçe	144	44,3	Bekar	12	3,7
Köy	50	15,4			
Çalışma Durumu (n=325)			Meslek (n=79)		
Hayır	246	75,7	İşçi	33	41,8
Evet	79	24,3	Memur	31	39,2
			Serbest Meslek	15	19,0
Eğitim Düzeyi (n=325)			Yaş Ort ± SS (n=325)		
Okuryazar	22	6,8		29,15 ± 5,97	
İlköğretim	99	30,5			
Lise	114	35,1			
Üniversite	84	25,8			
Lisansüstü	6	1,8			

%; Yüzde; Ort.: Ortalama; SS: Standart Sapma

Örneklem grubunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.1’de incelenmiştir. Katılımcı gebelerin, %16,3’ü (n=53) 35 yaş ve üzeri, %83,7’si (n=272) 35 yaş altı; yaş ortalaması ise $29,15 \pm 5,97$ ’dir. Gebelerin %96,3’ü (n=313) evli, %3,7’si (n=12) bekardır. Gebelerin %40,3’ü (n=131) il merkezinde, %44,3’ü (n=144) ilçede ve %15,4’ü (n=50) köyde yaşamaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin eğitim düzeylerine bakıldığında %6,8’i (n=22) okuryazar, %30,5 (n=99) ilköğretim, %34,5 (n=114) lise, %25,8 (n=84) üniversite ve %1,8’i (n=6) lisansüstü mezundur. Gebelerin %75,7’si (n=246) çalışmamakta %24,3’ü (n=79) çalışmaktadır. Çalışan gebelerin meslekleri incelendiğinde %41,8’i

(n=33) işçi, %39,2'ü (n=31) memur ve %19'u (n=15) serbest meslek grubuna mensuptur.

Tablo 4.2. Gebelerin sağlık durumları ve gebelik risklerine göre dağılımı

ÖZELLİKLER	Sayı	%	ÖZELLİKLER	Sayı	%
Gebelik Haftası (n=325)			Gebeliğin Planlı Olması (n=325)		
1. trimester	38	11,7	Planlı	202	62,2
2. trimester	53	16,3	Plansız	123	37,8
3. trimester	234	72,0			
Riskli Durum Tanısı (n=325)			Gebeliğin Oluşmasında YÜT Kullanma (n=325)		
Gebelikte Hipertansif Tanılar	72	22,2	Hayır	300	92,3
GDM	31	9,5	Evet	25	7,7
EDT	78	24,0			
HEG	29	8,9	Toplam Gebelik Sayısı (n=325)		
Amniyotik Mai Anomalileri	18	5,5	1	123	37,8
Anormal NST Bulguları	54	16,6	2	92	28,3
Diğer Sağlık Problemleri	18	5,5	3	53	16,3
Enfeksiyonlar	9	2,8	4 ve fazlası	57	17,6
Plasenta Anomalileri	16	5,0			
			Gebelik Sayısı Üçten Fazla Olanlar (n=325)		
			Hayır	268	82,5
			Evet	57	17,5
Ölen Çocuk (n=325)			Abortus (n=325)		
Yok	306	94,2	Yok	239	73,5
Var	19	5,8	Var	86	26,5
			Abortus Sayıları (n=86)		
			1	53	61,6
			2 ve fazlası	33	38,4
Daha Önceki Gebeliklerde Hastaneye Yatma Durumu (n=202)			Bu gebelikte daha önce hastaneye yatma durumu (n=325)		
Hayır	128	63,6	Hayır	253	77,8
Evet	74	36,4	Evet	72	22,2
Kronik hastalık varlığı (n=325)			Kronik Hastalık Çeşidi (n=68)		
Yok	257	79,1	HT	19	28,0
Var	68	20,9	DM	10	14,7
			Astım	9	13,2
			Tiroid	9	13,2
			Diğer*	21	30,9
Psikiyatrik Rahatsızlık Geçirme Öyküsü (n=325)			Önceki psikiyatrik rahatsızlık tanıları (n=35)		
Var	35	10,8	Anksiyete	8	22,9
Yok	290	89,2	Depresyon	18	51,4
			Diğer	9	25,7
Yatış Günü (n=325)			Yatış Günü Ort ± SS (n=325)		
1	78	24,0		2,46 ± 1,626	
2	137	42,2			
3	62	19,0			
4 ve fazlası	48	14,8			

%: Yüzde; Ort.: Ortalama; SS: Standart Sapma

Gebelerin sağlık durumları ve gebelik risklerine göre dağılımı Tablo 4.2’de incelenmiştir. Gebelerin %79,1’inde (n=257) kronik hastalık yokken, %20,9’unda (n=68) kronik hastalık vardır. Kronik hastalığı olan gebelerin %28’i (n=19) hipertansiyon, %14,7’si (n=10) diyabet, %13,2’si (n=9) astım, %13,2’si (n=9) tiroid ve %30,9’u (n=21) diğer kronik hastalıklara [anemi (n=4), epilepsi (n=2) , kardiyak hastalık (n=4) , talasemi taşıyıcısı (n=2), Hepatit B taşıyıcısı (n=1) , işitme kaybı (n=1), sedef hastalığı (n=3), romatizma (n=2), lyak hastalığı (n=1), Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalığı (n=1)] sahiptir. Gebelerin %89,2’sinde (n=290) psikiyatrik rahatsızlık geçirme öyküsü yokken %10,8’inine (n=35) psikiyatrik rahatsızlık geçirme öyküsü vardır. Psikiyatrik rahatsızlık geçirme öyküsü olan gebelerin önceki tanılarına bakıldığında, %22,9’u (n=8) anksiyete, %51,4’ (n=18) depresyon ve %25,7’si (n=9) diğer psikiyatrik rahatsızlıklar [vajinismus (n=1), panik atak (n=5), OKB (n=2), bipolar bozukluk (n=1)] grubunda bulunan hastalık öyküleri mevcuttur.

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik haftalarına bakıldığında, %11,7’si (n=38) ilk trimesterde, %16,3’ (n=53) ikinci trimesterde ve %72’i (n=234) son trimesterdedir. Gebelerin, %62,2’si (n=202) planlı, %37,8’si (n=123) plansız gebeliktir. Gebelerin %7,7’sinde (n=25) bu gebeliği için yardımcı üreme tekniği kullanılmıştır.

Katılımcı gebelerin gravidalarına bakıldığında %37,8’inin (n=123) bir, %28,3’ünün (n=92) iki, %16,3’ünün (n=53) , %17,6’sının (n=57) dörtten fazla gebeliği olduğu saptanmıştır. Gebelik sayılarının üçten fazla olma durumuna göre gruplandırıldığında %82,5’inin (n=268) ten az, %17,5’inin (n=57) ten fazla gebeliği olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %73,5’inin (n=239) abortus öyküsü yokken, %26,5’inin (n=86) en az bir abortusu vardır. Abortusu olan gebelerin (n=86), %61,6’sının (n=53) bir kez, %38,4’ünün (n=33) ikiden fazla abortus hikayesi mevcuttur. Gebelerin %94,2’sinin (n=306) len çocuğu yokken, %5,8’inin (n=19) len çocuğu vardır.

Hastaneye yatış tanıları incelendiğinde; %22,2’si (n=72) hipertansif problemler [38’i preeklampsi (preeklampsili gebelerin 1’inde Rh uyuşmazlığı, 3’nde Intrauterin Gelişme Geriliği (IUGR), 1’inde çoğul gebelik mevcuttur) 28’i gestasyonel hipertansiyon, 3’ eklampsi, 2’si Hemolysis (kırmızı kan hücrelerinin parçalanması), Elevated Liver enyzmes (karaciğer enziminde yükselme) ve Low Platelets (kan pıhtılaşmasını sağlayan trombositlerin azalması) (HELLP Sendromu)], %9,5’inde

(n=31) gestasyonel diabetes mellitus (GDM), %24'ünde (n=78) erken doğum tehdidi (EDT)/abortus imminens (23 abortus imminens, 55 EDT), %8,9'u (n=29) hiperemesis gravidarum (HEG), %5,5'inde (n=18) amniyotik mai anomalileri (3 polihidroamniyoz, 15 oligohidroamniyoz), %16,6'sında (n=54) anormal Non Stres Testi (NST) bulgusu, %5,5'inde (n=18) diğer sağlık problemleri (anemi, renal rahatsızlık, myom, kist, aritmi, perikardiyal efüzyon), %2,8'i (n=9) enfeksiyon (akut pankreatit, koriyoamniyotit, Covid-19) ve %5'i (n=16) plasenta anomali tanısı ile yattığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin %24'ü (n=78) hastanede 1 gün, %42,2'si (n=137) 2 gün, %19'u (n=62) 3 gün ve %14,8'i (n=48) 4 günden fazla kalmıştır. Bu gebeliğinde daha önce hastaneye yatma durumuna bakıldığında, gebelerin %77,8'sinin (n=253) hastaneye yatmamış olduğu, %22,2'sinin (n=72) bu gebeliğinde daha önce hastaneye yatış öyküsü olduğu belirlenmiştir. Daha önceki gebeliklerde hastaneye yatma durumu sorgulandığında ise, %37,5'inin (n=123) ilk gebeliği olduğu için multigravid gebelerden (n=202) %63,6'sının (n=128) daha önceki gebeliğinde hastanede yatmadığı ve %36,4'ünün (n=74) daha önceki gebeliğinde hastaneye yattığı saptanmıştır.

4.2. ÖLÇEKLER İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 4.3. Gebelerin Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puan ortalamaları ile ölçek Cronbach alfa değeri (n=325)

ÖLÇEKLER	Ort ± SS	Cronbach Alfa Değeri
Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği	49,36 ± 13,163	0,86
Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği Alt Boyutları		
Mevcut Durum Algısı	28,65 ± 8,699	0,82
Anlama Algısı	10,01 ± 3,478	0,67
Belirsizlik Algısı	10,70 ± 4,204	0,76
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	14,54 ± 7,269	0,82
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Alt Boyutları		
Anksiyete	7,91 ± 4,051	0,73
Depresyon	6,64 ± 4,077	0,71

Gebelerin Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puan ortalamaları ile ölçek Cronbach alfa değeri Tablo 4.3'te verilmiştir.

Ölçek Cronbach Alpha değerlerinin kabul edilebilir referans aralığı 0,70 ile 0,99'dur. Ancak Alfa çok yüksekse, aynı soruyu farklı bir şekilde test ettiği için bazı maddelerin gereksiz olduğunu düşündürmektedir. Dolayısıyla 0,90'lık bir maksimum alfa değeri önerilmiştir (Tavakol ve Dennick, 2011).

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerden Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeğinin puan ortalaması $49,36 \pm 13,163$, Cronbach alfa değeri 0,86'tır. Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği alt boyutlarından Mevcut Durum Algısı puan ortalaması $28,65 \pm 8,699$, Cronbach alfa değeri 0,82'dir. Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği Alt Boyutlarından 'Anlama Algısı' puan ortalaması $10,01 \pm 3,478$, Cronbach alfa değeri 0,67'dir. Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği Alt Boyutlarından 'Belirsizlik Algısı' puan ortalaması $10,70 \pm 4,204$, Cronbach alfa değeri 0,76'dır.

Çalışmamızda kullanılan bir diğer ölçek olan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin puan ortalaması $14,54 \pm 7,269$, Cronbach alfa değeri 0,82'dir. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği alt boyutlarından 'Anksiyete' puan ortalaması $7,91 \pm 4,051$, Cronbach alfa değeri 0,73'tür. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği alt boyutlarından 'Depresyon' puan ortalaması $6,64 \pm 4,077$, Cronbach alfa değeri 0,71'dir. Çalışmamızda kullanılan ölçekler güvenilir bulunmuştur.

4.3. ARAŞTIRMA SORULARINA AİT BULGULAR

Tablo 4.4. Hastanede yatan riskli gebelerde hastane anksiyetesi ve depresyonu ile belirsizlik arasındaki ilişki (n=325)

Spearman's Korelasyon	MHBÖ	MHBÖ- Mevcut Durum Algısı	MHBÖ- Anlama Algısı	MHBÖ- Belirsizlik	HAD	HAD- Anksiyete	HAD- Depresyon
MHBÖ	r = 1 p						
MHBÖ- Mevcut Durum Algısı	r = 0,937 p <0,001	1					
MHBÖ- Anlama Algısı	r = 0,412 p <0,001	0,168 0,002	1				
MHBÖ- Belirsizlik	r = 0,848 p <0,001	0,745 <0,001	0,211 <0,001	1			
HAD	r = 0,248 p <0,001	0,405 <0,001	0,148 0,007	0,325 <0,001	1		
HAD- Anksiyete	r = 0,393 p <0,001	0,427 <0,001	0,083 0,137	0,308 <0,001	0,890 <0,001	1	
HAD- Depresyon	r = 0,325 p <0,001	0,321 <0,001	0,182 0,001	0,292 <0,001	0,893 <0,001	0,590 <0,001	1

Tablo 4.4'te değişkenlerden en az biri normal dağılmadığı için MHBÖ, HAD ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki Spearman korelasyon katsayısı ve anlamlılık değerleri yer almaktadır. MHBÖ puanı değişkeni ile HAD ölçeği puanı arasında $p < 0,001$ olduğu için MHBÖ puanı değişkeni ile HAD ölçeği puanı değişkeni arasında %95 güven ile anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir. İlişkinin gücü ve yönüne ilişkin yorum şu şekilde yapılabilir: Gebelerin MHBÖ puanı ile HAD ölçeği puanı arasında pozitif yönlü (MHBÖ puanı arttıkça HAD ölçeği puanı da artmaktadır) ve düşük düzeyde ($r=0,248$) bir ilişki vardır.

MHBÖ puanı değişkeni ile HAD ölçeği Anksiyete alt boyutu puanı değişkeni arasında %95 güven ile anlamlı bir ilişki olduğunu söylenebilir ($p<0,001$). Gebelerin, MHBÖ puanı ile HAD ölçeği Anksiyete alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ($r=0,393$) bir ilişki olduğu söylenebilir.

MHBÖ puanı değişkeni ile HAD ölçeği Depresyon alt boyutu puanı değişkeni arasında %95 güven ile anlamlı bir ilişki olduğunu söylenebilir ($p<0,001$). Gebelerin, MHBÖ puanı ile HAD ölçeği Depresyon alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ($r=0,325$) bir ilişki olduğu söylenebilir.

MHBÖ alt boyutu Mevcut Durumu Algılama puanı değişkeni ile HAD ölçeği puanı değişkeni arasında %95 güven ile anlamlı bir ilişki olduğunu söylenebilir ($p<0,001$). Gebelerin, MHBÖ alt boyutu Mevcut Durumu Algılama puanı ile HAD ölçeği puanı arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ($r=0,405$) bir ilişki olduğu söylenebilir.

MHBÖ alt boyutu Mevcut Durumu Algılama puanı değişkeni ile HAD ölçeği Anksiyete alt boyutu puanı değişkeni arasında %95 güven ile orta düzeyde bir ilişki olduğunu söylenebilir ($p<0,001$). Gebelerin, MHBÖ alt boyutu Mevcut Durumu Algılama puanı arttıkça HAD ölçeği Anksiyete alt boyutu puanı değişkeni artmaktadır ($r=0,427$).

MHBÖ alt boyutu Mevcut Durumu Algılama puanı değişkeni ile HAD ölçeği Depresyon alt boyutu puanı değişkeni arasında %95 güven ile düşük düzeyde bir ilişki olduğunu söylenebilir ($p<0,001$). Gebelerin, MHBÖ alt boyutu Mevcut Durumu Algılama puanı arttıkça HAD ölçeği Depresyon alt boyutu puanı değişkeni artmaktadır ($r=0,325$).

MHBÖ alt boyutu Anlama Algısı puanı değişkeni ile HAD ölçeği puanı değişkeni arasında %95 güven ile anlamlı bir ilişki olduğunu söylenebilir ($p=0,007$). Gebelerin, MHBÖ alt boyutu Anlama Algısı puanı ile HAD ölçeği puanı arasında pozitif yönlü ve çok düşük düzeyde ($r=0,148$) bir ilişki olduğu söylenebilir.

MHBÖ alt boyutu Belirsizlik puanı değişkeni ile HAD ölçeği puanı değişkeni arasında %95 güven ile anlamlı bir ilişki olduğunu söylenebilir ($p<0,001$). Gebelerin, MHBÖ alt boyutu Belirsizlik puanı ile HAD ölçeği puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ($r=0,325$) bir ilişki olduğu söylenebilir.

MHBÖ alt boyutu Belirsizlik puanı değişkeni ile HAD ölçeği Anksiyete alt boyutu puanı değişkeni arasında %95 güven ile anlamlı bir ilişki olduğunu söylenebilir ($p<0,001$). Gebelerin, MHBÖ alt boyutu Belirsizlik puanı ile HAD ölçeği Anksiyete alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ($r=0,308$) bir ilişki olduğu söylenebilir.

MHBÖ alt boyutu Belirsizlik puanı değişkeni ile HAD ölçeği Depresyon alt boyutu puanı değişkeni arasında %95 güven ile anlamlı bir ilişki olduğunu söylenebilir ($p<0,001$). Gebelerin, MHBÖ alt boyutu Depresyon puanı ile HAD ölçeği Anksiyete alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ($r=0,292$) bir ilişki olduğu söylenebilir.

MHBÖ puanı değişkeni ile, alt boyutlarından Mevcut Durum Algısı ve Belirsizlik puanı değişkenleri arasında anlamlı pozitif yönlü ve çok güçlü bir ilişki varken ($p<0,001$, $r=937$; $p<0,001$, $r=948$), yine alt boyutlarından olan Anlama Algısı değişkeni ile anlamlı pozitif ancak orta düzey bir ilişki vardır ($p<0,001$, $r=412$). MHBÖ puanı değişkeni alt boyutlarından Mevcut Durum Algısının, Anlama Algısı ile anlamlı pozitif çok zayıf bir ilişki varken ($p=0,002$, $r=168$), Belirsizlik puanı değişkeni ile arasında anlamlı pozitif ve güçlü bir ilişki vardır ($p<0,001$, $r=745$). MHBÖ puanı değişkeni alt boyutlarından Anlama Algısının, Belirsizlik ile arasında anlamlı pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki vardır ($p<0,001$, $r=211$).

HAD ölçeği puanı değişkeni ile alt boyutlarından olan Anksiyete ve Depresyon puanı değişkenleri arasında anlamlı pozitif ve güçlü bir ilişki vardır ($p<0,001$, $r=890$; $p<0,001$, $r=893$). HAD ölçeği alt boyutlarından olan Anksiyete değişkeni ile Depresyon puanı değişkeni arasında anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,001$, $r=590$).

Tablo 4.5. Sosyodemografik özelliklerine göre gebelerin MHBÖ puanlarının değerlendirilmesi (n=325)

Özellikler		MHBÖ	MHBÖ Alt Boyutları		
			Mevcut Durum Algısı	Anlama Algısı	Belirsizlik
		Ort±Ss	Med (min-max)	Med (min-max)	Med (min-max)
Yaş Grubu	18-25	47,7±13,039	26,5 (11-44)	10 (4-19)	10 (5-20)
	26-34	49,9±12,788	29 (11-48)	10 (4-20)	11 (5-23)
	35 ve üzeri	51,45±14,035	31,5 (11-48)	9 (4-20)	11 (5-24)
Test ve p değeri		F=2,395 p=0,093	KW=6,307 p=0,043	KW=0,465 p=0,793	KW=4,246 p=0,12
Riskli Yaş Grubu	35 yaş altı	48,78±13,110	28 (11-48)	10 (4-20)	10 (5-23)
	35 yaş üzeri	52,34±13,154	32 (11-48)	10 (4-20)	11 (5-24)
Test ve p değeri		t=-1,806 p=0,072	Z=-2,244 p=0,025	Z= -0,004 p= 0,997	Z=-1,434 p=0,152
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	55,64±10,742 ^b	34,5 (15-47)*	10 (5-19)	12 (5-19)*
	İlköğretim	52,06±12,509 ^b	31 (12-47)*	10 (4-20)	11 (5-24)*
	Lise	49,49±12,247 ^b	29 (11-48)*	10 (4-20) ^a	11 (5-23)*
	Üniversite	44,27±13,001 ^a	26 (11-48)*	8 (4-19) ^b	9 (5-23)*
	Lisansüstü	50,67±12,242	30,5 (20-43)	8,5 (5-14)	10,5 (5-15)
Test ve p değeri		F=5,766 p<0,000	KW=20,767 p<0,000	KW=11,473 p=0,022	KW=15,235 p=0,004
Medeni Durum	Evli	49,25±13,085	29 (11-48)	10 (4-20)	11 (5-24)
	Bekar	52,33±15,400	30 (14-43)	8,5 (4-17)	14 (5-23)
Test ve p değeri		t=-0,796 p=0,427	Z=-0,553 p=0,580	Z= -1,179 p= 0,238	Z=-1,917 p=0,055
Yaşanılan Yer	İl Merkezi	48,73±12,200	29 (11-48)	9 (4-18) ^a	11 (5-23)
	İlçe	48,15±13,129	28 (11-45) ^a	10 (4-20)	10,5 (5-24)
	Köy	54,54±14,660	33 (15-48) ^b	11 (4-20) ^b	12 (5-23)
Test ve p değeri		F=4,744 p=0,009	KW= 8,677 p= 0,013	KW= 6,847 p= 0,033	KW= 3,312 p= 0,191
Çalışma Durumu	Hayır	50,33±12,879	30 (11-48)	10 (4-20)	11(5-24)
	Evet	46,35±13,661	27 (11-48)	9 (4-19)	10 (5-23)
Test ve p değeri		t=2,351 p=0,019	Z=-1,974 p=0,048	Z=-2,219 p=0,027	Z=-1,841 p=0,066

MHBÖ: Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği; Ort.: Ortalama; SS: Standart Sapma; Med. : Medyan; Min-Max: Minimum-Maksimum; KW: Kruskal-Wallis testi; Z: Mann Whitney-U testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi-ANOVA; t: Bağımsız Örneklem t testi *Bağımsız değişkende aralarında fark olan gruplar a ve b ile gösterilmiştir.

Tablo 4.5’te sosyodemografik özelliklerine göre gebelerin MHBÖ puanlarının değerlendirilmesi verilmiştir.

Gebelerin yaş gruplarına göre MHBÖ-Mevcut Durum Algısı puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,043<0,05$). Ancak Bonferroni düzeltmesine göre ikili gruplar şeklinde yaş aralıkları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,017$).

Gebelerin yaşlarının 35 üzeri ve 35 altı olmasına göre MHBÖ-Mevcut Durum Algısı puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,025<0,05$). 35 yaş üzeri gebelerin Mevcut Durum Algısı puanları daha yüksektir. Gebelerin yaşlarının 35 üzeri ve 35 altı olması ile MHBÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,072>0,05$). Gebelerin yaşlarının 35 üzeri ve 35 altı olmasına göre, MHBÖ alt boyut puanlarından Anlama Algısı ve Belirsizlik puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,997>0,05$; $p=0,152>0,005$).

Gebelerin eğitim durumlarına göre MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,000$). Okuryazar, ilköğretim ve lise mezunu olan gebelerin üniversite mezunu olan gebelere göre MHBÖ puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

Gebelerin eğitim durumları ile MHBÖ alt boyutlarından Mevcut Durum Algısı, Anlama Algısı ve Belirsizlik puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,000$; $p=0,022<0,05$ ve $p<0,000$). Mevcut Durum Algısı puanları, okuryazar gebelerin lise mezunu gebelere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Mevcut durum algısı puanları, ilköğretim mezunu gebelerin, üniversite mezunu gebelere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Anlama algısı puanı lise mezunu gebelerin, üniversite mezunu gebelere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Belirsizlik puanları ilköğretim mezunu gebelerin, üniversite mezunu gebelere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Belirsizlik puanları ilköğretim mezunu gebelerin, üniversite mezunu gebelere göre anlamlı olarak daha yüksektir (Bonferroniye göre düzeltilmiş $p<0,005$).

Gebelerin medeni durumlarına göre (evli ve bekar olmaları) MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,427>0,05$). Gebelerin medeni durumlarına göre MHBÖ Alt Boyutlarından Mevcut Durum Algısı, Anlama Algısı ve Belirsizlik puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,580>0,05$; $p=0,238>0,05$; $p=0,055>0,05$)

Gebelerin yaşadıkları yere göre MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,009<0,05$). Köyde yaşayan gebelerin MHBÖ puanı il ve ilçede yaşayan gebelere göre daha yüksektir. Gebelerin yaşadıkları yere göre, MHBÖ-Mevcut Durum ve Anlama Algısı puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,013<0,05$; $p=0,033<0,05$). Köyde yaşayan riskli gebeliği olan kadınların ilçede yaşayan gebelere göre Mevcut Durum Algı puanları daha yüksektir (Bonferroni düzeltmesine göre $p=0,005<0,017$). Köyde yaşayan riskli gebeliği olan kadınların ilde yaşayan gebelere göre Anlama Algısı puanları daha yüksektir (Bonferroni düzeltmesine göre $p=0,010<0,017$). Gebelerin yaşadıkları yere göre MHBÖ-Belirsizlik Alt Boyutu puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,191>0,05$).

Gebelerin çalışma durumlarına göre MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=2,351$ ve $p=0,019<0,05$). Çalışmayan gebelerin MHBÖ puanları çalışan gebelere göre daha fazladır. Gebelerin çalışma durumlarına göre, MHBÖ-Mevcut Durum Algısı puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,048<0,05$). Çalışmayan gebelerin MHBÖ- Mevcut Durum Algısı puanları çalışan gebelere göre daha fazladır. Yine gebelerin çalışma durumlarına göre MHBÖ-Anlama Algısı puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,027<0,05$). Çalışmayan gebelerin MHBÖ-Anlama Algısı puanları çalışan gebelere göre daha fazladır. Gebelerin çalışma durumlarına göre, MHBÖ- Belirsizlik Alt Boyutu puanına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,066>0,05$).

Tablo 4.6. Obstetrik özelliklerine ve sağlık durumlarına göre gebelerin MHBÖ puanlarının değerlendirilmesi

Özellikler		MHBÖ	MHBÖ Alt Boyutları		
			Mevcut Durum Algısı	Anlama Algısı	Belirsizlik
			Med (min-max)	Med (min-max)	Med (min-max)
Gebelik Haftası (n=325)	1. trimester	51,47±12,963	30 (14-48)	11,5 (4-20)	11 (5-18)
	2. trimester	52,60±13,129	31 (13-47)	10 (4-20)	11 (5-20)
	3. trimester	48,29±13,096	28 (11-48)	10 (4-19)	10,50 (5-24)
Test ve p değeri		F=2,912 p=0,056	KW=5,156 p=0,076	KW=2,223 p=0,329	KW=1,531 p=0,465
Gebeliğin Planlı Olması (n=325)	Planlı	48,97±13,101	28 (11-48)	10 (4-19)	10,5 (5-24)
	Plansız	50,02±13,292	31 (11-47)	10 (4-20)	11 (5-23)
Test ve p değeri		t=-0,698 p=0,486	Z=-0,874 p=0,382	Z=-1,399 p= 0,162	Z=-0,068 p=0,946
Kronik Hastalık (n=325)	Yok	48,79±13,370	28 (11-48)	10 (4-20)	10 (5-23)
	Var	51,53±12,198	31 (15-44)	9 (4-19)	12 (5-24)
Test ve p değeri		t=-1,529 p=0,127	Z=-2,361 p=0,018	Z=-2,504 p=0,012	Z=-2,035 p=0,042
Riskli Durum Tanısı (n=325)	Gebelikte Hipertansif Tanılar				
	GDM	48,94±13,936	26,5 (11-44)	10 (4-19)	10,5 (5-24)
	EDT	53,03±11,065	32 (14-44)	9 (4-18)	13 (5-23)
	HEG	48,41±13,463	27 (11-47)	11 (4-20)	10 (5-23)
	Amniyotik Mai	51,41±12,732	30 (14-47)	9 (4-20)	11 (5-19)
	Anomalileri	51,78±9,891	30,5 (15-40)	10 (5-16)	11,5 (5-19)
	Anormal NST	48,39±12,794	28,5 (11-43)	10 (4-19)	10 (5-21)
	Bulguları	46,33±13,865	27 (14-44)	9,5 (4-14)	10 (5-20)
	Diğer Sağlık Problemleri	60±15,346	37 (21-48)	10 (5-17)	16 (5-19)
	Enfeksiyonlar	43,06±11,807	27 (12-39)	8 (4-14)	9 (5-16)
	Plasental Anomaliler				

Tablo 4.6.(Devamı) Obstetrik özelliklerine ve sağlık durumlarına göre gebelerin MHBÖ puanlarının değerlendirilmesi

Test ve p değeri		F=1,916 p=0,57	KW= 13,557 p= 0,094	KW= 7,041 p= 0,532	KW= 16,159 p= 0,040
Psikiyatrik rahatsızlık geçirme öyküsü (n=325)	Hayır	48,83±13,053	29 (11-48)	10 (4-20)	10,5 (5-23)
	Evet	53,80±13,418	32 (17-48)	10 (4-18)	13 (5-24)
Test ve p değeri		t=-2,122 p=0,035	Z=-1,954 p=0,051	Z= -0,132 p= 0,895	Z=-2,116 p= 0,034
Gebelik Sayısının Üçten Fazla Olması (n=325)	Hayır	49,37±13,240	29 (11-48)	10 (4-10)	11 (5-23)
	Evet	49,33±12,909	29 (12-47)	9 (4-20)	11 (5-24)
Test ve p değeri		t=0,019 p=0,985	Z= -0,179 p=0,858	Z= -0,791 p= 0,429	Z=-0,080 p=0,936
Gebeliğin Oluşmasında YÜT Kullanma (n=325)	Hayır	49,08±13,220	29 (11-48)	10 (4-20)	11 (5-24)
	Evet	52,72±12,208	31 (12-44)	11 (5-18)	12 (5-19)
Test ve p değeri		t=-1,329 p=0,185	Z=-1,111 p=0,267	Z= -1,183 p= 0,237	Z= -1,398 p= 0,162
Yatış Günü (n=325)	3 günden az yatış	49,10±13,086	29 (11-47)	10 (4-20)	11 (5-24)
	3 gün ve daha fazla yatış	49,87±13,358	29 (12-48)	10 (4-19)	11 (5-21)
Test ve p değeri		t=-0,499 p=0,618	Z=-0,282 p=0,778	Z= -0,088 p=0,930	Z= -1,067 p= 0,286
Toplam Gebelik Sayısı (n=325)	1	48,27±13,374	29 (11-48)	10 (4-20)	11 (5-23)
	2	49,39±12,740	28,5 (11-43)	10 (4-19)	10 (5-23)
	3	51,89±13,679	29 (14-48)	9 (4-17)	12 (5-23)
	4	46,59±13,018	25 (14-44)	9 (4-19)	10 (5-20)
	5 ve fazlası	52,18±12,386	31,5 (12-47)	9,5 (5-20)	12 (5-24)
Test ve p değeri		F=1,349 p=0,252	KW= 5,789 p= 0,215	KW= 1,229 p= 0,873	KW= 4,925 p= 0,295
Gravidite (n=325)	Primigravid	48,27±13,374	29 (11-48)	10 (4-20)	11 (5-23)
	Multigravid	50,03±13,021	29 (11-48)	10 (4-10)	11 (5-24)

Tablo 4.6.(Devamı) Obstetrik özelliklerine ve sağlık durumlarına göre gebelerin MHBÖ puanlarının değerlendirilmesi

Test ve p değeri		t=-1,171 p=0,243	Z=-1,398 p=0,162	Z=-0,146 p=0,884	Z=-0,393 p=0,694
Çocuk Kaybı (n=325)	Yok Var	49,11±13,250 53,42±11,197	29 (11-48) 29 (21-47)	10 (4-20) 10 (4-20)	11 (5-24) 11 (5-15)
Test ve p değeri		t=-1,387 p=0,166	Z=-1,746 p=0,081	Z=-0,279 p=0,780	Z=-0,548 p=0,584
Abortus (n=325)	Yok En az 1 abortus var	48,96±13,457 50,48±12,314	29 (11-48) 30 (12-47)	10 (4-20) 10 (4-20)	11 (5-24) 11 (5-23)
Test ve p değeri		t=-0,915 p=0,361	Z=-1,156 p=0,248	Z=-0,423 p=0,672	Z=-0,923 p=0,356
Abortus hikayesi olan gebelerin abortus sayısı (n=86)	1 2 ve fazlası	49,53±12,117 52,00±12,661	30 (14-43) 30 (12-47)	9 (4-17) 10 (4-20)	11 (5-23) 12 (5-21)
Test ve p değeri		F=0,818 p=0,368	Z= -0,524 p= 0,600	Z= -0,844 p= 0,399	Z= -0,678 p=0,498
Bu gebelikte daha önce hastaneye yatma durumu (n=325)	Hayır Evet	48,68±13,412 51,75±12,034	29 (11-48) 30 (14-47)	10 (4-20) 10 (4-19)	11 (5-24) 11 (5-23)
Test ve p değeri		t=-1,749 p=0,081	Z= -1,304 p=0,192	Z= -1,419 p= 0,156	Z= -1,506 p= 0,132
Daha Önceki Gebeliklerde Hastaneye Yatma Durumu (n=202)	Hayır Evet	50,22±13,901 49,70±11,423	30 (11-48) 28,5 (11-47)	10 (4-20) 9,5 (4-19)	11 (5-24) 11 (5-23)
Test ve p değeri		F=0,073 p=0,787	Z= -0,124 p= 0,902	Z= -0,829 p=0,407	Z= -0,035 p=0,972

MHBÖ: Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği; Ort.: Ortalama; SS: Standart Sapma; Med. : Medyan; Min-Max: Minimum-Maksimum; KW: Kruskal-Wallis testi; Z: Mann Whitney-U testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi-ANOVA; t: Bağımsız Örneklem t testi *Bağımsız değişkende aralarında fark olan gruplar a ve b ile gösterilmiştir.

Tablo 4.6’da gebelerin sağlık durumları ve obstetrik özelliklerine göre gebelerin MHBÖ puanlarının değerlendirilmesi verilmiştir.

Gebelerin trimesterlerine göre MHBÖ ve MHBÖ Alt Boyutlarından Mevcut Durum Algısı, Anlama Algısı ve Belirsizlik puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,056>0,05$; $p=0,076>0,05$; $p=0,329>0,05$; $p=0,465>0,05$).

Gebelerin, gebeliklerinin planlı olup olmamasına göre MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,486>0,05$). Gebelerin, gebeliklerinin planlı olup olmamasına göre MHBÖ Alt Boyutlarından Mevcut Durum Algısı, Anlama Algısı ve Belirsizlik puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,382>0,05$; $p=0,162>0,05$; $p=0,946>0,05$).

Gebelerin, kronik hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre MHBÖ-Mevcut Durum Algısı puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,018<0,05$). Kronik hastalığı olan gebelerin MHBÖ-Mevcut Durum Algısı puanı anlamlı olarak daha yüksektir. Gebelerin, kronik hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre MHBÖ-Anlama Algısı puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,012<0,05$). Kronik hastalığı olmayan gebelerin MHBÖ-Anlama Algısı puanı anlamlı olarak daha yüksektir. Yine gebelerin, kronik hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre MHBÖ-Belirsizlik puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,042<0,05$). Kronik hastalığı olan gebelerin MHBÖ-Belirsizlik puanı anlamlı olarak daha yüksektir. Gebelerin, kronik hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,127>0,05$).

Katılımcı gebelerin, riskli gebelik tanılarına göre MHBÖ-Belirsizlik puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,040>0,05$). Ancak ikili analizlerde gruplar arasında anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Katılımcı gebelerin, riskli gebelik tanılarına göre MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,057>0,05$). Yine gebelerin, riskli gebelik tanılarına göre MHBÖ-Mevcut Durum Algısı ve Anlama Algısı puanı bakımından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,094>0,05$; $p=0,532>0,05$).

Gebelerin daha önce psikiyatrik rahatsızlık geçirme öykülerine göre MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,035<0,05$). Psikiyatrik rahatsızlık geçiren gebelerin MHBÖ puanları psikiyatrik rahatsızlık geçirmeyen gebelere göre daha fazladır. Gebelerin daha önce psikiyatrik rahatsızlık geçirme durumlarına göre MHBÖ-Belirsizlik puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,034<0,05$). Psikiyatrik rahatsızlık geçiren gebelerin MHBÖ-Belirsizlik puanları psikiyatrik rahatsızlık geçirmeyen gebelere göre daha fazladır. Gebelerin, daha önce psikiyatrik rahatsızlık geçirme durumlarına göre MHBÖ-Mevcut Durum Algısı ve Anlama Algısı puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,051>0,05$; $p=0,895>0,05$).

Araştırmaya katılan gebelerin, gebelik sayısının üçten fazla ve üçten az olması durumuna göre, MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,985>0,05$). Gebelerin, gebelik sayısının üçten fazla ve üçten az olması durumuna göre MHBÖ Alt Boyutlarından Mevcut Durum Algısı, Anlama Algısı ve Belirsizlik puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,858>0,05$; $p=0,429>0,05$; $p=0,936>0,05$).

Gebelerin, şu anki gebelikler için yardımcı üreme tekniği (YÜT) kullanılmasına göre MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,185>0,05$). Gebelerin, şu anki gebelikler için yardımcı üreme tekniği kullanılmasına göre MHBÖ Alt Boyutlarından Mevcut Durum Algısı, Anlama Algısı ve Belirsizlik puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,267>0,05$; $p=0,237>0,05$; $p=0,162>0,05$).

Gebelerin, gebelik sayısının artması ile MHBÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,252>0,05$). Riskli gebelerin, gebelik sayısına göre MHBÖ Alt Boyutlarından Mevcut Durum Algısı, Anlama Algısı ve Belirsizlik puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,215>0,05$; $p=0,873>0,05$; $p=0,295>0,05$).

Gebelerin, gravidite durumlarına göre MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,243>0,05$). Yine gebelerin, gravidite durumlarına göre MHBÖ Alt Boyutlarından Mevcut Durum Algısı, Anlama Algısı ve

Belirsizlik puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,162>0,05$; $p=0,884>0,05$; $p=0,694>0,05$).

Gebelerin, daha önce çocuk kaybı yaşama durumlarına göre MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,166>0,05$). Yine gebelerin, daha önce çocuk kaybı yaşama durumlarına göre MHBÖ Alt Boyutlarından Mevcut Durum Algısı, Anlama Algısı ve Belirsizlik puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,081>0,05$; $p=0,780>0,05$; $p=0,584>0,05$).

Gebelerin, abortus hikayelerine göre MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,361>0,05$). Yine gebelerin, abortus hikayelerine göre MHBÖ Alt Boyutlarından Mevcut Durum Algısı, Anlama Algısı ve Belirsizlik puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,248>0,05$; $p=0,672>0,05$; $p=0,356>0,05$).

Abortus yaşamış gebelerin abortus sayılarına göre MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,368>0,05$). Yine gebelerin, abortus sayılarına göre MHBÖ Alt Boyutlarından Mevcut Durum Algısı, Anlama Algısı ve Belirsizlik bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,600>0,05$; $p=0,399>0,05$; $p=0,498>0,05$).

Gebelerin, bu gebeliklerinde daha önce hastaneye yatma durumlarına göre MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,081>0,05$). Yine gebelerin bu gebeliklerinde daha önce hastaneye yatma durumlarına göre MHBÖ Alt Boyutlarından Mevcut Durum Algısı, Anlama Algısı ve Belirsizlik puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,192>0,05$; $p=0,156>0,05$; $p=0,132>0,05$).

Gebelerin, daha önceki gebeliklerinde hastaneye yatma durumlarına göre MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,787>0,05$). Gebelerin, daha önceki gebeliklerinde hastaneye yatma durumlarına göre MHBÖ Alt Boyutlarından Mevcut Durum Algısı, Anlama Algısı ve Belirsizlik puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,902>0,05$; $p=0,407>0,05$; $p=0,972>0,05$).

Tablo 4.7. Sosyodemografik özelliklerine göre gebelerin HAD Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi (n=325)

Özellikler		HAD	HAD Alt Boyutları	
			Anksiyete	Depresyon
		Med (min-max)	Med (min-max)	Med (min-max)
Yaş Grubu	18-25	15 (1-32)	8 (0-20)	7 (0-16)
	26-34	14 (0-32)	7 (0-17)	7 (0-20)
	35 ve üzeri	16,5 (1-36)	8,5 (0-18)	7 (0-19)
Test ve p değeri		KW= 4,931 p= 0,085	KW= 5,621 p= 0,06	KW= 3,043 p= 0,218
Riskli Yaş Grubu	35 yaş altı	15 (0-32)	8 (0-20)	7 (0-20)
	35 yaş üzeri	17 (1-36)	9 (0-18)	7 (0-19)
Test ve p değeri		Z=-2,270 p=0,023	Z=-2,418 p= 0,016	Z=-1,748 p= 0,080
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	19,5 (3-32) ^b	10 (0-15) ^b	10 (3-17) ^b
	İlköğretim	15 (1-31) ^b	8 (1-19)	6 (0-15)
	Lise	16 (1-32) ^b	9 (0-20) ^b	7 (0-20)
	Üniversite	11,5 (0-36) ^a	6 (0-17) ^a	5 (0-19) ^a
	Lisansüstü	12,5 (6-22)	8 (4-12)	4,5 (2-10)
Test ve p değeri		KW= 20,891 p<0,001	KW= 17,589 p= 0,001	KW= 17,668 p= 0,001
Medeni Durum	Evli	18 (10-29)	8 (0-20)	7 (0-20)
	Bekar	18 (14-27)	9 (0-14)	7 (1-13)
Test ve p değeri		Z=-0,536 p=0,592	Z= -0,706 p=0,480	Z= -0,443 p= 0,658
Yaşanılan Yer	İl Merkezi	16 (1-32)	8 (0-17)	7 (0-20)
	İlçe	15 (0-32) ^a	7 (0-19) ^a	7 (0-17)
	Köy	17,5 (5-36) ^b	9 (2-20) ^b	8 (1-19)
Test ve p değeri		KW= 6,638 p= 0,036	KW= 6,092 p= 0,048	KW= 5,364 p= 0,068
Çalışma Durumu	Hayır	16 (1-32)	8 (0-20)	7 (0-20)
	Evet	12 (0-36)	7 (0-17)	5 (0-19)
Test ve p değeri		Z=-2,857 p=0,004	Z=-2,433 p=0,015	Z= -2,466 p= 0,014

HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; Med. : Meyan; Min-Max: Minimum-Maksimum; KW: Kruskal-Wallis testi; Z: Mann Whitney-U testi *Bağımsız değişkende aralarında fark olan gruplar a ve b ile gösterilmiştir.

Tablo 4.7’de sosyodemografik özelliklerine göre gebelerin HAD ölçeği puanlarının değerlendirilmesi verilmiştir.

Gebelerin yaş gruplarına göre HAD, HAD- Anksiyete ve HAD- Depresyon puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,085>0,05$; $p=0,06>0,05$ ve $p=0,218>0,05$).

Gebelerin yaşlarının 35 üzeri ve 35 altı olmasına göre HAD ve HAD ölçeği alt boyutu olan Anksiyete puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak %95 güven aralığında anlamlı bir fark vardır ($p=0,023<0,05$; $p=0,016<0,05$). 35 yaş üzeri riskli gebelerin HAD Ölçeği ve Anksiyete puanları daha yüksektir. Gebelerin yaşlarının 35 üzeri ve 35 altı olmasına göre HAD-Depresyon ölçeği puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,08>0,05$).

Gebelerin eğitim durumlarına göre HAD, HAD- Anksiyete ve HAD- Depresyon puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$; $p=0,001$ ve $p=0,001$). Okuryazar gebelerin, HAD, HAD- Anksiyete ve HAD- Depresyon puanları üniversite mezunu gebelere göre daha fazladır (Bonferroni düzeltmesine göre $p<0,005$). İlköğretim mezunu gebelerin, HAD puanları üniversite mezunu gebelere göre daha fazladır (Bonferroni düzeltmesine göre $p<0,005$). Lise mezunu riskli, HAD ölçek puanları üniversite mezunu gebelere göre daha fazladır (Bonferroni düzeltmesine göre $p<0,005$).

Gebelerin medeni durumlarına göre HAD, HAD- Anksiyete ve HAD- Depresyon puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,592>0,05$; $p=0,480>0,05$ ve $p=0,658>0,05$).

Gebelerin yaşadıkları yere göre HAD ve HAD-Anksiyete puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,036<0,05$; $p=0,048<0,05$). Köyde yaşayan gebelerin HAD ve HAD Anksiyete puanları ilçede yaşayanlara göre anlamlı yüksektir (Bonferroni düzeltmesine göre $p=0,013<0,017$; $p=0,015<0,017$). Gebelerin yaşadıkları yere göre HAD- Depresyon puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,068>0,05$).

Gebelerin çalışma durumlarına göre HAD, HAD-Anksiyete ve Depresyon puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,004<0,05$; $p=0,015<0,05$; $p=0,014<0,05$). Çalışmayan gebelerin HAD, HAD-Anksiyete ve Depresyon puanları çalışan gebelere göre daha fazladır.

Tablo 4.8. Obstetrik özelliklerine ve sağlık durumlarına göre gebelerin HAD Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi

Özellikler		HAD	HAD Alt Boyutları	
			Anksiyete	Depresyon
		Med (min-max)	Med (min-max)	Med (min-max)
Gebelik Haftası (n=325)	1. trimester	16 (1-30)	8 (0-15)	8 (1-17) ^a
	2. trimester	17 (1-32)	8 (1-17)	7 (0-15)
	3. trimester	15 (0-36)	7 (0-20)	6 (0-20) ^b
Test ve p değeri		KW= 5,667 p= 0,059	KW= 2,768 p= 0,251	KW= 9,367 p= 0,009
Gebeliğin Planlı Olması (n=325)	Planlı	14 (1-36)	7 (0-20)	6 (0-19)
	Plansız	16 (0-32)	8 (0-18)	7 (0-20)
Test ve p değeri		Z=-1,794 p=0,073	Z= -1,132 p= 0,258	Z= -2,031 p= 0,042
Kronik Hastalık (n=325)	Yok	15 (0-36)	8 (0-20)	7 (0-19)
	Var	15 (2-32)	8 (1-18)	6,50 (0-20)
Test ve p değeri		Z=-1,036 p=0,300	Z= -1,095 p= 0,273	Z= -0,482 p=0,630
Riskli Durum Tanısı (n=325)	Gebelikte Hipertansif Tanılar	15 (1-32)	8 (0-16)	6,5 (0-20) *
	GDM	17 (2-29)	9 (1-18)	7 (1-14)
	EDT	1 (0-32)	7,5 (0-17)	7 (0-15)
	HEG	18 (1-30)	8 (0-15)	10 (0-17) ^a
	Amniyotik Mai Anomalileri	12,5 (2-31)	6,5 (2-19)	5,5 (0-12) ^b
	Anormal NST Bulguları	14,5 (1-32)	7 (1-20)	5,5 (0-17) ^b
	Diğer Sağlık Problemleri	16 (3-28)	8 (3-14)	7 (0-16)
	Enfeksiyonlar	19 (12-36) ^a	10 (4-17)	10 (7-19) ^a
	Plasental Anomaliler	11,5 (2-25) ^b	5,5 (1-11)	5,5 (0-14)**
Test ve p değeri		KW= 18,383 p= 0,019	KW= 8,645 p= 0,373	KW= 28,121 p<0,001
Psikiyatrik rahatsızlık geçirme öyküsü (n=325)	Hayır	15 (0-36)	8 (0-20)	7 (0-20)
	Evet	17 (2-32)	10 (1-18)	8 (1-16)
Test ve p değeri		Z=-2,557 p= 0,011	Z= -2,504 p= 0,012	Z= -1,784 p=0 ,074
Gebelik Sayısının Üçten Fazla Olması (n=325)	Hayır	15 (0-36)	7 (0-20)	6 (0-19)
	Evet	17 (1-32)	9 (1-18)	9 (0-20)
Test ve p değeri		Z=-0,881 p=0,017	Z= -1,589 p= 0,112	Z= -2,472 p= 0,013
Gebeliğin Oluşmasında YÜT Kullanma (n=325)	Hayır	15 (0-36)	8 (0-20)	7 (0-20)
	Evet	13 (1-32)	7 (0-17)	6 (0-15)
Test ve p değeri		Z=-0,446 p=0,656	Z= -,014 p= 0,988	Z= -1,113 p= 0,266
Yatış Günü (n=325)	1	15 (1-31)	8 (0-18)	7 (0-17)
	2	15(0-32)	8 (0-20)	6 (0-20)
	3	16 (2-30)	7 (2-14)	7 (0-16)
	4 ve fazlası	14,5 (1-36)	8 (0-17)	7 (0-19)

Tablo 4.8. (Devam) Obstetrik özelliklerine ve sağlık durumlarına göre gebelerin MHBÖ puanlarının değerlendirilmesi

Test ve p değeri		KW=0,601 p=0,896	KW=0,485 p= 0,922	KW= 3,284 p= 0,350
Yatış Günü Gruplandırma (n=325)	3 günden az yatış	15 (0-32)	8 (0-20)	6 (0-20)
	3 gün ve daha fazla yatış	15,5 (1-36)	7,5 (0-17)	7 (0-19)
Test ve p değeri		Z= -0,770 p=0,441	Z= -0,211 p= 0,833	Z= -1,668 p= 0,095
Gravidite (n=325)	Primigravid	14 (1-31)	7 (0-19)	6 (0-15)
	Multigravid	16 (0-36)	8 (0-20)	7 (0-20)
Test ve p değeri		Z= -1,734 p=0,083	Z= -0,967 p= 0,333	Z= -2,254 p= 0,024
Çocuk Kaybı (n=325)	Yok	15 (0-36)	8 (0-20)	7 (0-19)
	Var	17 (5-32)	9 (4-16)	7 (1-20)
Test ve p değeri		Z=-1,422 p=0,155	Z= -1,539 p= 0,124	Z= -1,003 p= 0,316
Abortus (n=325)	Yok	15 (0-36)	7 (0-20)	6 (0-19)
	En az 1 abortus var	17 (2-32)	9 (1-18)	7 (0-20)
Test ve p değeri		Z=-2,455 p=0,014	Z= -2,470 p= 0,014	Z= -1,977 p=0,048
Abortus Sayısı (n=325)	0	15 (0-36) ^a	7 (0-20) ^a	6 (0-19)
	1	16 (3-32)	8 (1-18)	7 (0-16)
	2 ve fazlası	18 (2-32) ^b	10 (2-17) ^b	8 (0-20)
Test ve p değeri		KW= 7,451 p= 0,024	KW= 7,192 p= 0,027	KW= 4,835 p= 0,089
Abortus hikayesi olan gebelerin abortus sayısı (n=86)	1	16 (3-32)	8 (1-18)	7 (0-16)
	2 ve fazlası	18 (2-32)	10 (2-17)	8 (0-20)
Test ve p değeri		Z=-1,272 p=0,204	Z= -1,149 p= 0,250	Z= -1,016 p= 0,310
Bu gebelikte daha önce hastaneye yatma durumu (n=325)	Hayır	15 (0-36)	7 (0-20)	6 (0-19)
	Evet	17 (1-32)	9 (1-19)	8 (0-20)
Test ve p değeri		Z=-1,602 p=0,068	Z= -1,562 p= 0,118	Z= -1,746 p= 0,081
Daha Önceki Gebeliklerde Hastaneye Yatma Durumu (n=202)	Hayır	15 (1-36)	8 (0-20)	7 (0-19)
	Evet	17 (0-32)	8 (0-17)	7,5 (0-20)
Test ve p değeri		Z= -1,069 p= 0,285	Z= -1,041 p= 0,298	Z= -0,507 p= 0,612

HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; Med. : Medyan; Min-Max: Minimum-Maksimum;
KW: Kruskal-Wallis testi; Z: Mann Whitney-U testi *Bağımsız değişkende aralarında fark olan gruplar a ve b ile gösterilmiştir.

* Sadece HEG tanısı olan gebelerle fark ** Sadece Enfeksiyon tanısı olan gebelerle fark

Tablo 4.8’de sağlık durumlarına ve obstetrik özelliklerine göre gebelerin HAD ölçeği puanlarının değerlendirilmesi verilmiştir.

Gebelerin gebelik haftalarına göre HAD- Depresyon puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,009<0,05$). İlk trimesterde olan gebelerin son trimesterde olan gebelere göre Depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksektir (Bonferroni düzeltmesine göre $p=0,008<0,017$). Gebelerin gebelik haftalarına göre HAD ve HAD- Anksiyete puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,059>0,05$; $p=0,251>0,05$).

Gebelerin, gebeliklerinin planlı olup olmaması durumuna göre HAD-Depresyon puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,042<0,05$). Gebeliği planlı olmayan riskli gebelerin planlı olanlara göre Depresyon puanları daha yüksektir. Gebelerin, gebeliklerinin planlı olup olmaması durumuna göre HAD ve HAD- Anksiyete puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,073>0,05$; $p=0,258>0,05$).

Gebelerin kronik hastalık varlığı durumlarına göre HAD, HAD- Anksiyete ve HAD- Depresyon puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,300>0,05$; $p=0,273>0,05$ ve $p=0,630>0,05$).

Gebelerin, riskli gebelik tanılarına göre HAD-Anksiyete puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,373>0,05$). Gebelerin, riskli gebelik tanılarına göre ile HAD ve HAD-Depresyon puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,019<0,05$; $p<0,001$). Gebelikte HEG tanısı ile yatışı yapılan riskli gebelerin, gebelikte hipertansif hastalığı olan riskli gebelere göre HAD-Depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,001$). Gebelikte HEG tanısı ile yatışı yapılan riskli gebelerin, amniyotik mai anomalisi olan riskli gebelere göre HAD-Depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,001$). Gebelikte HEG tanısı ile yatışı yapılan riskli gebelerin, anormal NST bulgusu olan riskli gebelere göre HAD-Depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$). Gebelikte enfeksiyonu olan riskli gebelerin, plasental anomalisi olan riskli gebelere göre HAD-Depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$). Gebelikte enfeksiyonu olan riskli gebelerin, anormal NST bulgusu olan riskli gebelere göre HAD-Depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksektir

($p=0,001$).Gebelikte enfeksiyonu olan riskli gebelerin, plasental anomalisi olan riskli gebelere göre HAD puanları anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$).

Gebelerin psikiyatrik rahatsızlık geçirme öykülerine göre HAD ve HAD-Anksiyete puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,011<0,05$; $p=0,012<0,05$). Psikiyatrik rahatsızlık geçiren gebelerin HAD ve HAD-Anksiyete puanları psikiyatrik rahatsızlık geçirmeyen gebelere göre daha fazladır. Riskli gebelerin psikiyatrik rahatsızlık geçirme öykülerine göre HAD-Depresyon puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,074>0,05$).

Gebelerin, gebelik sayısının üçten fazla veya üçten az olması durumlarına göre HAD ve HAD-Depresyon puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,017<0,05$; $p=0,013<0,05$). Gebelik sayısı üçten fazla olan gebelerin HAD ve HAD-Depresyon puanları üçten az gebelik sayısı olanlara göre daha fazladır. Gebelerin gebelik sayısının üçten fazla veya üçten az olması durumuna göre HAD-Anksiyete puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,112>0,05$).

Gebelerin, bu gebeliklerinde YÜT kullanma durumlarına göre HAD, HAD- Anksiyete ve HAD- Depresyon puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,656>0,05$; $p=0,988>0,05$ ve $p=0,266>0,05$).

Gebelerin, hastanede yattıkları gün sayısına göre HAD, HAD- Anksiyete ve HAD-Depresyon puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,896>0,05$; $p=0,922>0,05$ ve $p=0,350>0,05$).

Gebelerin, hastanede üç günden az ve fazla yatma durumlarına göre HAD, HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,441>0,05$; $p=0,833>0,05$ ve $p=0,095>0,05$).

Gebelerin, graviditelerine göre HAD-Depresyon puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,024<0,05$). Multigravid olan riskli gebelerin Depresyon puanları daha yüksektir. Gebelerin, graviditelerine göre HAD, HAD- Anksiyete puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,083>0,05$; $p=0,333>0,05$).

Gebelerin çocuk kaybı yaşama durumlarına göre HAD, HAD- Anksiyete ve HAD-Depresyon puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,155>0,05$; $p=0,124>0,05$ ve $p=0,316>0,95$).

Gebelerin abortus öykülerine göre HAD, HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,014<0,05$; $p=0,014<0,05$; $p=0,048<0,05$). En az bir abortusu olan gebelerin HAD, HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon puanları hiç abortusu olmayan gebelere göre daha yüksektir.

Gebelerin abortus sayılarına göre HAD ve HAD-Anksiyete puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,024<0,05$; $p=0,027<0,05$). Abortus sayısı 2 ve fazlası olan gebelerin hiç abortusu olmayan gebelere göre HAD ve HAD-Anksiyete puanları daha fazladır.

Abortusu olan riskli gebelerin abortus sayılarına göre HAD, HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,204>0,05$; $p=0,250>0,05$ ve $p=0,310>0,05$).

Gebelerin bu gebeliğinde daha önce hastaneye yatma durumlarına göre HAD, HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,068>0,05$; $p=0,118>0,05$ ve $p=0,081>0,95$).

Gebelerin daha önceki gebeliklerinde hastaneye yatma durumlarına göre HAD, HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,285>0,05$; $p=0,298>0,05$ ve $p=0,612>0,95$).

5. TARTIŞMA

Riskli gebelik tanısı almak ve ek olarak bunun sonucunda hastane yatışı verilmesi gebe için zor bir süreçtir. Çünkü hem bebeği hem kendi sağlığı tehdit altındadır ve bununla ilgili sürecin nasıl ilerleyeceğine dair bir belirsizliği mevcuttur. Yaşanan belirsizlik düzeyinin sebep olduğu semptomlar, konulan tanının belirtileri, gebeliğin fizyolojik belirtileri ve hastanede yatak istirahatine bağlı ortaya çıkabilecek semptomlar birleştiğinde gebeler fiziksel ve psikolojik sorunlar ile karşılaşabilmektedir. Bu nedenle çalışma, riskli gebelik tanısı olan ve hastanede yatan gebelerin hastane anksiyete ve depresyonu ile belirsizlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile yapılmıştır. Bu çalışmada bulgular 3 başlık altında değerlendirilecektir;

- HAD ve MHBÖ arasındaki ilişkinin incelenmesi
- Riskli gebelerin sosyodemografik ve obstetrik öyküleri ile Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeğinin incelenmesi
- Riskli gebelerin sosyodemografik ve obstetrik öyküleri ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin incelenmesi

5.1. HAD VE MHBÖ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Hastalığındaki belirsizlik “hastalıkla ilgili olayların anlamını belirleyememe” olarak tanımlanmıştır (Mishel, 1988). Belirsizlik, hastalıkla ilgili olaylara anlam yükleyememe, olasılık atama veya sonuçları tahmin edememe nedeniyle oluşmaktadır (Mishel, 1988). Belirsizlik deneyimi hem bilişsel hem de önbilişsel bilme yollarından etkilenmektedir ve bireyin algısına derinden kök salmıştır (Penrod, 2007). Hastalık bağlamındaki belirsizlik kavramı hemşireler arasında kapsamlı bir şekilde incelenmiştir (Cy press, 2016; Mishel, 1988; Penrod, 2007; Zhang, 2017), ancak yüksek riskli hamile kadınlarda belirsizlik üzerine yapılan çalışmalar sınırlı olmuştur.

Gebelikte kullanılması uygun olabilecek iki faktörden oluşan, anksiyete ve depresyonun varlığını ve şiddetini değerlendirmeye kısa bir araç olan taramalardan biri Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'dir (HADS; Zigmond & Snaith, 1983).

Çalışmamızda gebelerin MHBÖ puanı ile HAD ölçeği puanı arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.3). Riskli gebelerde MHBÖ puanı arttıkça HAD ölçeği puanı da artmaktadır. Bu sonuca göre, riskli gebelik tanısı olan kadınlarda hastane anksiyete ve depresyon düzeyinin artması durumunda belirsizlik durumunun arttığı veya belirsizlik durumu arttıkça hastane anksiyete ve depresyon düzeyinde artış olduğu söylenebilir. Literatür incelendiğinde, bu bulgumuzu destekler şekilde, daha yüksek belirsizlik, daha yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı (Giurgescu ve diğerleri, 2015) ve daha düşük psikolojik iyi oluş (Çevik ve Yağmur, 2018; Giurgescu ve diğerleri, 2006) ile ilişkilendirilmiştir. Yine benzer şekilde, belirsizliği daha fazla olan kadınlarda psikolojik semptom sıkıntısı ve depresif semptomların daha yüksek insidansa sahip olduğu da belirtilmiştir (Shannon ve Lee, 2008).

5.2. RİSKLİ GEBELERİN SOSYODEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖYKÜLERİ İLE MİSHEL HASTALIKTA BELİRSİZLİK ÖLÇEĞİNİN İNCELENMESİ

Clauson (1996) daha erken gebelik yaşını daha yüksek belirsizlik seviyeleri ile ilişkilendirmiştir. Bununla birlikte, Giurgescu ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada ortalama gebelik yaşının daha büyük olmasına rağmen bu bulgu yinelenmemiştir. Çalışmamızda gebeler 35 yaş altı ve üzeri olarak gruplandırılmıştır. Bunun sebebi 35 yaş üzeri gebeliklerin riskli olarak tanımlanmasıdır. Riskli yaşa ve gebeliğe sahip gebeleri, 35 yaş altı riskli gebelerle kıyaslamak amacıyla yapılan yaş sınıflandırılmasında gebelerin yaşlarının 35 üzeri ve 35 altı olmasına göre MHBÖ toplam puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.5). Ancak çalışmamızda, gebelerin genel yaş gruplarına ve 35 yaş grubuna göre MHBÖ-Mevcut Durum Algısı puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), 35 yaş üzeri olan gebelerin Mevcut Durum Algısı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5).

Literatürde “Mevcut Durum Algısının hastanede yatan riskli gebelerde araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. 35 yaş üzeri gebelerin üreme dönemi bakımından ileri yaşta olmaları sebebiyle, var olan gebelikleri ile ilgili mevcut durum algısında azalmaya neden olarak belirsizliğe sebep olmuş olabilir.

Kadınlarda ilk trimesterde belirsizlik ve birbirine zıt (ambivalan) duygular yaşamaları daha olasıyken, gebeliğin fizyolojik değişimleri ile bu duygular ortadan kalkmaya başlar ve kadın gebeliğe adaptasyon sağlamaya başlar (Taşkın, 2021). Çalışmamızda riskli gebelerin trimesterlerine göre MHBÖ ve MHBÖ Alt Boyutlarından Mevcut Durum Algısı, Anlama Algısı ve Belirsizlik bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.6). Bu durum, örnekleme alınan gebelerin tamamının hastanede yatışı yapılan ve belirsizliğe sebep olabilecek riskli durum tanısı gibi önemli bir durumun olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda gebelerin eğitim durumlarına göre MHBÖ ve MHBÖ alt boyutları puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, üniversite mezunu olan gebelerin, okuryazar, ilköğretim ve lise mezunu olan gebelere göre MHBÖ puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Alt boyutlardan ‘Mevcut durum algısı’ puanları; lise mezunu gebelerin okuryazar gebelere göre, üniversite mezunu gebelerin de ilköğretim mezunu gebelere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Alt boyutlardan ‘Anlama algısı’ puanları; üniversite mezunu gebelerin lise mezunu gebelere göre, anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Yine alt boyutlardan ‘Belirsizlik’ puanları; üniversite mezunu gebelerin ilköğretim mezunu gebelere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.5). Ayrıca mevcut durumu algılama ve anlama algısı puanı arttıkça belirsizlik artmaktadır. Bu sonuçlar literatür bilgisi ile uyumludur. Clauson’a göre daha eğitim düzeyinin yüksek olan kadınlarda daha düşük düzeyde belirsizlik yaşanmaktadır (Clauson, 1996). Literatüre bakıldığında, mevcut durum veya gebelik hakkında bilgi eksikliğinin, daha yüksek düzeyde belirsizlikle ilişkili olduğu bulunmuştur (Carolan ve Nelson, 2007; Lou ve ark., 2016; Martens ve Emed, 2007; Smeltzer, 1994).

Çalışmamızda köyde yaşayan gebelerin MHBÖ puanı il ve ilçede yaşayan riskli gebelere göre daha yüksek bulunmuştur. Yine köyde yaşayan gebelerin ilçede yaşayan gebelere göre ‘Mevcut Durum Algi’ puanları; köyde yaşayan gebelerin ilde yaşayan

gebelere göre ‘Anlama Algısı’ puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Bulgularımız literatürde bulunan bilgileri destekler niteliktedir. Kırsal kesimde yaşayan gebeler, kaygı, depresif belirtiler ve belirsizliği kentli gebelere göre daha fazla artırabilecek ek stresörlerle karşı karşıya kalabilmektedir (Bushy, 2005). Kırsal alanlarda yaşayan gebeler, genellikle daha düşük eğitim seviyelerine, daha düşük sosyoekonomik seviyelere ve daha izole bir yaşama sahiptir, daha azı sigortalıdır ve sağlık hizmetlerine erişmek için kentsel muadillerine göre daha uzun seyahat mesafelerine sahiptirler (Hart ve ark., 2005). Bu özellikler, hasta eğitim materyallerini daha az okuyabilen ve anlayabilen, daha az rutin sağlık hizmetlerini karşılayabilen veya bunlara erişebilen ve düzenli randevulara katılamayan gebeler ortaya çıkarır ve bu da gebeler üzerinde daha fazla belirsiz gibi olumsuz bir etkiye sahip olabilir. Eğitim seviyelerinin belirsizlik düzeylerini etkilediği önceki paragrafta bulgularla tartışılmıştır.

Biyolojik ve yaşam tarzı faktörlerinin yanı sıra, sosyal ve ekonomik bağlamlar da hamilelik deneyimlerini şekillendirebilir. Önceki kanıtlar, finansal istikrarsızlık ve ekonomik gerileme gibi stresli yaşam olaylarının olumsuz gebelik sonuçları riskini artırabileceğini göstermiştir (Di Nallo ve Köksal, 2022). Çalışmamızda, çalışmayan gebelerin MHBÖ puanları, MHBÖ- Mevcut Durum Algısı puanları ve MHBÖ-Anlama Algısı puanları çalışan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Ekonomik olarak bağımsız olmak, genel anlamda çalışan kadınların eğitim düzeylerinin daha yüksek olması, il merkezlerinde ikamet ediyor olmaları, işleri ve iş ortamları nedeni ile dikkatlerinin dağılması sebebi ile çalışmayan kadınların belirsizlik durumlarına göre puanlarının daha düşük olmasını açıklayabilir. Eğitim durumu ve ikamet yerlerine göre çalışma bulgularımız üst paragraflarda ele alınarak tartışılmıştır.

Kronik hastalığı olan gebeler, kronik hastalık deneyimleri ile gebelikte deneyimledikleri riskli durumu karşılaştırmaktadır. Bu karşılaştırmalar tutarsız olduğunda, belirsizliğin ortaya çıktığı bulunmuştur (Smeltzer, 1994). Çalışmamızda kronik hastalığı olan gebelerin MHBÖ- Belirsizlik ve MHBÖ-Mevcut Durum Algısı puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olmayan gebelerin ise, MHBÖ-Anlama Algısı puanı kronik hastalığı olan gebelerden daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Literatürde kronik hastalığı olan riskli gebelerde ayrıca Mevcut Durum Algısı ve Anlama Algısına bakılan bir çalışma bulunmamıştır. Kronik

hastalığı olan riskli gebelerin Mevcut Durum Algısı ve Belirsizlik puanının yüksek olmasının sebebi var olan kronik hastalığın üzerine yeni bir problemin eklenmesi, duygusal anlamda öfke, kaygı ve endişeye sebep olarak mevcut durumu algılayamamalarına, dolayısıyla puanlarının daha yüksek olmasına sebep olmuş olabilir. Kronik hastalığı olmayan gebelerde anlama puanının daha yüksek olması; kronik hastalığı olan gebelerin bazı kavramları daha önceden biliyor olması, dolayısıyla kronik hastalığı olan gebelerin anlamasının bu nedenle daha iyi olabileceği ve puanlarının daha düşük olabileceğini açıklar.

Riskli gebeliği olan kadınlarda fetal, maternal veya her ikisini de etkileyen bir riskin olması gebenin yaşadığı belirsizlik seviyesi ile doğru orantılı olarak bir artışa sebep olarak anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlara sebebiyet verebilmektedir (Gourounti ve ark., 2013). Hastalığı daha şiddetli olan kadınlarda belirsizlik durumunun arttığı bildirilmiştir (Price ve ark. 2007). Multipl skleroz gibi kronik, ilerleyici hastalıkları olan kadınlar, yalnızca hamilelikle ilgili değil, aynı zamanda hastalıklarının ilerlemesiyle ilgili gelecekteki ebeveynlik endişeleriyle ilgili belirsizlik yaşamışlardır (Smeltzer, 1994).

Çalışmamızda ise riskli durum tanısına göre MHBÖ alt boyutu olan Belirsizlik puanları bakımından gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.6). Ancak literatürde riskli gebelik tanılarına göre belirsizlik durumlarını birbiri ile karşılaştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Gebelik ile ilgili bazı komplikasyonlar, hastalığın ciddiyetine, semptomların yoğunluğuna, sıklığına, gebenin yaşam kalitesini etkileme düzeyine bağlı olarak daha az veya daha fazla belirsizliğe neden olabilir ve bunun da belirsizlik seviyelerindeki değişimleri kısmen açıklayabileceği düşünülmektedir.

Doğum öncesi depresyonu olan kadınlarda, önceki olumsuz deneyimler, öngörülemeyen gebelik sonuçlarıyla ilgili belirsizliklerini artırma eğiliminde olduğu bulunmuştur (Tseng ve ark., 2008). Çalışmamızda psikiyatrik rahatsızlık geçiren gebelerin MHBÖ puanları psikiyatrik rahatsızlık geçirmeyen gebelere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Bu bulguyu direk tartışan bir literatür bulunmasa da doğum öncesi depresyonu olan kadınlarda, önceki olumsuz deneyimler,

öngörülemeyen gebelik sonuçlarıyla ilgili belirsizliklerini artırma eğiliminde olduğu bulunmuştur (Tseng ve ark., 2008).

Clauson (1996)'a göre yatış süresi ile belirsizlik arasında anlamlı bir pozitif korelasyon bulunmuştur. Yani hastanede daha uzun süre kalan kadınların daha yüksek seviyede belirsizlik seviyelerine sahip olduğu bulunmuştur (Clauson, 1996). Bunun aksine çalışmamızda gebelerin yatış günlerine göre belirsizlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Yatış günleri hastanede 3 günden fazla yatma şeklinde gruplandırıldığında yine anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamıştır (Tablo 4.6). Bunun sebebi bizim örneklemimizde bulunan gebelerin ortalama yatış sürelerinin daha kısa olmasından kaynaklanıyor olabilir ($2,46 \pm 1,626$) (Tablo 4.2).

5.3. RİSKLİ GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖYKÜLERİ İLE HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİNİN İNCELENMESİ

Çalışmamızda, 35 yaş üzeri riskli gebelerin HAD Ölçeği ve alt boyutlardan Anksiyete puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Çalışma bulgularımızla benzer şekilde Malmqvist ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmaya göre artan gebelik yaşı, kadınların psikolojik sağlığını tehlikeye atabilecek faktör olarak bulunmuştur. Çalışmada, kadınların artan gebelik yaşı nedeniyle yaşadığı fiziksel kısıtlamalar ve bu dönemde yaşanan yaygın rahatsızlıklar, kadınların psikolojik sağlığını tehlikeye atabildiği bildirilmiştir (Malmqvist ve ark., 2015). Çalışmamızdan farklı olarak, Dağlar ve Nur'un (2014) gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi üzerine yaptığı çalışmasında gebelerde anksiyete görülme durumunun yaş faktörü ile ilişkisi olmadığı görülmüştür (Dağlar ve Nur, 2014). Yine Şen ve Şirin'in (2013) preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler üzerine yaptığı çalışmasında da gebelerin anksiyete puanlarının yaş faktöründen etkilenmediği görülmüştür. Çalışmalar arasındaki farkın diğer demografik ve obstetrik farklılıklar sebebiyle gerçekleştiği düşünülmektedir.

Eğitim düzeyi ile depresyon düzeyi arasındaki ters korelasyon olduğu bildirilmiştir (Chi, Zhang, Wu ve Wang, 2016). Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada gebelere uygulanan HAD ölçeği Depresyon

puanı eğitim düzeyi arttıkça azaldığı görülmüştür (Arslan ve ark., 2011). Yapılan başka bir çalışmaya göre gebe kadınlar üzerinde uygulanan HAD ölçeğinin Anksiyete ve Depresyon alt boyut puanının düşük eğitimli olan gebelerde %48,5 daha yüksek olduğu bulunmuştur (Şimşek, 2021). İlk trimesterde olan gebelerle yapılan başka bir çalışmaya göre eğitim seviyesi düşük olan gebelerin anksiyete riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Yücel ve ark., 2013). Sertbaş'ın yaptığı çalışmaya göre de eğitim seviyesi daha yüksek olan gebelerin anksiyete için daha düşük risk altında olduğu bulunmuştur (Sertbaş, 1998). Üniversite mezunu olan gebelerde daha düşük depresyon riski olduğu da Gözüyeşil ve arkadaşları tarafından yapılan araştırma sonucunda bildirilmiştir (Gözüyeşil ve ark., 2008). Bu çalışmaların aksine Kul'un yaptığı çalışmada (2021), eğitim durumu ile HAD ölçeği Anksiyete ve Depresyon sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Kul, 2021). Çalışmamızda genel literatürü destekler nitelikte üniversite mezunu olan gebelerin, HAD, HAD- Anksiyete ve HAD- Depresyon ölçek puanları okuryazar olan, ilköğretim mezunu ve lise mezunu gebelere göre anlamlı olarak daha düşüktür. Bunun sebebi eğitim düzeyi arttıkça kadının hastalığı hakkında daha fazla bilgi sahibi olarak hastalığını daha etkin yönetmesi ve farkındalığının yüksek olması olabilir.

Çalışmamızda ilk trimesterdeki gebelerin Depresyon puanları son trimesterdeki gebelere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8). Benzer şekilde Hu ve arkadaşları (2017) gebeliğin üç trimesteri boyunca depresyon sıklığının azaldığını bildirmiştir (Hu ve ark. 2017). Yapılan diğer araştırmaların sonuçları da benzer şekilde gebelik sürecinde depresyonun yavaşladığını göstermektedir (Ahmed, Feng, Bowen ve Muhajarine, 2018; Carter ve ark., 2019). Çalışmamızdan farklı olarak, literatürde 3. trimesterde anksiyete ve depresyon riskinin iki kat arttığı (Effati-Deryani ve ark., 2018), gebelikte anksiyete ve depresyon riskinin trimestra göre değişmediği (Podvornik ve ark., 2015) bildirilmiştir. Kazemi ve Dadkhan'ın (2020) düşük riskli gebeliği olan İranlı kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, gebeliğin başlangıcından gebeliğin ikinci trimesterine kadar anksiyete ve depresyon düzeyinin arttığı saptanmıştır. Çalışmada, düşük riskli gebeliği olan kadınların gebeliğe daha az depresyonla başladıkları, ancak gebeliğin ilerlemesiyle birlikte depresyon düzeyinin arttığı bildirilmiştir (Kazemi ve Dadkhan, 2020). İranlı kadınlar üzerinde yapılan çalışmada kadınların ikinci trimesterde daha fazla depresyona sahip olması kültürel

faktörlerden kaynaklanıyor olabilir. Bunu destekler nitelikte İranlı kadınlarda gözlenen depresyon düzeyindeki bu artış eğilimi, İran genel nüfusunda gebeliği olan kadınlarda bildirilen yüksek depresyon yaygınlığıyla uyumlu bulunmuştur (Moshki ve Cheravi, 2016). Riskli gebeliği olan kadınların gebeliğe daha fazla depresyonla başlaması gebeliğin yeni duyulması, riskli durumun yeni öğrenilmesi ve adaptasyonu, bebeği kaybetme korkusu ile ilgili olabilir. Gebeliğin ilerlemesiyle gebeliğe uyumun artması ve riskli durumu yönetmeyi öğrenme faktörleri son trimesterde depresyonu azaltan faktörler olabilir.

Üst ve arkadaşlarının 130 gebe ile yaptığı çalışmada köyde yaşayan gebelerin durumluluk kaygı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Dağlar ve Nur, 2014). Kırsal kesimde yaşayan gebeler, kaygı, depresif belirtiler ve belirsizliği kentli gebelere göre daha fazla artırabilecek ek stresörlerle karşı karşıya kalabilmektedir (Bushy, 2005). Kırsal alanlarda yaşayan gebeler, genellikle daha düşük eğitim seviyelerine, daha düşük sosyoekonomik seviyelere ve daha izole bir yaşama sahiptir, daha azı sigortalıdır ve sağlık hizmetlerine erişmek için kentsel muadillerine göre daha uzun seyahat mesafelerine sahiptirler (Hart ve ark., 2005). Bu özellikler, daha fazla strese sebep olarak anksiyeteyi arttırabilir. Çalışmamızın bulguları literatürü destekler niteliktedir. Çalışmamızda, köyde yaşayan gebelerin HAD ve HAD-Anksiyete ölçek puanları ilçede yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7).

Rubertson ve arkadaşları (2014), çalışmayan kadınlarda anksiyete görülme riskini 3,5 kat daha fazla bulmuştur (Rubertson ve ark., 2014). Arslan ve arkadaşlarının gebeler üzerinde yaptığı bir çalışmada HAD ölçeği kullanılmış ve çalışmayan kadınların HAD puanı daha yüksek bulunmuştur (Arslan ve ark., 2011). Şimşek'in yaptığı bir çalışmada gebeler üzerine HAD ölçeği uygulamış ve ev hanımlarının HAD ölçeği alt boyutları olan Anksiyete ve Depresyonun anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur (Şimşek, 2021). Çalışmamızda elde edilen bulgular da literatürü destekler niteliktedir. Çalışmamızda çalışmayan gebelerin HAD puanları çalışan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Bunun sebebi çalışan gebe kadının dikkatinin bir kısmını işe vermesi var olan riske olan odağı azaltarak ilginin başka alana çekilmesi, çalışan kadının kendini daha özgüvenli hissetmesinden dolayı anksiyete ve depresyonu daha az olabilir. Bunu destekler nitelikte çalışan kadının benlik saygısındaki artışın depresyonu azalttığı literatürde bildirilmiştir (Çam, 1996).

Çalışma bulgularımızdan farklı olarak Kul'un (2021) yaptığı çalışmada, çalışma durumu ile HAD ölçeği Anksiyete ve Depresyon sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Kul, 2021).

Yapılan bir çalışmada gebeliği planlamamanın, depresyon düzeyini etkilememekle birlikte, gebelerde artan kaygı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Kazemi ve Dadkhan, 2020). Kaygı düzeyi ile gebelik planlaması arasında gözlemlenen ilişki, Garipey'nin planlanmamış gebeliğin artan kaygı bozukluğu riski ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmasının sonuçlarını doğrulamaktadır (Garipey, Lundsberg, Miller, Stanwood ve Yonkers, 2016). Bu çalışmaların aksine bizim çalışmamızda HAD-Anksiyete puanı ile gebeliğin planlı olup olmamasının arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde, Şimşek'in çalışmasında (2021) gebeler üzerine HAD ölçeği uygulamış ve gebeliğin planlı olması veya olmaması ile HAD ölçeği alt boyutları olan Anksiyete arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Şimşek, 2021).

Çalışmamızda gebelerin, gebeliklerinin planlı olup olmaması ile HAD-Depresyon ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 4.7). Gebeliği planlı olmayan riskli gebelerin planlı olanlara göre Depresyon puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada, bulgumuza benzer şekilde istemeyerek gebe kalan kadınlarda depresyon riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Büyükkoca, 2001). Plansız gebeliklerden kaynaklanan sorunları perinatoloji hemşireleri ve konsültasyon liyezon hemşireleri multidisipliner çalışarak erken teşhis ile önleyebilir ve azaltabilir.

Çalışmamızda, gebelerin kronik rahatsızlık varlığı durumuna göre HAD, HAD-Anksiyete ve HAD- Depresyon ölçek puanı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 4.7). Bunun sebebi riskli gebeliğin fetal ve maternal sağlık üzerindeki etkisi daha önemli hale gelmiş ve önceden var olan kronik hastalığın önüne geçmiş olması olabilir. Çalışma bulgumuza benzer şekilde, Şimşek'in yaptığı (2021) çalışmada gebeler kronik hastalığın mevcut olup olmaması ile HAD ölçeği alt boyutları olan Anksiyete ve Depresyon arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Şimşek, 2021). Dikmen'nin (2020) Sakarya ilinde gebelerde anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili etmenler üzerine yaptığı çalışmasında kronik hastalığı olan gebelerin hastane anksiyete ve depresyona yatkınlığı incelenmiş fakat kronik bir rahatsızlığın anksiyete

ve depresyonla ilişkisi görülmemiştir (Dikmen, 2020). Çalışma bulgularımızdan farklı olarak, kronik hastalığa sahip olan kişilerde depresyon ve anksiyete riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Sağduyu ve ark., 2000). Bu farkın nedeninin örneklemimizde hastane anksiyete ve depresyonunun değerlendirilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin tanılarına göre HAD ölçek puanları ve HAD Ölçeği Anksiyete puanları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). Literatürde yüksek riskli gebelerin yatak istirahati sebebiyle anksiyete ve depresyon yaşadıkları bulunmuştur (Irion ve ark., 2012). Literatürde riskli gebelik tanılarına göre Hastane Anksiyete ve Depresyon seviyelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmayla karşılaşılmamıştır. Ancak İran'da yapılan bir çalışmaya göre kusma ve bulantının daha düşük sağlık iyilik hali ile ilişkili olduğu (Vakilian 2019), Kanada'da yapılan bir başka çalışmaya göre daha düşük yaşam kaliteleri olduğu (Lacasse ve ark. 2008), Türkiye'de yapılan bir çalışmaya göre kusma ve bulantı yaşayan gebelerin %87,4'ünün günlük aktivitelerini, %67,9'u ruh halini etkilediği bulunmuştur (Yanikkerem ve ark. 2012). Yine Türkiye'de yapılan başka bir çalışmaya göre bulantı kusması olan gebelerin bulantı kusması olmayan gebelere göre daha fazla anksiyete ve depresyon yaşadıkları bulunmuştur (Beyazıt ve Şahin, 2018).

Çalışmamızda gebelikte HEG tanısı ile yatışı yapılan gebelerin, gebelikte hipertansif hastalığı olan, amniyotik mai anomalisi olan ve anormal NST bulgusu olan gebelere göre HAD-Depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Bunun sebebi Hiperemesis gravidarum, fiziksel olarak zorlayıcı bir durum olduğundan, yorgunluk ve enerji düşüklüğü gibi faktörler, duygusal olarak zorlayıcı bir durum yaratabileceğinden ve sosyal izolasyona yol açabileceğinden anne adaylarında depresyon riskini artırıyor olabilir. Çalışmamızda gebelikte enfeksiyonu olan gebelerin, plasental anomalisi olan ve anormal NST bulgusu olan gebelere göre HAD-Depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Gebelikte enfeksiyonu olan riskli gebelerin, plasental anomalisi olan riskli gebelere göre HAD puanları anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 4.7). Gebelikte enfeksiyonu olan gebelerin diğer tanımlar ile anksiyete ve depresyon bakımından karşılaştıran başka bir çalışma bulunmamıştır. Gebelikte enfeksiyon akut gelişen, anormal NST veya plasental anomalileri ile kıyaslandığında gebenin yaşam aktivitelerini doğrudan

etkileyen bir durumdur ve bu nedenle enfeksiyon tanısı olan gebelerin hastane depresyon düzeylerinin daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda da psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olan gebelerin HAD ve HAD-Anksiyete puanları psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olmayan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Çalışma bulgularımızla benzer şekilde Nefes'in (2022) yüksek riskli gebelerde yaptığı çalışmada gebelikten önce psikiyatrik tedavi alanların depresyon ve anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Nefes, 2022).

Riskli gebeliğe sahip kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin diğer gebelere göre daha yüksek olması öngörülen bir durumdur. Riskli gebelik sürecine obstetrik özelliklerinde eklenmesiyle birlikte anksiyete ve depresyon düzeylerinde değişiklik görülebilir. Parite sayısı ise bu düzeyi etkileyen obstetrik özellikler arasındadır (Karabulutlu ve Yavuz, 2021).

Çalışmamızda multigravid gebelerin HAD- Depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Literatürde birçok çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir. Nefes'in (2021) yaptığı çalışmada gebelik sayısı 3 ve üzeri olan gebelerin HAD anksiyete alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Nefes, 2021). Bulut ve Yiğitbaş'ın yaptığı çalışmaya göre gebelik sayısı 4-6 arasında olanların depresyon düzeyi daha yüksektir (Bulut ve Yiğitbaş, 2018). Arslan ve arkadaşlarının gebeler üzerinde yaptığı bir çalışmada HAD ölçeği kullanılmış ve çalışmaya katılan gebelerin anksiyete ve depresyon puanları ile toplam gebelik sayıları arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir. Toplam gebelik sayısı arttıkça anksiyete ve depresyon puanlarının arttığı bulunmuştur (Arslan ve ark., 2011). Çalışmada parite sayısı yüksek olan riskli gebelerin anksiyete ve depresyon ölçeği puanlarının parite sayısı düşük olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yine benzer şekilde Loo ve arkadaşlarının (2018) maternal özelliklerin gebelikte depresyon ve anksiyete ile ilişkisi üzerine yaptığı çalışmada parite sayısı yüksek gebelerin daha fazla anksiyete ve depresyon puanına sahip olduğu görülmüştür (Loo ve ark., 2018). Çalışma bulgularımızdan farklı şekilde Silva ve arkadaşlarının (2016) gebelikte depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler üzerine yaptığı çalışmada primipar gebelerin depresyon puanlarının diğer gebelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Silva ve ark., 2016).

Farklılığın, örnekleme alınan gebelerin farklı sosyodemografik /obstetrik özelliklere sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Uzun süreli hastane yatışlarında kişilerde anksiyete gözlenebilmektedir (Demet ve ark., 2021). Bizim çalışmamızda ise riskli gebelerin, hastanede yattıkları gün sayısına göre HAD, HAD- Anksiyete ve HAD- Depresyon ölçeği puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.7). Bunun sebebi bizim örneklemimizde bulunan gebelerin ortalama yatış sürelerinin daha kısa olmasından dolayı olabilir ($2,46 \pm 1,626$) (Tablo 4.2).

Abortus öyküsü gebede daha önce bir kaybetme korkusu yaşanması dolayısıyla normal ve sağlıklı bir gebelikte dahi anksiyete ve depresyon düzeyinde artmaya sebep olabilecek obstetrik faktörler arasında yer almaktadır (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş, 2011). Çalışmamızda gebelerin abortus sayılarına göre HAD, HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Abortus sayısı 2 ve fazlası olan gebelerin hiç abortusu olmayan gebelere göre HAD ve HAD-Anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Literatürde çalışma bulgularımızı destekleyen birçok çalışma vardır. Arslan ve arkadaşlarının (2011) gebeler üzerinde yaptığı bir çalışmada HAD ölçeği kullanılmış ve çalışmaya katılan gebelerin anksiyete ve depresyon puanları ile abortus sayıları arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir. Abortus sayısı arttıkça anksiyete puanının yükseldiği belirtilmiştir (Arslan ve ark., 2011). Şimşek'in (2021) yaptığı bir çalışmada gebelerde HAD ölçeği uygulamış ve abortus öyküsüne göre HAD ölçeği alt boyutları olan Anksiyete ve Depresyon bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Abortus öyküsü olan gebelerin anksiyete ve depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur (Şimşek, 2021). Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında abortus öyküsü olan kadınların daha fazla depresif bulgular gösterdiği, düşük sayısının depresyon ile ilişkili olabileceği, bir sonraki gebelikte daha fazla seviyede depresyon için risk altında olduğu bildirilmiştir (Llewellyn ve ark., 1997; Çalışkan ve ark., 2007). Çalışma bulgularımızdan farklı olarak, Cincioğlu ve arkadaşlarının (2020) riskli gebeliklerde gebelerin ruhsal durumları ve stresle başa çıkma biçimleri üzerine yaptığı çalışmada abortus öyküsünün gebelikteki anksiyete ve depresyonla ilişkili olmadığı görülmüştür (Cincioğlu ve ark., 2020). Yine Akbaş ve arkadaşlarının (2008) gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi üzerine

yaptığı çalışmada abortus öyküsünün anksiyete ve depresyonla ilişkisinin olmadığı görülmüştür (Akbaş ve ark., 2008).



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Riskli gebelik tanısı olan ve hastanede yatan kadınlarda hastane anksiyete ve depresyonu ile belirsizlik arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmamızda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Katılımcı gebelerin gebelik haftalarına bakıldığında, %11,7'si (n=38) ilk trimesterde, %16,3'ü (n=53) ikinci trimesterde ve %72'i (n=234) son trimesterdedir (Tablo 4.2).
- Gebelerin, %61,2'si (n=202) planlı, %37,8'si (n=123) plansız gebeliğe sahiptir (Tablo 4.2).
- Gebelik sayılarının üçten fazla olma durumuna göre gruplandırıldığında, gebelerin %82,5'inin (n=306) üçten az gebelik geçirmişken, %17,5'inin (n=57) üçten fazla gebeliği olmuştur (Tablo 4.2).
- Gebelerin %73,5'inin (n=239) abortusu yokken, %26,5'inin (n=86) en az bir abortusu vardır. %94,2'sinin (n=306) ölen çocuğu yokken, %17,5'inin (n=57) ölen çocuğu vardır (Tablo 4.2).
- Gebelerin tanıları incelendiğinde, %22,2'si (n=72) hipertansif problemler, 9,5'i (n=31) GDM, %24'ü (n=78) EDT/Abortus imminens (23 abortus imminens, 55 EDT), %8,9'u (n=29) HEG, %5,5'i (n=18) amniyotik mai anomalileri, %16,6'sı (n=54) anormal NST bulgusu, %2,8'i (n=9) enfeksiyon ve %4,9'u (n=16) plasenta anomali tanısı ve %5,5'i (n=18) diğer sağlık problemleri ile hastanede yatmaktadır (Tablo 4.2).
- Gebelerin %24'ü (n=123) hastanede 1 gün, %42,2'si (n=137) 2 gün, %19,1'i (n=62) 3 gün ve %14,8'i (n=48) 4 günden fazla kalmıştır (Tablo 4.2).
- Çalışmamızda kullanılan ölçeklerden Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeğinin puan ortalaması $49,36 \pm 13,163$, Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği alt boyutlarından Mevcut Durum Algısı puan ortalaması $28,65 \pm 8,699$ ve Mishel

Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği Alt Boyutlarından Anlama Algısı puan ortalaması $10,01 \pm 3,478$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

- Çalışmamızda kullanılan bir diğer ölçek olan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin puan ortalaması $14,54 \pm 7,269$, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği alt boyutlarından Anksiyete puan ortalaması $7,91 \pm 4,051$ ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği alt boyutlarından Depresyon puan ortalaması $6,64 \pm 4,077$ 'dir (Tablo 4.3).
- MHBÖ puanı değişkeni ile HAD ölçeği puanı değişkeni arasında %95 güven ile anlamlı pozitif bir ilişki vardır (Tablo 4.4).
- Riskli gebelerin bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine göre (Yaşanılan yer, çalışma durumu, eğitim düzeyi vb.) MHBÖ puanı bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4.5 ve 4.6).
- Riskli gebelerin bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine göre (Abortus sayısı, gebelik sayısı, riskli durum tanısı vb.) HAD Ölçek puanı bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. (Tablo 4.7 ve 4.8).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Obstetrik bir komplikasyonun antenatal dönemde olması gebe kadınların yaşadığı psikolojik problemlerin doğası ve yoğunluğu, gebelik boyunca değişir. Riskli gebelik tanısı olan gebelere gebelikleri boyunca, farklı psikolojik tepki aşamalarının her birini açıklayan etkili psikolojik destek sunulması önerilir.
- Hastanelerde riskli gebe takibi yapan birimlerin çeşitli düzeylere göre kategorize edilerek, psikiyatrik destek gereken gebelerin bu kategoriye göre ilgili birime yatışı yapılarak takip edilmesinin daha sağlıklı takip yapılmasına destek olabilir.
- Riskli gebeliklerin bakım ve takibine uygun belirsizliği ve hastane anksiyete ve depresyonu gelişmesini tespit edebilecek yeni ölçüm araçları ve teknolojik uygulamalar geliştirilmesinin alana katkı sunacağı düşünülmektedir.

- Riskli gebelerin bakımında kanıta dayalı uygulamaları desteklemek için girişimsel bakım uygulamaları yapılarak etkinliğinin araştırıldığı yeni çalışmalar planlanabilir.
- Riskli gebelerin hastane bakımında kullanılabilecek ülkemizin kültürel yapısına uygun bir bakım modeli geliştirilebilir.
- Antenatal bakımda aktif görev alan hemşireler, kadınların riskli gebelik deneyimlerindeki belirsizliğe katkıda bulunan bireysel kaygıları ve faktörleri bilmeli ve buna uygun bakım ve yaklaşımlarda bulunmalıdır.
- Riskli gebeliği olan kadınlarda belirsizliği ve hastane anksiyete ve depresyonu etkileyen faktörleri daha fazla açıklayabilmek için, daha farklı sosyodemografik yapıya sahip bölgelerde yaşayan örneklemle bu çalışmayı destekleyecek çalışmalar yapılabilir.
- Hastanede yatan riskli gebelerle derinlemesine görüşmeler yapılarak yaşadığı problemler ve beklentilerine yönelik görüşleri alınarak literatüre ve alana katkıda bulunulabilir.
- Hastanede yatan ve ayakta takip edilen riskli gebelerin belirsizlik, anksiyete ve depresyon düzeylerini kıyaslayan çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Ahmed, A., Feng, C., Bowen, A., & Muhajarine, N. (2018). Latent trajectory groups of perinatal depressive and anxiety symptoms from pregnancy to early postpartum and their antenatal risk factors. *Archives of Women's Mental Health*, 21, 689– 698. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0845-y>
- Akbaş, E., Vırit, O., Savaş, AH., Sertbaş, G. (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 45(3).
- Alves, C., Castro, M., Souza, R., Lira, S., Sampaio, R., Pereira, P. (2019). Group of high-risk pregnant women as a health education strategy. *Rev Lat Am Enfermagem*, 40:1-8
- American Academy of Pediatrics. (2015). Teenage pregnancy. Erişim Linki: <http://www.healthychildren.org/English/ages-stages/teen/dating-sex/pages/Teenage-Pregnancy.aspx> Erişim Tarihi: 20.04.2023
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Thyroid Disease in Pregnancy. Erişim Tarihi: 20.04.2023
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2022). Preeclampsia and high blood pressure during pregnancy. Erişim Tarihi: 20.04.2023
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Task force on hypertension in pregnancy. hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.*, 122(5):1122–31.

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). Early pregnancy loss. Erişim Linki: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/early-pregnancy-loss> Erişim Tarihi: 20.04.2023
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Gestational diabetes mellitus. ACOG Practice Bulletin No. 190. *Obstet Gynecol*;131:e49–64 Erişim Tarihi: 20.04.2023
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Preeclampsia and high blood pressure during pregnancy. Erişim Linki: <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Preeclampsia-and-High-Blood-Pressure-During-Pregnancy>, Erişim Tarihi: 20.04.2023
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021) Erişim Linki: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/multiple-pregnancy> Erişim Tarihi: 20.05.2023
- American Psychiatric Association. (2018). Position statement on screening and treatment of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Erişim Linki: <http://www.psychiatry.org> Organization-DocumentsPolicies. Erişim Tarihi: 20.04.2023
- Arslan, B., Arslan, A., Kara, S., Öngel, K., Mungan, MT. (2011). Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 21(2), 79-84.
- Arslan, H., Beyza, B., Güneş, K., Eryurt, MA. (2020). Türkiye’de riskli gebelikler: 2018 TNSA bulguları. *Nüfusbilim Dergisi*; 42(1), 64-91.
- Bartel S., Costa SD., Kropf S., Redlich A., Rismann A. (2017). Pregnancy outcomes in maternal neuropsychiatric illness and substance abuse. *Geburtshilfe Frauenheilkd*; 77(11):1189-99. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-120920>
- Beyazit, F., Sahin, B. (2018) Effect of nausea and vomiting on anxiety and depression levels in early pregnancy. *The Eurasian Journal Medicine* 50(2):111–115 <https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2018.170320>

- Biaggi A., Conroy S., Pawlby S., Pariente CM. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord.*;191:62-77. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Borrelli, SE., Walsh, D., Spiby, H. (2018). First-time mothers' expectations of the unknown territory of childbirth: Uncertainties, coping strategies and 'going with the flow'. *Midwifery*, 63(1), 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.022>
- Bulut, A., Yiğitbaş, Ç. (2018). Gebelerde depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(1), 5-9.
- Bushy, A., Loerzel, VW. (2005). Kadınlarda kanser sağlığı eşitsizliklerini ele alan müdahaleler. *Aile ve Toplum Sağlığı*, 79-89
- Büyükkoca, M. (2001). Algılanan Sosyal Destekle Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir
- Cal, A., Aydın-Avcı, I. (2021). Turkish adaptation of the Mishel uncertainty in illness scale□community form. *Perspectives in Psychiatric Care*. <https://doi.org/10.1111/ppc.12874>
- Cancer Research UK. (2019). Erişim Linki: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/gestational-trophoblastic-disease> Erişim Tarihi: 20.04.2023
- Carolan, M., & Nelson, S. (2007). First mothering over 35 years: questioning the association of maternal age and pregnancy risk. *Health Care for Women International* 28(6), 534-555.
- Centers for Disease Control and Prevention PRAMS and smoking. (2013). Erişim Linki: www.cdc.gov/prams/TobaccoandPrams.htm Erişim Tarihi: 20.04.2023
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Data on selected pregnancy complications in the United States. Erişim Tarihi: 20.04.2023

- Chen, C., Fang, W., An, Y., Wang, L., Fan, X. (2020). The multiple mediating effects of illness perceptions and coping strategies on the relationship between physical symptoms and depressive symptoms in patients with heart failure. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 19, 125–133. doi: 10.1177/1474515119864759
- Chi, X., Zhang, P., Wu, H., Wang, J. (2016). Screening for postpartum depression and associated factors among women in China: A crosssectional study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1668. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01668>
- Chinn, JJ., Eisenberg, E., Dickerson, SA., King, RB., Chakhtoura, N., Lim, IAL., Grantz, KL, Lamar, C. ve Bianchi DW. (2020). Maternal mortality in the United States: research gaps, opportunities, and priorities. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 223(4), 486-492.
- Cincioğlu, E., Durat, G., Öztürk, S., Akbaş, H. (2020). Riskli gebeliklerde gebelerin ruhsal durumları ve stresle başa çıkma biçimleri. *Sağlık ve Toplum*, 20(3), 148-157.
- Clauson, MI. (1996). Uncertainty and stress in women hospitalized with high-risk pregnancy. *Clinical Nursing Research*, 5(3), 309–325. <https://dx.doi.org/10.1177/105477389600500306>
- Cui, C., Li, Y., Wang, L. (2021). The association of illness uncertainty and hope with depression and anxiety symptoms in women with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study of psychological distress in systemic lupus Erythematosus women. *J. Clin. Rheumatol.* 27, 299–305. doi: 10.1097/rhu.0000000000001280
- Cypress, BS. (2016). Understanding uncertainty among critically ill patients in the intensive care unit using Mishel's theory of uncertainty of illness. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(1), 42–49. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000152>
- Çam, O. (1996). Yaşamda kadın. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 12(1):71-73

- Çevik, S., Yagmur, Y. (2018). Impact of intolerance of uncertainty on psychological well-being in pregnant women with or without miscarriage risk. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(3), 436–440
- Dagklis, T., Tsakiridis, I., Chouliara, F., Mamopoulos, A., Rouso, D., Athanasiadis, A., Papazisis, G. (2018). Antenatal depression among women hospitalized due to threatened preterm labor in a high-risk pregnancy unit in Greece. *Journal Matern Fetal Neonatal Med*; 31:919-25.
- Dağlar, G., Nur, N. (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Medical Dergisi*, 36(4), 429-441.
- De Jesus Silva, MM., Peres Rocha Carvalho Leite, E., Alves Nogueira, D., Clapis, M. J. (2016). Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 34(2), 342–350. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a14>
- Demet, M., Dilbaz, N., Pırıldar, Ş., Alkın, T. (2021). Anksiyete Bozuklukları Klinik Protokolü, Erişim Linki: https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40837/0/anksiyete-bozukluklariklinikprotokolupdf.pdf?_tag1=27F18369F59203B99B30637E01EB497CEE5260D9. Erişim tarihi:20.04.2022.
- DeSocio, JE. (2018). Epigenetics, maternal prenatal psychosocial stress, and infant mental health. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(6), 901–906. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.09.001>
- Di Nallo, A., Köksal, S. (2022). Adverse pregnancy outcomes following a job loss in the UK (No. 2022-09). ISER Working Paper Series.
- Dikmen, Ö. (2020). Sakarya ilinde gebelerde anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili etmenler Prevalence of anxiety and depression in pregnant woman in sakarya province and related factors. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Sakarya. (Danışman: Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer)

- Doğan Merih, Y., İlter, F., Çoşkuner Potur D., Alioğulları, A. (2018). Prenatal tanı testleri sonrasında riskli gebelik tanısı alan gebelerin sürece yönelik görüşleri. *KASHED* ;4(1):1-19
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) (2018). World Health Organization. Available from: Maternal mortality. Erişim Linki: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> Erişim Tarihi: 17.04.2023.
- Effati-Deryani, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Zarei, S., Mohammadi, A., Mirghafourvand M. (2018). Depression, anxiety and stress in the various trimesters of pregnancy in women referring to Tabriz health centres. *International Journal of Culture and Mental Health*.
- Errico, L. D. S. P. D., Bicalho, P. G., Oliveira, T. C. F. L. D., Martins, E. F. (2018). The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1257-1264.
- Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. (2018). United States of America: National Institutes of Health. Available from: Erişim Linki: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk/conditioninfo/pages/factors.aspx>. Erişim Tarihi: 20.04.2023
- Field T. (2011). Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant Behav Dev*; 34:1–14, doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008>.
- Garipey, AM., Lundsberg, LS., Miller, D., Stanwood, NL., Yonkers, KA. (2016). Are pregnancy planning and pregnancy timing associated with maternal psychiatric illness, psychological distress and support during pregnancy? *Journal of Affective Disorders* ; 205:87–94
- Gilbert, ES., Harmon, JS. (2011). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. (Ed) Taşkın, L. Palme Yayıncılık, ss: 117-197.
- Giurgescu, C., Penckofer, S., Maurer, MC., Bryant, FB. (2006). Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-

risk pregnant women. *Nursing Research*, 55(5), 356–365.
doi:10.1097/00006199-200609000-00008

Giurgescu, C., Zenk, S. N., Templin, T. N., Engeland, C. G., Dancy, B. L., Park, CG., Kavanaugh, K., Dieber, W., Misra, D. P. (2015). The impact of neighborhood environment, social support, and avoidance coping on depressive symptoms of pregnant African-American women. *Women's Health Issues*, 25(3), 294-302.

Gözüyeşil, EY., Şirin, A., Çetinkaya, Ş. (2008). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9), 40-62.

Grobman WA., Bailit JL., Rice MM., Wapner, RJ., Reddy, UM., Varner, MW., Thorp, JM., Leveno, KJ., Caritis, SN., Iams, JD., Tita, AT., Saade, G., Sorokin, YS., Rouse, DJ., Blacwell SC., Tolosa, JE., Dorsten, JPV. (2014). Frequency of and factors associated with severe maternal morbidity. *Obstet Gynecol*;123(4):804–10.

Hadımlı, A. (2018). Gebelikten Önce Mevcut Olan Riskli Durumlar. İçinde: Soğukpınar N, (Ed). *Riskli Gebeliklerde Bakım ve Danışmanlık*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; Özel sayı:1-12

Hart, LG., Larson, EH., Lishner, DM. (2005). Rural definitions for health policy and research. *American journal of public health*, 95(7), 1149-1155.

Hirshberg, A., Srinivas, SK. (2017). Epidemiology of maternal morbidity and mortality. *In Seminars in perinatology*, Sayı: 41, No. 6, ss. 332-337.

Holness, N. (2018). High-risk pregnancy. *Nursing Clinics*; 53:241-51.

Höglund, E., Dykes, AK. (2013). Living with uncertainty: A Swedish qualitative interview study of women at home on sick leave due to premature labour. *Midwifery*, 29(5), 468–473.

Hui Choi, WH., Lee, GL., Chan, CH., Cheung, RY., Lee, IL., Chan, CL. (2012). The relationships of social support, uncertainty, self- efficacy, and commitment to

prenatal psychosocial adaptation. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2633–2645. doi:10.1111/j.1365- 2648.2012.05962.x

HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütler Enstitüsü). (1994). 1994 Türkiye nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütler Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütler Enstitüsü). (2014). 2014 Türkiye nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütler Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütler Enstitüsü). (2019). 2018 Türkiye nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütler Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Hwang, RH. (2013). Relationship between maternal fetal attachment and state anxiety of pregnant women in the preterm labor. *Korean J Women Health Nurs*. 2013;19(3):142-152. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2013.19.3.142>

Irion, JM., Irion, GL., Lewis, K., Giglio, M. (2012). Current trends of physical therapy interventions for high-risk pregnancies. *J Womens Health Phys Therap*;36:143-57

James, DK., Steer, PJ., Weiner, CP., Gonik, B., Robson, SC. (2017). High-risk pregnancy: management options: *Cambridge University*.

Kaasen A., Helbig A., Malt UF., Næs T., Skari H., Haugen G. (2017). Maternal psychological responses during pregnancy after ultrasonographic detection of structural fetal anomalies: A prospective longitudinal observational study. *PloS one*, 12(3), e0174412.

- Karabulutlu, Ö., Yavuz, C. (2021). Yüksek riskli gebeliklerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin sıklığının değerlendirilmesi. *Caucasian Journal of Science*, 8(1), 51-69.
- Kazemi, A., Dadkhah, A. (2022). Changes in prenatal depression and anxiety levels in low risk pregnancy among Iranian women: a prospective study. *Asia-Pacific Psychiatry*, 14(1), e12419.
- Kingston, D., Janes-Kelley, S., Tyrrell, J., Clark, L., Hamza, D., Holmes, P. (2015). An integrated web-based mental health intervention of assessment-referral-care to reduce stress, anxiety, and depression in hospitalized pregnant women with medically high-risk pregnancies: a feasibility study protocol of hospital-based implementation. *JMIR Res Protoc*;4(1):9. <https://doi.org/10.2196/resprot.4037>
- Kinser PA., Thacker LR., Lapato D., Wagner S., Roberson-Nay R., Jobe-Shields L. (2018). Depressive symptom prevalence and predictors in the first half of pregnancy. *J Womens Health (Larchmt)*. ;27(3):369-76. DOI: <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6426>
- Korb D, Goffinet F, Seco A, Chevret S, Deneux-Tharaux C. (2019). EPIMOMS Study Group. Risk of severe maternal morbidity associated with cesarean delivery and the role of maternal age: a population-based propensity score analysis. *CMAJ*;191:E352–60. PubMed: 30936165
- Kul, E. (2021). Antenatal izlem için başvuran son trimester gebelerde uyku kalitesi ve etki eden faktörler, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Uzmanlık Tezi (Danışman: Doç.Dr. E. Zeynep Tuzcular Vural)
- Kurki T, Hillesman V, Raitesolo R. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetric Gynecology*; 95:487-90.
- Kwon, MK., Bang, KS. (2011). Relationship of prenatal stress and depression to maternal-fetal attachment and fetal growth. *J Korean Acad Nurs*;41(2):276-283. <https://doi.org/10.4040/jkan.2011.41.2.276>

- Lacasse, A., Rey, E., Ferreira, E., Morin, C. and Bérard, A. (2008) Nausea and Vomiting of Pregnancy: What about Quality of Life *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115, 1484-1493. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18752585>
- Lee, J., Choi, E. (2010). Stress and coping style of high-risk pregnant women spouse. *Korean J Women Health Nurs.*; 16(3):234- 244. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2010.16.3.234>
- Lee, KA., Gay, CL. (2017). Improving sleep for hospitalized antepartum patients: A non-randomized controlled pilot study. *J Clin Sleep Med*;13:1445-53.
- Lennon, SL. (2016) Risk perception in pregnancy: A concept analysis. *J Adv Nurs*;72:20-9.
- Liu, J., Ogunyemi, D., Jovanovski, A., Liu, J., Friedman, P., Sugiyama, N., Creps, J., Madan, I. (2018). The contribution of untreated and treated anxiety and depression to prenatal, intrapartum, and neonatal outcomes. *AJP Reports*, 8, e146–e157. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1661379>
- Llewellyn, AM., Stowe, ZN., Nemeroff, CB. (1997). Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997;58 Suppl 15:26-32
- Lou, S., Nielsen, CP., Hvidman, L., Petersen, OB., Risør, MB. (2016). Coping with worry while waiting for diagnostic results: a qualitative study of the experiences of pregnant couples following a high-risk prenatal screening result. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16, 321
- Loyet M, McLean A, Graham K, Antoine C, Fossick K. (2016). The fetal care team: care for pregnant women carrying a fetus with a serious diagnosis. *MCN Am J Matern Child Nurs.*;41(6):349-355. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000278>
- MacDorman MF., Declercq E., Thoma ME. (2017). Trends in maternal mortality by sociodemo-graphic characteristics and cause of death in 27 states and the District of Columbia. *Obstet Gynecol*;129:811–8. [PubMed: 28383383]

- MacDorman MF., Declercq E., Thoma ME. (2019). US maternal mortality data-strengths and pitfalls. Lecture presented at: Maternal mortality in the United States: future research directions workshop; *Rockville, MD*
- Madar H, Goffinet F, Seco A, Rozenberg P, Dupont C, Deneux-Tharaux C. (2019). Severe acute maternal morbidity in twin compared with singleton pregnancies. *Obstet Gynecol* ;133:1141–50. [PubMed: 31135727]
- Majella, MG., Sarveswaran, G., Yuvaraj Krishnamoorthy, KS., Arikrishnan, K., Kumar, SG. (2019). A longitudinal study on high risk pregnancy and its outcome among antenatal women attending rural primary health centre in Puducherry, South India. *J Edu Health Promot*; 8:12-9
- Malmqvist, S., Kjaermann, I., Andersen, K., Okland, I., Larsen, JP., Bronnick, K. (2015). The association between pelvic girdle pain and sick leave during pregnancy; a retrospective study of a Norwegian population. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 237. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0667-0>
- Maloni, J. (2010). Antepartum Bed Rest for Pregnancy Complications: Efficacy and Safety for Preventing Preterm Birth. *Biological Research for Nursing*, 12(2), 106-124.
- Maloni, J., Kane, J., Suen, L., Wang, K. (2002). Dysphoria Among High-Risk Pregnant Hospitalized Women on Bed Rest. *Nursing Research*, 51(2), 92-99.
- Martens, TZ., Emed, JD. (2007). The experiences and challenges of pregnant women coping with thrombophilia. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36(1), 55–62. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00113.x>
- Martin CL, Sotres-Alvarez D, Siega-Riz AM. (2015). Maternal dietary patterns during the second trimester are associated with preterm birth. *J Nutr.*;145(8):1857–64.
- Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği. (2018). Tanı ve Tedavi Kılavuzları “ACOG Diyor ki” Sayı: 190, Erişim Tarihi: 23.04.2023

- McCall, SJ., Nair, M., Knight, M. (2017). Factors associated with maternal mortality at advanced maternal age: a population-based case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(8), 1225-1233
- Metsala J., Stach-Lempinen B., Gissler M., Eriksson JG., Koivusalo S. (2016). Risk of pregnancy complications in relation to maternal prepregnancy body mass index: population-based study from Finland 2006-10. *Paediatr Perinat Epidemiol.*;30(1):28-37.
- Mikšić, Š., Miškulin, M., Juranić, B., Rakošec, Ž., Včev, A., & Degmečić, D. (2018). Depression and suicidality during pregnancy. *Psychiatria Danubina*, 30(1), 85-90.
- Mishel, MH. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30(5), 258-263. <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00002>
- Mishel, MH. (1988). Uncertainty in illness. Image—*The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Montan S. (2007). Increased risk in the elderly parturient. *Curr Opin Obstet Gynecol*;19:110-2.
- Moreland, P., Santacroce, SJ. (2018). Illness uncertainty and posttraumatic stress in young adults with congenital heart disease. *J. Cardiovasc. Nurs.* 33, 356-362. doi: 10.1097/jcn.0000000000000471
- Moshki, M., Cheravi, K. (2016). Relationships among depression during pregnancy, social support and health locus of control among Iranian pregnant women. *International Journal of Social Psychiatry*, 62, 148-155. <https://doi.org/10.1177/0020764015612119>
- Nair M., Kurinczuk JJ., Brocklehurst P., Sellers S., Lewis G., Knight M. (2014). Factors associated with maternal death from direct pregnancy complications: a UK national case-control study. *BJOG* ;122:653-62.

- Nefes, HN. (2022). Gebelerde anksiyete ve depresyon düzeyleri ile beslenme tutumu arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Nelson, DB., Moniz, MH., Davis, MM. (2018). Population-level factors associated with maternal mortality in the United States, 1997–2012. *BMC public health*, 18(1), 1-7.
- Office on Women's Health. (2010). Pregnancy: pregnancy complications. Erişim Linki: <https://www.womenshealth.gov/pregnancy/youre-pregnant-now-what/pregnancy-complications> Erişim Tarihi: 31.04.2023
- Ogbo FA., Eastwood J., Hendry A., Jalaludin B., Agho KE., Bartnett B. (2018). Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*;18:49. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1598-x>
- Okuyan, Y., Tuna, N., Can, HÖ. (2018). Theory and model based theses in midwifery practice areas. *Life Sci*;14:20-9.
- Oliveira DC, Mandú ENT. (2015). Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. *Escola Anna Nery*;19(1):93–101. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150013>
- Omer, S., Zakar, R., Zakar, MZ., Fischer, F. (2021). The influence of social and cultural practices on maternal mortality: a qualitative study from South Punjab, Pakistan. *Reproductive health*, 18(1), 1-12.
- Özçetin, YSÜ., Erkan, M. (2019). Yüksek riskli gebelerde psikolojik sağlamlık, algılanan stres ve psikososyal sağlık. *Cukurova Medical Journal*, 44(3), 1017-1026.
- Penrod, J. (2007). Living with uncertainty: Concept advancement. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 658–667. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04008.x>

- Podvornik N, Globevnik Velikonja V, Praper P. (2015). Depression and anxiety in women during pregnancy in Slovenia. *Slovenian Journal of Public Health*; 54(1):45-50.)
- Price, S., Lake, M., Breen, G., Carson, G., Quinn, C., O'Connor, T. (2007). The spiritual experience of high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(1), 63–70. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00110.x
- Rubarth, LB., Schoening, AM., Cosimano, A., Sandhurst, H. (2012). Women's experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*;41:398-407
- Rubertsson C., Hellström J, Cross M., Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: Prevalence and contributing factors. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 221-228
- Sağduyu, A., Ögel, K., Özmen, E., Boratav, C. (2000). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1):3-16
- Schlegel, ML., Whalen, JL., Williamsen, PM. (2016). Integrative therapies for women with a high risk pregnancy during antepartum hospitalization. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 41:356-62
- Schmuke, AD. (2019). Factors affecting uncertainty in women with high-risk pregnancies. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(6), 317-324.
- Schummers L., Hutcheon JA., Bodnar LM., Lieberman E., Himes KP. (2015). Risk of adverse pregnancy outcomes by prepregnancy body mass index: a population-based study to inform prepregnancy weight loss counseling. *Obstet Gynecol.*, 125(1):133–43.
- Sertbaş, G., (1998). Gebelerde doğum öncesi ve sonrası dönemlerde durumluk- sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tez , İzmir

- Shannon, M., Lee, KA. (2008). HIV-infected mothers' perceptions of uncertainty, stress, depression and social support during HIV viral testing of their infants. *Archives of Women's Mental Health*, 11(4), 259–267. doi:10.1007/s00737-008-0023-8
- Smeltzer, SC. (1994). The concerns of pregnant women with multiple sclerosis. *Qualitative Health Research*, 4(4), 480–502. doi:10.1177/104973239400400409
- Soğukpınar, N., Akmeşe, ZB., Hadımlı, A., Balçık, M., Akın, B. (2018). Doğumevlerinde Riskli Gebelik Profili: İzmir İli Örneği, *JAREN*, doi:10.5222/jaren.2018.037
- Staneva, A., Bogossian, F., Pritchard, M., & Wittkowski, A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth*, 28(3), 179–193. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.02.003>
- Şen, E., Şirin, A. (2013). Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. *Gaziantep Medical Journal*, 19(3), 159-163.
- Şimşek, S. (2021). Birinci basamakta takip edilen gebelerde sosyal destek durumu ve ruhsal hastalık riskini etkileyen faktörlerin araştırılması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi
- Taşkın L. (2020) 16. Baskı. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.. ss: 227-273.
- Tseng, Y., Hsu, C., Liu, Y., Chen, C. (2008). The experiences of prenatal depression among Taiwanese women. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5), 495–503
- Turan, Z. (2020). Hemşirelik alanında kullanılan kavram beceri ve modeller. (Eds) Gürhan, N., Yaman Sözbir, Ş. ve Polat, Ü. Ankara: Nobel Kitap Evi. 2021 s: 523-524

Türk Dil Kurumu. (2022). Erişim Linki: <https://sozluk.gov.tr>, Erişim Tarihi: 20.05.2023

US Department of Health and Human Services, (2018). National Institutes of Health. High-risk pregnancy [Internet]. Bethesda: Author. Erişim Linki: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/2018-annual-report.pdf> Erişim Tarihi: 22.05.2023

USCF Health, (2023). University of California San Francisco: Erişim Linki: https://www.ucsfhealth.org/conditions/highrisk_pregnancy//index.html Erişim Tarihi: 20.05.2023

Vakilian, K., Aghdam, NSZ., Abadi, M. (2019). The relationship between nausea and vomiting with general and psychological health of pregnant women referral to clinics in arak city, *The Open Public Health Journal*, 12: 325- 330. DOI: 10.2174/1874944501912010325

Valdes, EG., Sparkman, L., Aamar, R., Steiner, L., Gorman, JM., Ittel, V., Bethea, JJ., Reist, C. (2023). Anne ruh sağlığının iyileştirilmesi: peripartum depresyon hakkında tarama ve eğitimin kapsamının değerlendirilmesi. *Maternal-Fetal & Neonatal Tıp Dergisi*: 36 (1), 2155042. <https://doi.org/10.1080/14767058.2022.2155042>

Van de Loo, KFE., Vlenterie, R, Nikkels, SJ., Merkus, PJFM., Roukema, J., Verhaak, CM., Roeleveld, N., Van Gelder, MMHJ. (2018). Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics. *Birth*, 45(4), 478–489. <https://doi.org/10.1111/birt.12343>

Wang, L., Chen, C., Fang, W., An, Y., and Fan, X. (2020). The multiple mediating effects of illness perceptions and coping strategies on the relationship between physical symptoms and depressive symptoms in patients with heart failure. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 19, 125–133. doi: 10.1177/1474515119864759

- Weiss, ME., Saks, NP., Harris, S. (2002). Resolving the uncertainty of preterm symptoms: Women's experiences with the onset of preterm labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(1), 66–76.
- Wendell, AD. (2013). Overview and epidemiology of substance abuse in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*; 56:91–96.
- Wu, L., Zhao, FF., Peng, MY., Guan, H. (2020). The mediating effect of coping with adaptive ability on the relationship between uncertainty in illness and psychological stress response among patients in emergency observation room. *Chin. J. Prac. Nurs.* 36, 855–860. doi: 10.3760/cma.j. cn211501-20191029-03088
- Yanikkerem E., İldan Çalım, S., Göke, A., Oruç Koltan, S., Koyuncu, FM. (2012). Hiperemesis gravidarumlu gebelerin hastalıkları hakkında düşünceleri ve gereksinimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4):269-283
- Yeşilçiçek Çalık, K., Aktaş, S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1).
- Yonkers KA., Wisner KL., Stewart DE., Oberlander, TF., Dell, DL., Stotland, N., Ramin S., Chaudron, L., Lockwood, C. (2009). The management of depression during pregnancy: A report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry*; 31:403–413
- Yücel, P., Çayır, Y., Yücel, M. (2013). Birinci Dönem gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 16:83-87.
- Zhang, Y. (2017). Uncertainty in illness: Theory review, application, and extension. *Oncology Nursing Forum*, 44(6), 645–649. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.645-649>
- Zhao, W., Hu, HQ., Zhang, J., Tian, T., Huang, AQ., ve Wang, LL. (2017). The occurrence and determinants of anxiety and depression symptoms in women of

six counties/districts in China during pregnancy. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*, 51, 47–52. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0253-9624.2017.01.010>

Zigmond AS, Snaith RP, (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.



EKLER

EK 1. Etik Kurul Onay Formu

EK 2. Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği- Toplum Formu (MHBÖ) Kullanım İzni

EK 3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) Kullanım İzni

EK 4. Kişisel Bilgi Formu

EK 5. Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği

EK 6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

EK 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (BGOF)





EK 4. Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- 1) Kaç yaşındasınız? _____
- 2) Kaç haftalık gebesiniz? _____
- 3) Tanı: _____
- 4) Kaç gündür hastanede yatıyor? _____
- 5) Medeni durum?
 - a.Evli
 - b.Bekar
- 6) Eğitim durumunuz nedir?
 - a.Okuryazar
 - b.İlköğretim
 - c.Lise
 - d.Üniversite
 - e.Lisansüstü
- 7) Çalışıyor musunuz? (Doğum İzni Dışındaki Dönemde)
 - a.Hayır
 - b.Evet (Mesleğiniz:.....)
- 8) Bu gebeliğiniz planlı mıydı?
 - a.Planlı
 - b.Plansız
- 9) Gebeliğin oluşması için herhangi bir tedavi gördünüz mü?
 - a. Hayır
 - b. Evet (**Tedaviyi Belirtiniz:**
.....)
- 10) Yaşadığınız yer
 - a. İl
 - b. İlçe
 - c. Köy
- 11) Toplam gebelik sayınız nedir ? :.....
- 12) Bu kaçınıcı gebeliğiniz ? :.....
- 13) Bu gebeliğinizde daha önce hastaneye yattınız mı?
 - a.Hayır
 - b.Evet ise neden : _____
- 14) Daha önceki gebeliklerinizde hastaneye yattınız mı ?
 - a)Hayır
 - b)Evet ise neden : _____
- 15) Kronik hastalığınız var mı?
 - a.Hayır
 - b.Evet (belirtiniz: _____)
- 16) Daha önce psikiyatrik bir rahatsızlık geçirdiniz mi?
 - a.Hayır
 - b.Evet ise belirtiniz: _____

EK 5. Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği Toplum Formu**MİSHEL HASTALIKTA BELİRSİZLİK ÖLÇEĞİ-TOPLUM FORMU**

Aşağıda, kişilerin sağlıkla ilgili zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen kendinize zaman verin ve her bir ifadeye ne anlatıldığını düşününüz. Sonra, bugün nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan sütunun altına X işaretini koyunuz. Bir ifadeye katılıyorsanız, ya “katılıyorum” ya da “kesinlikle katılıyorum”u işaretleyebilirsiniz. Bir ifadeye katılmıyorsanız, ya “katılmıyorum” ya da “kesinlikle katılmıyorum”u işaretleyiniz. Nasıl hissettiğiniz konusunda kararsızsanız, o ifadenin altındaki “kararsızım”ı işaretleyiniz. Lütfen her ifadeye cevap veriniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Benimle ilgili neyin sorun olduğunu bilmiyorum.					
2. Cevapları olmayan pek çok sorum var.					
3. Hastalığımın daha iyiye mi yoksa daha kötüye mi gittiğinden emin değilim.					
4. Durumum hakkında yapılan açıklamalar benim için net değil.					
5. Benim için her bir tedavinin amacı anlaşılır.					
6. Hastalığımın belirtileri tahmin edilemez bir şekilde değişmeye devam ediyor.					
7. Bana açıklanan her şeyi anlıyorum.					
8. Doktorlar, bana birçok anlamı olabilecek şeyler söylüyorlar.					
9. Tedavim anlaşılamayacak kadar karmaşık.					
10. Aldığım tedavilerin ya da ilaçların işe yarayıp yaramadığını bilmek zor.					
11. Hastalığımın belirsizliği yüzünden, gelecekle ilgili plan yapamıyorum.					
12. Hastalığımın seyri değişmeye devam ediyor. İyi ve kötü günlerim oluyor.					

13. Benimle ilgili neyin sorun olduğu hakkında birbirinden farklı pek çok görüş verildi.					
14. Bana ne olacağı belli değil.					
15. Testlerimin sonuçları tutarsız.					
16. Tedavinin etkinliğı belirsiz.					
17. Tedaviden dolayı neyi yapıp ve neyi yapamayacağım değişmeye devam ediyor.					
18. Bana belirli bir tanı koymadılar.					
19. Hastalığımın ciddiyeti belirlendi.					
20. Doktorlar ve hemşireler sade bir dil kullandıklarından ne söylediklerini anlayabiliyorum.					

EK 6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HAD ÖLÇEĞİ

Hasta adı soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

- 1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.
 - Çoğu zaman
 - Birçok zaman
 - Zaman zaman, bazen
 - Hiçbir zaman
- 2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
 - Aynı eskisi kadar
 - Pek eskisi kadar değil
 - Yalnızca biraz eskisi kadar
 - Neredeyse hiç eskisi kadar değil
- 3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.
 - Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
 - Evet, ama çok da şiddetli değil
 - Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
 - Hayır, hiç öyle değil
- 4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum .
 - Her zaman olduğu kadar

- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek



EK 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (BGOF)

Sayın Katılımcı,

Sizi Doç. Dr. Zekiye Turan danışmanlığında Semiha ÜNKAZAN tarafından yürütülen “Hastanede yatan riskli gebelerde hastane anksiyete ve depresyonunun belirsizlik üzerine etkisinin incelenmesi” başlıklı tez çalışmasına katılmaya davet ediyoruz. Bu çalışmada; hastanede yatan riskli gebelerin yaşadıkları anksiyete ve depresyonun belirsizlik davranışının üzerine etkisi incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada sizden tahminen 10 dakika kadar süre ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 350 kişi katılacaktır. Bu araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanmış Kişisel Bilgi Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği – Toplum Formu kullanılacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ayrıca size de bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya semihaunkazan@sakarya.edu.tr e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

KATILIMCI BEYANI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama

aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Telefon:

e-mail:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; ☐ Kabul ediyorum ☐ Kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Şahidin

Adı-Soyadı:

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler	
Adı-Soyadı	Semiha ÜNKAZAN
Doğum Tarihi:	02.07.1998
Uyruğu:	Türk
Medeni Durum:	Bekar
Yabancı Dil:	İngilizce

2. Eğitimi	
Tarih	Eğitim
2022-Devam ediyor	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı
2016-2021	Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik (Lisans)
3. Akademik Ünvanları	
2022- Devam ediyor	Araştırma Görevlisi
4. Mesleki Deneyimi	
2022- Devam ediyor	Sakarya Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Fakültesi- Araştırma Görevlisi
5. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar	
2022-Devam Ediyor	Türk Hemşireler Derneği
6. Bilimsel İlgi Alanları	
01.09.2022-01.06.2023 / Bursiyer	Tübitak 3005- Sosyal ve Beşeri Bilimlerde Yenilikçi Çözümler Araştırma Projeleri Destekleme Programı 122G106 “Sakarya Aile Ve

	Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünde Kadına Yönelik Şiddetle Mücadelede Mevcut Durum: Süreç Modeli Analiz’
2023	6. Uluslararası Korum Gebelik Doğum Lohusalık Kongresi Tam Metin Bildiri

