

Riskli Gebeliklerde Gebelerin Ruhsal Durumları ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri

Mental States and Coping Styles with Stress of Women in High-Risk Pregnancy

Emine CİNCİOĞLU¹, Gülgün DURAT², Sema ÖZTÜRK³, Hasret AKBAŞ⁴

ÖZ

Amaç: Çalışmanın amacı; riskli gebelik tanısıyla kliniklerde tedavileri sürdürülen gebelerin, ruhsal durumları ve stresle başa çıkma biçimlerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel tipteki çalışma, Mayıs-Ağustos 2017 tarihlerinde, 66 gebenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. “Tanımlayıcı Bilgi Formu”, “Kısa Semptom Envanteri” ve “Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri-Kısa Formu” kullanılarak toplanan veriler, bilgisayar ortamında analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmada sıklıkla gestasyonel diyabet (%24,24) ve preeklampsi (%15,15) ile karşılaşıldığı belirlenmiştir. Duygusal sorunların paylaşımı, çalışma durumu, gebeliğin planlanma durumu, küretaj deneyimleme ve çocuk sahibi olma ruhsal durumunun belirlenmesinde; çalışma durumu, doğum aralığı ve küretaj deneyimleme başa çıkma biçimlerinin belirlenmesinde etkili olduğu bulunmuştur ($p \leq 0,05$). Ayrıca, ruhsal durum ile başa çıkma biçimleri arasında anlamlı ilişki vardır ($p \leq 0,05$).

Sonuç: Gestasyonel diyabet ve preeklampsi tanılarının öne çıktığı; gebenin ruhsal durumunun ve başa çıkma biçimlerinin belirlenmesinde, bazı bireysel ve ailesel özellikler ile obstetrik yükünün etkili olduğu bulunmuştur. Gebelerin eşleriyle birlikte değerlendirildiği sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik planlamalar yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Başa çıkma; gebelik; riskli gebelik; ruhsal durum.

GİRİŞ

Gebelik ve doğum; heyecan verici-olumlu beklentilerin olduğu, fizyolojik ve psikososyal denge ile iş yaşamındaki rollerin değiştiği, ebeveynlik

1. Arş.Gör., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,

E-posta Adresi: eminecincioğlu@sakarya.edu.tr

ORCID ID: 0000-0003-1659-9196

2. Dr.Öğr.Üy., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ORCID ID: 0000-0002-9889-3622

3. Ebe, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, ORCID ID: 0000-0003-3613-7538

4. Ebe, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, ORCID ID: 0000-0002-9095-0741

* Bu çalışma; 3. Uluslararası 4. Ulusal Ebelik Kongresi'nde (21-24 Eylül 2017, Ankara) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Gönderim Tarihi:24.07.2019 - Kabul Tarihi: 05.11.2020

ABSTRACT

Aim: Determining of the mental state and coping styles of pregnant women who were treated in clinics with the diagnosis of high-risk pregnancy is the aim.

Methods: Descriptive-cross-sectional study was conducted between May-August 2017 with the participation of 66 pregnant women at risk. The data collected by using “Descriptive Information Form”, “Brief Symptom Inventory” and “Coping Inventory for Stressful Situations-Short Form” were analyzed on computer environment.

Results: In the study, it was determined that gestational diabetes (24.24%) and preeclampsia (15.15%) diagnoses were prevalent. Sharing of emotional problems, working condition, planning of pregnancy, experiencing curettage, having a child were in determining of mental state; working condition, interbirth interval and experiencing curettage were in determining of coping styles found to be effective ($p \leq 0,05$). In addition, there were significant correlations between mental state and coping styles ($p \leq 0,05$).

Conclusion: Gestational diabetes and preeclampsia diagnoses came to the fore; some individual, familial characteristics and obstetric history were found to be effective in determining mental state and coping styles of high-risk pregnant. Plans can be made for support system where pregnant women are evaluated with their spouses.

Keywords: Coping; high-risk pregnancy; mental state; pregnancy.

rolüne uyum sağlanmaya çalışılan, gebe ve aile için biyo-psikososyal uyum gerektiren bir süreçtir (1,2). Her gebelik potansiyel bir risk barındırmakta, kadın için durumsal ve gelişimsel krizlerin yaşandığı bir dönemi ifade etmektedir (1,3). Gebelikte risk düzeyleri; düşük, orta ve yüksek risk grupları olarak değerlendirilmektedir (1). Yüksek riskli gebelik; annenin, fetüsün ve yenidoğanın yaşamını ve sağlığını açıkça tehdit eden, morbidite ve mortalite riskini arttıran, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları olan, önemli bir sağlık sorunudur (1,2,4). Prenatal dönemde dikkate alınması gereken risk faktörleri çeşitlilik göstermekte; demografik, sosyo-kültürel ve ekonomik, annenin yaşam biçimi ve alışkanlıkları,

obstetrik öykü, maternal sağlık durumu ve mevcut obstetrik sorunlar boyutlarında ele alınabilmektedir (1,5). Gebelerin %15'inde komplikasyon geliştiği, bu komplikasyonların kadından kadına değişebildiği, etkileme ve etkilenme düzeylerinin farklılaştığı belirtilmektedir (1,5).

Gebe izlemlerinde, fiziksel değerlendirmelerin yanı sıra ruhsal ve psikososyal boyut değerlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (6-8). Her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci bulunmakla birlikte, çeşitli ruhsal belirti ve bozukluk görülme riski de vardır (6,9,10). Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde yaşanan psikiyatrik belirti ve bozukluklar; beslenmeyi, obstetrik süreci, prenatal bakımı ve bağlanmayı, anne sağlığını, çocuğun bilişsel ve davranışsal gelişimini, anne-çocuk ilişkisini vb. olumsuz yönde etkilemektedir (6,10-14). Bu durumda, anne, fetus ve yenidoğan sağlığı ile birlikte, aile ve toplum sağlığı da etkilenmektedir (8). Amerika Birleşik Devletleri'nde yüksek riskli gebelik tanısıyla izlenen gebelerle yapılan bir çalışmada, sıklıkla depresyon (%26,9) ve anksiyete (%12,6) belirtilerinin yaşandığı (11); Yunanistan'da riskli gebelik tanısıyla izlenen gebelerin %28'inde antenatal depresyon gözlemlendiği belirlenmiştir (12). Ev ziyaretleri yapılarak gerçekleştirilen bir çalışmada, gebelerin %16'sının depresyon, %63,8'inin durumluk kaygı yönünden risk altında olduğu (7); başka bir çalışmada, yüksek riskli gebelerin, sağlıklı gebelere göre anksiyete ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu (6) bulunmuştur.

Yüksek riskli gebeler mevcut sağlık sorunları yanında, çeşitli stresörlerle karşılaşmakta, kaygı ve stres yaşamaktadırlar (2,15). Gebe ve ailesi; bu durumu aşmak için geçmişte kullandığı başa çıkma yöntemlerini tanımlayıp kullanmaya, yeni ve etkin başa çıkma yöntemleri geliştirmeye ihtiyaç duyar (2). Yapılan bir çalışmada, antenatal dönemdeki kaygı ve depresyonun başa çıkma biçimleri ile ilişkili olduğu, adaptif olmayan başa çıkma biçimlerinin antenatal kaygı ve depresyonu arttırdığı, dolayısı ile anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (16).

Gebelikte riskli durumların anne ve bebek sağlığını tehdit etmeden kontrol altına alınabilmesi

için nitelikli doğum öncesi bakım hizmetlerinin uygulanmasına; riskin sonucunun öngörülemediği durumlarda tedavinin hastanede devamına ihtiyaç duyulmaktadır (1,7). Hemşire ve ebeler, gebelikte yaşanan riskli durumlarda mevcut sorunu saptayabilmeli, yaşanan ruhsal sorunları çözümlemede, uygun/adaptif başa çıkma biçimlerinin geliştirilmesinde destekleyici ve danışmanlık sağlayıcı olmalı, uygun girişimleri planlayabilmeli ve bilgilendirme yapabilmelidir (1,8,16). Ayrıca, gebelikte ilgili psikiyatrik morbiditenin önlenmesi için kadın hastalıkları ve doğum birimlerinde konsültasyon-liyezon psikiyatrisinin desteğine gereksinim duyulmaktadır (6,7).

Bu bilgiler ışığında çalışma; riskli gebelik tanısıyla kliniklerde tedavi, bakım ve takipleri yapılan gebelerin, ruhsal durumlarının ve strese başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi, Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı-kesitsel tipteki çalışmanın evreni; bir eğitim araştırma hastanesinin kadın sağlığı ve hastalıkları kliniğinde, riskli gebelik tanısıyla tedavi gören gebelerdir. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; ilgili klinikte riskli gebelik tanısıyla bulunma, 18 yaş ve üzerinde olma, Türkçe bilme, görüşme ve anket uygulamasına engel oluşturacak bilişsel ya da fiziksel bozukluğun olmaması ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmadır. 15 Mayıs-31 Ağustos 2017 tarihleri arasında, 85 riskli gebe ile görüşülmüş, 18 yaş altı 1 kişi, çalışmaya katılmak istemeyen 19 kişi kapsam dışı bırakılmış, örneklem 66 gebeden oluşmuştur.

Veri Toplama Araçları

Veriler, "Tanımlayıcı Bilgi Formu", "Kısa Semp-tom Envanteri (KSE)" ve "Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri-Kısa Formu (SDBÇE-21)" kullanılarak toplanmıştır.

Tanımlayıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür (2,7,11,12,16-18) doğrultusunda oluşturulan formun; birinci bölümü birey ve aile ile ilgili özelliklere yönelik 8, ikinci bölümü sağlık ve obstetrik özelliklere yönelik 12 ifadeden oluşmaktadır.

Kısa Semptom Envanteri (KSE); “Semptom Belirleme Listesine (SCL-90)” temellendirilmiş, SCL-90 içerisinde her faktörde en yüksek değeri alan 53 maddenin seçilmesiyle oluşturulan, 0 (hiç) ile 4 (çok fazla) arasında değerlendirilen likert tipte, psikiyatrik semptomları belirlemeye yönelik bir ölçme aracıdır (19). Ölçek beş alt boyuttan oluşmakta, her alt boyut ortalama puan üzerinden değerlendirilmekte, puanın yüksekliği belirtinin sıklıkla görüldüğü anlamına gelmektedir (19,20). Alt boyutların iç tutarlılık katsayıları 0,88 (depresyon) ile 0,70 (somatizasyon) arasında değişmekte (20); bu çalışmadan elde edilen değerler: anksiyete 0,85, depresyon 0,87, olumsuz benlik 0,81, somatizasyon 0,68, hostilite 0,73 şeklindedir.

Ölçeğin ayrıca, 3 global indeksi bulunmaktadır (20). **Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ);** ölçek maddeleri toplamının 53’e bölünmesiyle elde edilir ve ruhsal belirtilerin patolojik düzeyde olup olmadığı değerlendirilir. Elde edilen değer 1,0’ın üzerinde olması psikopatolojik bir durumun varlığını işaret eder. **Belirti Toplamı İndeksi (BTİ);** 0 (hiç) olarak işaretlenen maddeler dışındaki bütün maddelerin 1 olarak kabul edilmesiyle elde edilen toplam puandır. **Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ);** alt boyutların toplamının, belirti toplamına bölünmesiyle elde edilir. Puanların yüksekliği, bireyde ruhsal belirtilerin arttığını ifade eder (20). Ayrıca, RCİ ile ruhsal belirtilerden duyulan sıkıntıdaki artışın, BTİ ile bireyin kendisinde ne kadar çeşitli ruhsal belirti algıladığının, SRİ ile bireyin kendisinde var olan belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasının belirlendiği ifade edilmektedir (21).

Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri-Kısa Formu (SDBÇE-21); Endler ve Parker (1990) tarafından oluşturulan, 48 maddelik uzun formda geçerliliği en yüksek 21 maddenin seçildiği ölçek ile bireylerin stresli durumlarda tercih ettikleri başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır (22). Klinik dışı örnekleme psikometrik ölçümleri Boysan (2012) tarafından yapılan ölçek, likert tipte 1 (kesinlikle bana uygun değil) ile 5 (tamamen bana uygun) arasında puanlanmakta, her biri 7 maddelik 3 alt boyuttan oluşmaktadır (22). Ölçeğin alt boyut iç tutarlılık

katsayıları, çözüme dönük başa çıkma 0,72, duygusal başa çıkma 0,77 ve kaçınmacı başa çıkma 0,74’tür (22). Bu çalışmadan elde edilen değerler sırasıyla 0,81, 0,82, 0,77’dir. Kendi içinde değerlendirilen alt boyutların puan ortalamasının yüksekliği, ilgili başa çıkma biçiminin sıklıkla tercih edildiğini gösterir (22).

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın kurum ve etik kurul izinleri (28.04.2017 tarihli, 99 sayılı Etik Kurul kararı) alınmış, gebelerin araştırmaya katılımlarında gönüllülük ilkesi gözetilmiş, her katılımcıdan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Formlar, öz bildirimle veya araştırmacı tarafından katılımcıya okunarak, ortalama 20-30 dakikada doldurulmuştur.

Verilerin Analizi

Elde edilen veriler; bilgisayar ortamında tanımlayıcı (frekans testleri vb.) ve ileri düzey (t-testleri, Mann-Whitney U testi, korelasyon testleri vb.) testler kullanılarak değerlendirilmiştir. Testlerin seçiminde, değişken tipi (nitel-nicel veri), normal dağılıma uygunluk dikkate alınmış ve $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $30,04 \pm 6,08$ (aralık:18-43), %51,5’i ilk veya ortaokul, %34,8’i lise veya önlisans, %10,6’sı lisans veya üzeri eğitim düzeyindedir. Eşlerin yaş ortalaması $33,93 \pm 6,65$ (aralık:19-50), %45,5’i ilk veya ortaokul, %37,9’u lise veya önlisans, %15,2’si lisans mezunudur. Gebelerin %12,1’inin, eşlerin %97’sinin çalıştığı belirlenmiştir. Gebelerin %68,2’si çekirdek, %31,8’i geniş aile tipinde olup %80,3’ünün ekonomik durumu orta, %10,6’sının yüksek, %9,1’inin düşüktür. Gebelerin sağlık ve obstetrik öyküleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Gebelerin sağlık ve obstetrik öyküleri (N=66) (Sakarya, 2017)

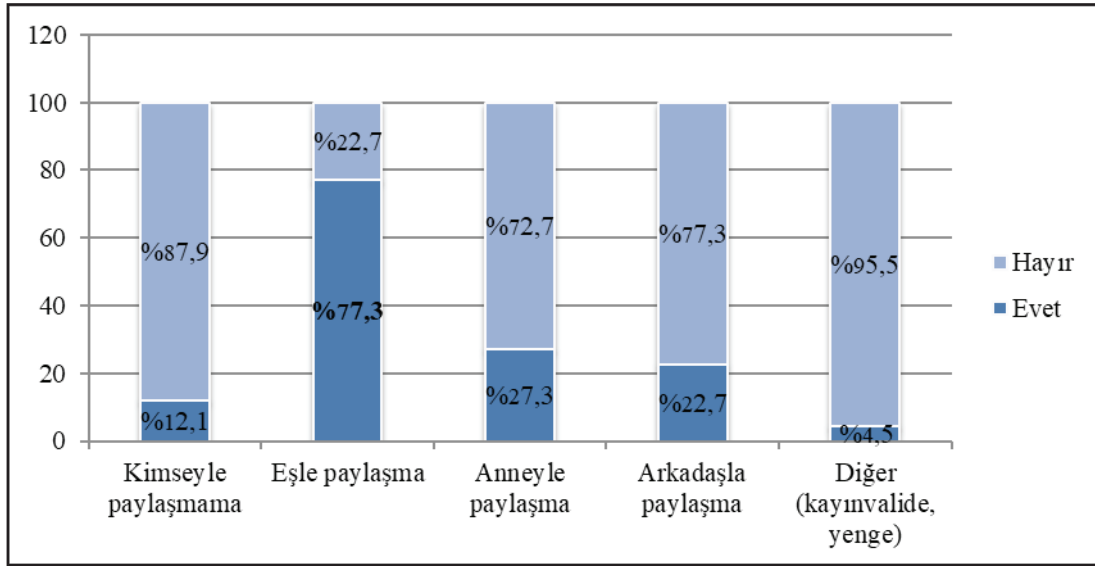
	Sayı (n)	Frekans (%)	$\bar{X}\pm SS$	Min-Max.
Gravida			2,62±1,23	1-6
Gebelik haftası			33,40±5,61	18-41
2. Trimester	11	16,7		
3. Trimester	55	83,3		
Önceki gebelikten sonra geçen süre*			63,02±52,71	8-240
1-23 ay	12	18,2		
24 ay ve üzeri	37	56,1		
Önceki gebelikte sorun yaşama**				
Evet	19	28,8		
Hayır	32	48,5		
Abortus deneyimi				
Var	22	33,3	1,31±0,71	1-3
Yok	44	66,7		
Küretaj deneyimi				
Var	15	22,7	1,13±0,51	1-3
Yok	51	77,3		
Yaşayan çocuk				
Var	42	63,6	1,66±0,75	1-4
Yok	24	36,4		
Gebeliğin planlanma durumu				
Planlı	37	56,1		
Plansız	29	43,9		
Gebeliğin istenme durumu				
İstenen	43	65,2		
İstenmeyen	23	34,8		
Fiziksel/psikiyatrik rahatsızlık varlığı (gebelikten bağımsız)				
Var	6	9,1		
Yok	60	90,9		
TOPLAM	66	100		

*n=49 üzerinden, ay olarak hesaplanmıştır. **n=51 üzerinden hesaplanmıştır, 15 katılımcının ilk gebeliğidir.

Çalışmaya katılan gebelerin kronik (fiziksel/psikiyatrik) rahatsızlıkları (%9,1); astım, epilepsi, hipotiroidi, hipertansiyon, diyabetes mellitus, depresyon şeklindedir. Katılımcıların %28,8'i önceki gebeliğinde sorun yaşamış olup bunlar; hipertansif durumlar, erken doğum, gestasyonel diyabet, kanama, Ailevi Akdeniz Ateşi, epilepsi gibi çeşitlilik göstermektedir. Ortalama gebelik haftası 33,40±5,61 (aralık:18-41) olan katılımcılarda; gestasyonel diyabet (%24,24; n:16), preeklampsi (%15,15; n:10) riskli gebelik tanıları öne çıkmaktadır. Bunları sırasıyla amnion sıvısı ile ilgili sorunlar, intrauterin gelişim geriliği, plasenta previa, hipertansiyon, erken doğum tehdidi, ço-

ğul gebelik, astım, teratomlu bebek, tek umbilikal arter, nöral tüp defekti, erken membran rüptürü, epilepsi, hipotiroidi, darp tanıları izlemekte ve tanı birlikteliği görülmektedir. Gebeler diğer risk faktörleri yönünden ele alındığında; %27,3'ünün 35 yaş ve üzerinde, %24,2'sinin gebelik sayısının 4 ve üzerinde, %18,2'sinin önceki gebeliğinden sonra geçen sürenin 24 aydan kısa olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin %77,3'ü, gebelikleri öncesinde ve süresince yaşadıkları duygusal sorunları eşleriyle paylaştıklarını belirtmektedir (**Grafik 1**).



Grafik 1. Gebelik öncesinde ve süresince yaşanan duygusal sorunların paylaşımı* (N=66) (Sakarya, 2017)

*Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Gebelerin depresyon alt boyut ortalaması $1,12 \pm 0,84$, çözüme dönük başa çıkma alt boyut ortalaması $3,25 \pm 0,93$ 'tür (Tablo 2). Katılımcıların rahatsızlık ciddiyeti indeksi ortalaması $0,88 \pm 0,63$ 'tür. Psikopatolojik bir durumun varlığını işaret eden, rahatsızlık ciddiyeti indeksi 1,0'ın üzerinde olan gebelerin oranı %36,36'dır (n:24).

Tablo 2. Gebelerin ruhsal durumları ve stresle başa çıkma biçimleri (N=66) (Sakarya, 2017)

	Min.	Max.	\bar{X}	$\pm SS$
Anksiyete	0,00	2,62	0,77	0,69
Depresyon	0,00	3,67	1,12	0,84
Olumsuz Benlik	0,00	2,75	0,72	0,65
Somatizasyon	0,00	2,22	0,85	0,59
Hostilite	0,00	3,14	0,95	0,74
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ)	0,17	2,51	0,88	0,63
Belirti Toplam İndeksi (BTİ)	6,00	47,00	21,92	11,00
Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ)	1,00	3,54	1,97	0,66
Çözüme Dönük Başa Çıkma	1,00	5,00	3,25	0,93
Duygusal Başa Çıkma	0,57	4,29	2,63	1,01
Kaçınmacı Başa Çıkma	1,14	5,00	2,91	1,01

Yapılan ileri analizlerde; çalışma durumu, küretaj deneyimi, çocuk varlığı, önceki gebelikte sorun yaşama, gebeliğin planlanmış olması, duygusal sorunların eşle paylaşılması ile ruhsal durum arasında istatistiksel yönden anlamlı fark olduğu gö-

rülmüştür (Tablo 3). Gebeliği öncesi ve süresince yaşadığı duygusal sorunları eşile paylaşabildiğini belirtenlerin paylaşamayanlara göre; depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, hostilite, SRİ, RCİ ($p \leq 0,01$) ve BTİ ($p \leq 0,05$) ortanca değerleri daha düşük bulunmuştur. Önceki gebeliğinde sorun yaşayanların sorun yaşamayanlara göre; depresyon, somatizasyon, hostilite ve RCİ ortanca değerlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0,05$). Çalışan gebelerin çalışmayanlara göre; anksiyete ($p \leq 0,01$), RCİ ve BTİ ($p \leq 0,05$) ortanca değerleri daha düşük bulunmuştur. Küretaj deneyimi olan gebelerin olmayanlara göre BTİ; yaşayan çocuğu olanların olmayanlara göre hostilite; gebeliği planlanmamış olanların planlanmışlara göre SRİ ortanca değeri daha büyük bulunmuştur ($p \leq 0,05$).

Tablo 3: Gebelerin bireysel ve gebelik özelliklerinin ruhsal durum üzerindeki etkisi (N=66) (Sakarya, 2017)

Ruhsal Durum	KSE Alt Boyutları						KSE Global İndeksi										
	Depresyon		Anksiyete		Olumsuz Benlik		Somatizasyon		Hostilite		Semptom Rahatsızlık İndeksi		Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi		Belirti Toplamı İndeksi		
	Mean Rank	Z _{mwu}	Mean Rank	Z _{mwu}	Mean Rank	Z _{mwu}	Mean Rank	Z _{mwu}	Mean Rank	Z _{mwu}	Mean Rank	Z _{mwu}	Mean Rank	Z _{mwu}	Mean Rank	Z _{mwu}	
Birey ve gebelik ile ilgili özellikler	Çalışıyor	21,19	-1,93	16,00	-2,75**	21,69	-1,86	27,56	-0,93	23,88	-1,51	25,06	-1,32	18,88	-2,29*	17,81	-2,46*
	Çalışmıyor	35,20		35,91		35,13		34,32		34,83		34,66		35,52		35,66	
Küretaj deneyimi	Var	39,63	-1,41	40,23	-1,54	40,47	-1,60	35,57	-0,47	35,57	-0,47	32,07	-0,32	39,43	-1,36	43,23	-2,23*
	Yok	31,70		31,52		31,45		32,89		32,89		33,92		31,75		30,64	
Yaşayan çocuk	Var	34,36	-0,48	34,45	-0,53	33,50	0,00	35,60	-1,17	37,00	-1,96*	34,65	-0,64	34,67	-0,65	34,19	-0,38
	Yok	32,00		31,83		33,50		29,83		27,38		31,48		31,46		32,29	
Önceki gebelikte sorun yaşama	Var	41,00	-2,02*	39,37	-1,58	38,97	-1,47	41,32	-2,10*	41,97	-2,29*	40,21	-1,80	40,92	-1,99*	40,11	-1,77
	Yok	30,47		31,13		31,29		30,34		30,07		30,79		30,50		30,83	
Gebeliğin planlanması	Planlı	30,86	-1,26	31,61	-0,90	31,51	-0,95	30,03	-1,66	30,09	-1,63	28,58	-2,35*	30,76	-1,31	32,57	-0,44
	Planlı değil	36,86		35,91		36,03		37,93		37,84		39,78		37,00		34,69	
Duygusal sorunların eşle paylaşımı	Evet	29,40	-3,20**	29,61	-3,04**	29,49	-3,13**	31,33	-1,69	29,03	-3,50**	29,31	-3,26**	29,28	-3,29**	30,26	-2,52*
	Hayır	47,43		46,73		47,13		40,87		48,70		47,73		47,83		44,50	

*p<0,05

**p<0,01

Eşin yaşı, gravida, önceki gebelikten sonra geçen süre, çocuk sayısı, abortus ve küretaj sayısı, gravida ve gebelik haftası ile ruhsal durum arasında istatistiksel yönden anlamlı ilişki ($p>0,05$) yoktur. Ancak gebenin yaşı ile SRİ arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,28$; $p=0,02$).

Çalışan gebelerin çözüme dönük ($Z_{mwU}=-2,48$; $p=0,01$) ve duygusal ($Z_{mwU}=-2,06$; $p=0,03$) başa çıkmayı daha az; küretaj deneyimleyen gebelerin kaçınmacı ($Z_{mwU}=-2,37$; $p=0,01$), doğum aralığı 1-23 ay olanların 24 ay ve üzeri olanlara göre çözüme dönük ($Z_{mwU}=-2,05$; $p=0,04$) başa çıkmayı daha fazla tercih ettikleri belirlenmiştir. Ayrıca, abortus sayısı ile kaçınmacı başa çıkma davranışı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki olduğu ($r=0,49$; $p=0,01$) görülmüştür.

Ruhsal durum ile başa çıkma biçimleri incelendiğinde (Tablo 4), KSE'nin beş alt boyutu ve üç global indeksi ile duygusal alt boyut; depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ile çözüme dönük alt boyut; olumsuz benlik ile kaçınmacı alt boyut arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 4. Gebelerin ruhsal durumları ile başa çıkma biçimleri arasındaki ilişki (N=66) (Sakarya, 2017)

SDBÇE-21 KSE	Çözüme Dönük	Duygusal	Kaçınmacı
	r _s ; p	r _s ; p	r _s ; p
Anksiyete	0,22; AD	0,53** ; 0,00	0,15; AD
Depresyon	0,84** ; 0,00	0,50** ; 0,00	0,19; AD
Olumsuz Benlik	0,81** ; 0,00	0,58** ; 0,00	0,27* ; 0,02
Somatizasyon	0,58** ; 0,00	0,24* ; 0,04	-0,02; AD
Hostilite	0,73** ; 0,00	0,42** ; 0,00	0,04; AD
Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,11; AD	0,40** ; 0,00	0,08; AD
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,18; AD	0,54** ; 0,00	0,19; AD
Belirti Toplam İndeksi	0,19; AD	0,52** ; 0,00	0,19; AD

r_s: Spearman's rho

*p≤0,05

**p≤0,01

AD: Anlamlı Değil

TARTIŞMA

Riskli gebelik tanısıyla hospitalize edilen gebelerin ruhsal durumu ve stresle başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada: Depresyon ve hostilite belirtilerinin hafif düzeyde öne çıktığı, çözüme dönük başa çıkmanın tercih edildiği, gebelikte yaşanan ruhsal değişikliklerde karma (çözüme dönük, duygusal, kaçınmacı) başa çıkma biçimlerinin kullanıldığı görülmüştür.

Pek çok kadın hayatında en az bir kez gebeliği tatmakta ve bu dönem, fiziksel, psikolojik, sosyal ve duygusal değişimler yönünden gebe için bir geçiş ve adaptasyon süreci sayılmaktadır (23). Gebelik sürecinde aile dinamikleri de etkilenmekte, iç (rollerde esneklik, etkili iletişim ve sorunların eşle birlikte çözülmesi vb.) ve dış (eşin bilgi istemesi, sosyal destek vb.) stratejilerle uyum sağlanmaya çalışılmaktadır (24). Gebelikte destekleyecek kişinin bulunmasının kaygıyı azalttığı (25); eşle ilişkiler olumlu-uyumlu olduğunda depresyon belirtilerinin daha az görüldüğü (7) bulunmuştur. Dolayısıyla, gebeliği öncesi ve süresince yaşadığı duygusal sorunları eşleriyle paylaşabilen gebelerin ruhsal durumlarının daha iyi olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda, fiziksel/psikiyatrik rahatsızlık varlığı gebelerin ruhsal durumlarının belirlenmesinde etkili bulunmazken; önceki gebeliğinde sorun yaşadığını ifade edenlerin, depresyon, somatizasyon ve hostilite ile ilişkili semptomları daha fazla deneyimledikleri ve bunun psikopatolojik

bir durumu işaret edebileceği saptanmıştır. Kronik ve psikiyatrik hastalık öyküsü, mevcut gebelikte depresyon ve kaygı belirtilerinin daha fazla yaşanmasına yol açmaktadır (7,11,18). Bu nedenle, “yüksek riskli gebeler”in tespitinde kullanılan formlarda obstetrik öykü, mevcut gebelik ve genel tıbbi durum ayrıntılı olarak sorgulanmaktadır (1).

Hamileliğin fark edildiği andan itibaren anne-babanın bu olaya ilişkin duyguları karmaşık, çok yönlü ve kalıcı olabilir. Bunlar, anne-babanın o döneme ait duygularını yansıtmakla birlikte, ekonomik sıkıntılar, mutluluk ve anlaşmazlıklar, yalnızlık duyguları, başarı/başarısızlıklar doğacak çocuğa ait duygulara etki edebilir (26). Literatürde, gebelik ilk öğrenildiğinde ve son trimesterde olumsuz duygulanım içinde olan gebelerde depresyon, gebeliğinde risk tespit edilenlerde anksiyete belirtilerinin daha fazla gözlemlendiği ortaya konmuştur (17). Çalışmamızda, katılımcıların büyük çoğunluğunun üçüncü trimesterde olduğu, birden fazla risk faktörünün mevcudiyeti dikkate alındığında; gebeliğin son trimesterında doğuma ve doğacak çocuğun sağlıklı olma durumuna ilişkin kaygıların (9) da yaşanması ile birlikte, olumsuz duyguların ve hostilite belirtilerinin tetiklenmiş olabileceği akla gelmektedir.

Bulgularımızda, küretaj deneyimleyen gebelerin, kendilerinde bazı ruhsal belirtiler algılamalarının psikopatolojik bir duruma işaret edebileceği; planlanmamış gebeliklerde, ruhsal belirtilerinden dolayı daha fazla kaygı hissedildiği tespit edilmiştir.

Yüksek riskli gebelik tanısıyla hospitalize edilen gebelerde; gebeliğin sonlandırılma olasılığı, gebeliğin devamlılığına göre, antenatal depresyon riskini 4 kat fazla etkilemektedir (12). Diğer taraftan, abortus öyküsü, gebeliğin planlanması/is-tenmesi her zaman gebelikteki anksiyete ve depresyonla ilişkili olmayabilir (7,17).

Araştırmaya katılan gebelerden çalışmayanlar- da, anksiyete belirtilerinin ve hissettikleri ruhsal belirti çeşitliliğinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Bulgularımız literatür (7,17) ile uyumlu olup, gelir getiren bir işte çalışmanın ruh sağlığını koru- yucu bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışan gebelerin çaresiz ve boyun eğici yakla- şımı daha az, sosyal destek arama yaklaşımını daha fazla tercih ettikleri bildirilmektedir (17). Bulgularımızda çalışan gebelerin çözüme dönük ve duygusal başa çıkmayı daha az tercih etmeleri, örneklemin özelliklerine ve ölçüm aracının farklı- lığına bağlanabilir.

Küretaj deneyimleyen gebelerin, kaçınmacı başa çıkmayı daha fazla kullanmaları, literatür (17) ile benzer bulunurken; doğum aralığı 24 aydan kısa olanların çözüme dönük başa çıkmayı ter- cih etmeleri dikkat çekici bulunmuştur. İstemsiz gebelikler, kadın sağlığını etkileyen önemli olay- lardan biridir ve mevcut gebeliği sonlandırmak, kadında suçluluk, pişmanlık, kayıp duygularının yaşanmasına yol açabilir. Bunlar, kadının incine- bilirliğini etkileyen temel sorunlardan sayılmakta ve ruh sağlığına etki etmektedir (27). Dolayısıyla, doğurganlık döneminde deneyimlenen abortus sayısındaki artış, kadının kaçınmacı başa çıkma davranışına yönelmesinin göstergesi sayılabilir.

Gourounti ve arkadaşları (2013); antenatal risk faktörlerinden kaygı ve depresyon düzeyleri art- tıkça gebelerin, yadsıma gibi işlevsel olmayan başa çıkma biçimlerine daha fazla yöneldikle- rini, kabullenme ve olumlu yeniden yorumlama gibi duygu odaklı başa çıkma biçimlerini daha az tercih ettiklerini belirlemişlerdir (16). Ev ziya- reti aracılığıyla 227 gebe ile görüşülen bir çalış- mada; depresyon semptomları arttıkça, etkin baş etme yöntemlerine (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama) daha az; depresyon ve anksiyete semptomları arttık-

ça, etkin olmayan baş etme yöntemlerine (boyun eğici ve çaresiz yaklaşım) daha fazla yöneldiği görülmüştür (17). Araştırmamızda gebeliğin risk oluşturduğu durumlarda artan ruhsal semptomlar karşısında, gebelerin karma (çözüme dönük ve duygusal) başa çıkma biçimlerini tercih ettikleri belirlenmiştir. Ayrıca, benliğe yönelik olumsuz belirtilerin [kişinin kendini diğerleriyle karşıla- ştırdığında yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak küçük, başarısız, değersiz görmesi, suç- luluk hissetmesi vb. (28)], gebeyi kaçınmacı başa çıkma davranışlarına yönelttiği düşünülmektedir.

Gebelikte psikiyatrik sorunlar ihmal edilebilmek- te, doğum ekibinin dikkati doğuma ve bebeğe odaklanmakta (6), dolayısıyla bütüncül yakla- şım/bakım sağlanamamaktadır. Gebelik süresin- ce hemşire ve ebe, gebenin ve ailenin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halinin yükseltilmesi- ne odaklanmalı, aile merkezli anne bakımı sağ- lanmalıdır (24). Gebelik sürecinde psiko-sosyal boyutta yaşanan değişimler dikkate alındığında hemşire, ebe, hekim ve konsültasyon liyezon psi- kiyatrisi ekibine ciddi sorumluluklar düşmektedir (1,7,8).

Çalışmanın tek bir hastanenin kadın sağlığı-has- talıkları ve doğum kliniğinde gerçekleştirilmiş olması, dört aylık bir süreyi kapsamaması, ruhsal belirti yönünden psikopatoloji belirlenen gruba herhangi bir müdahale/yönlendirme yapılmamış olması, ölçüm aracının belirti taramaya yönelik bir öz bildirim ölçeği olması araştırmanın kısıtlı- lıkları olarak belirlenmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmaya katılan gebelerde; depresyon ve hos- tilite belirtilerinin öne çıktığı, stresli durumlarda çözüme dönük, psikiyatrik semptomlar görüldü- ğünde duygusal ve çözüme dönük başa çıkmanın tercih edildiği belirlenmiştir. Ayrıca, duygusal so- runlarını eşyle paylaşabilen, önceki gebeliğinde sorun yaşamayan, çalışan, küretaj deneyimleme- miş, gebeliği planlı ve henüz çocuk sahibi olma- mış riskli gebelerde ruhsal durumun daha iyi ol- duğu bulunmuştur.

Elde edilen bulgular doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir: Gebelerin ruh sağlıkları, uygulama

ve değerlendirme kolaylığı olan, standardize edilmiş ölçüm araçları ile aralıklı olarak değerlendirilmeli; riskli gebeliklerde ruhsal durumla ilgili detaylı görüşmeler ve değerlendirmeler yapılmalı; tedavi ve bakım çok boyutlu planlanmalı; gebe ve eşin birlikte ele alındığı sosyal destek sistemleri güçlendirilmeli; eşler arası ilişkilerde yaşanan sorunlar ve destek sistemleri gebelik süreci ve sonrasında dikkatle takip edilmeli; psikiyatrik konsültasyonların yanı sıra alanında uzman psikiyatri hemşirelerinden destek alınmalı ve kurum-içi düzenlemeler yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Aydemir H, Uyar Hazar H. Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeinin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;3(2):815-833.
2. Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2015;12(2):85-92.
3. Kartal B, Başer M. Yaşam kalitesini etkileyen kadın sağlığı sorunları. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2011;21(3):195-200.
4. Karaçam Z, Şen E. Yüksek riskli gebelerin evde bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2012;19(2):80-91.
5. Duman M, Kızılkaya Beji N. Riskli gebelikler; risk faktörleri, yaklaşımlar ve acil obstetrik bakım. Editörler: Timur Taşhan S, Doğan Yüksekol Ö, Duman M. *Riskli Gebelikler ve Bakım*. 1. Baskı. Ankara: Göktuğ Ofset Matbaacılık, 2019; 13-38.
6. Özkan M, Kaçmaz N, Anuk D, İbrahimoglu L. Yüksek riskli gebelerde psikiyatrik morbidite. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2004;67(4):210-217.
7. Bostancı Daştan N, Deniz N, Şahin B. Kars'ta gebelerin ev ziyareti ile ruhsal durumlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2015;6(2):71-78.
8. Bekmezci H, Özkan H. Gebelikte psikososyal bakım, prenatal bağlanma ve ebe-hemşirenin sorumlulukları. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*. 2016;8:50-62.
9. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2001;23(1):61-64.
10. Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca HH, Muhcu M. Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2014;45:71-77.
11. Byatt N, Hicks-Courant K, Davidson A, Levesque R, Mick E, Allison J, Moore Simas TA. Depression and anxiety among

- high-risk obstetric inpatients. *General Hospital Psychiatry*. 2014;36:644-649.
12. Dagklis T, Papazisis G, Tsakiridis I, Chouliara F, Mampoulos A, Rousso D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51:1025-1031.
 13. Yalnız H, Türkmen H, Karaca Saydam B, Canan F, Geçici Ö, Kuloğlu MM. Gebelik ve psikiyatrik hastalıklar. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*. 2016;7:1-12.
 14. Lecompte V, Richard-Fortier Z, Rousseau C. Advers effect of high migration stress on mental health during pregnancy: a case report. *Archives of Women's Mental Health*. 2017;20:233-235.
 15. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(1):142-162.
 16. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Lykeridou K. Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16:353-361.
 17. Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 2014;36:429-441.
 18. Bulut A. Hiperemesis gravidarum tanısı alan gebelerin gebeliğe uyum ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara, Ankara Üniversitesi, 2016:59.
 19. Şahin NH, Durak A. Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlaması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1994;9(31):44-56.
 20. Şahin NH, Durak Batıgün A, Uğurtaş S. Kısa semptom envanteri (KSE): ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002;13(2):125-135.
 21. Dığrak E, Koçoğlu D, Akın B. Kırsal bir bölgedeki yetişkinlerde ruhsal sorunların belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2014;5(3):122-128.
 22. Boysan M. Stresli durumlarla başa çıkma envanteri kısa formunun (SDBÇE-21) klinik dışı Türk örnekleminde geçerliliği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2012;25(2):101-107.
 23. Ding XX, Wu YL, Xu SJ, Zhu RP, Jia XM, Zhang SF, Huang K, Zhu P, Hao JH, Tao FB. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders*. 2014;159:103-110.
 24. Ünsal Ş, Saruhan, A. Gebelik süresinde aile dinamik-

leri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2002;18(1-3):153-151.

25. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007;10(1):113-121.

26. Gençtan E. *İnsan Olmak*, (1. Baskı 1983). İstanbul, Metis Yayınları: 31-49, 2016.

27. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(1):67-99.

28. Düzgün Ş. Öğrencilerin psikolojik belirtileri ile ana-baba tutumları arasındaki ilişkiler. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2003;2(1-2):149-162.