



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞAL YA DA YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ İLE
GEBE KALAN KADINLARIN TRİMESTERLERE GÖRE
PSİKOSOSYAL SAĞLIKLARI**

GÜLFİDAN KESKİN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Hatice Yıldız

İSTANBUL-2014

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Tez Sahibi : Gülfidan Keskin
Tez Başlığı : Doğal Ya Da Yardımcı Üreme Teknikleri İle Gebe Kalan Kadınların
Trimesterlere Göre Psikososyal Sağlıkları
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sınav Tarihi : 12.02.2014

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç. Dr. Hatice YILDIZ

Kurumu

Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

İmza



Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Yard. Doç. Dr. Sevim ULUPINAR

Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun **12./03/2014** tarih ve **53** sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

I. BEYAN

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 kaynak listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Gülfidan KESKİN



II. TEŞEKKÜRLER

Çalışmamın oluşturulması ve yürütülmesinin her aşamasında değerli katkıları ile tezimi yönlendiren, engin deneyim, bilgisi ve kişisel desteğini hiç bir zaman esirgemeyen değerli danışmanım Doç. Dr. Hatice Yıldız'a,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca sonsuz hoşgörüsü, ilgi ve desteği ile her zaman yanımda olan değerli hocam Prof. Dr. Nuran Kömürcü'ye ve tüm bölüm hocalarıma,

Çalışmamı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirebilmem için yardımlarından dolayı Doç. Dr. Semih Tuğrul'a ve tüm kadın doğum polikliniği çalışanlarına,

Çalışmamın verilerini toplarken gösterdikleri sabır ve yardımları için annelere,

Yalnızca tez dönemimde değil, tüm yaşamım boyunca ve eğitim sürecimde beni destekleyen aileme,

Beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, her konuda yardımcım olan, gösterdiği sonsuz sabır, anlayış ve sevgisi için, en önemlisi hayatımda olduğu ve anlam kattığı için değerli eşime,

En İçten Duygularıyla Sonsuz Teşekkürlerimi Sunarım.

Gülfidan KESKİN

III. İÇİNDEKİLER

I. BEYAN	I
II. TEŞEKKÜRLER.....	II
III. İÇİNDEKİLER	III
IV. KISALTMALAR LİSTESİ	VI
V. TABLOLAR LİSTESİ	VII
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER	9
4.1. Sağlık Nedir.....	9
4.2. Kadın Sağlığı Nedir.....	9
4.3. Tarihsel Süreç İçerisinde Kadın Sağlığına Yaklaşım.....	10
4.4. Yaşam Evrelerine Göre Kadın Sağlığı	13
4.5. Doğal Yolla Gebelik.....	14
4.5.1. Gebelikte görülen fizyolojik değişiklikler	15
4.5.2. Gebelikte görülen psikolojik değişiklikler.....	19
4.5.2.1. Birinci trimesterde görülen psikolojik değişiklikler	20
4.5.2.2. İkinci trimesterde görülen psikolojik değişiklikler	21
4.5.2.3. Üçüncü trimesterde görülen psikolojik değişiklikler.....	23
4.6. Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebelik.....	24
4.6.1. İnfertilite nedir?	24
4.6.2. İnfertilite nedenleri	25
4.6.3. Yardımcı üreme teknikleri.....	26

4.6.3.1. In vitro fertilizasyon (IVF) ve embriyo transferi (ET).....	27
4.6.3.2. İntrastoplazmik sperm injeksiyonu (ICSI).....	28
4.6.3.3. İntrauterin inseminasyon (IUI)	28
4.6.3.4. Gamet intra fallopian transfer (GIFT).....	29
4.6.3.5. Zigot intrafallopian transfer (ZIFT).....	30
4.6.3.6. Tubal embriyo transferi.....	30
4.6.4. İnfertilitenin psikososyal yönü	30
4.6.5. İnfertilitenin evlilik ilişkisi üzerindeki etkisi.....	34
4.7. Gebelikte sosyal desteğin önemi	35
4.8. Gebelikte hemşirelik yaklaşımı	36
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	39
5.1. Araştırmanın Türü	39
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	39
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
5.4. Veri Toplama Araçları.....	42
5.5. Araştırmanın Etik Yönü	43
5.6. Verilerin Toplanması.....	43
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	44
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Zorlukları	44
6. BULGULAR	45
6.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Veriler	46
6.2. Gebelik ve Gebe Kalmaya İlişkin Özelliklere Ait Veriler	51
6.3. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) Sonuçlarına Ait Veriler.....	59
6.4. Doğum ve Doğum Sonrasına İlişkin Veriler	73

7. TARTIŞMA ve SONUÇ	75
7.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması	75
7.2. Gebeliğe İlişkin Bulguların Tartışılması	76
7.3. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) sonuçlarına ilişkin bulguların tartışılması.....	78
7.4. Doğum ve Doğum Sonrasına İlişkin Bulguların Tartışılması	81
7.5. Sonuç ve Öneriler	83
8. KAYNAKLAR	88
9. EKLER.....	100
10. ÖZGEÇMİŞ	111

IV. KISALTMALAR LİSTESİ

CEDAW: Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ET: Embriyo Transfer

GIFT: Gamete Intrafallopian Transfer

GPSDÖ: Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği

ICSI: Intracytoplasmic Sperm Injection

IVF: In Vitro Fertilizasyon

PZD: Portial Zona Dissection

SUZI: Subzonal İnseminasyon

TET: Tubal Embriyo Transfer

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNKK: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı

YÜT: Yardımcı Üreme Teknikleri

ZIFT: Zygote Intrafallopian Transfer

V. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 6.1.1. Gruplara göre gebelerin tanımlayıcı özellikleri	46
Tablo 6.1.2. Gebelerin gruplara göre yaş ve evlilik süresi ortalamaları	48
Tablo 6.1.3. Gruplara göre gebelerin gebeliklerinde ve doğum sonu destek aldıkları kişi varlığı ve sorun çözme yaklaşımları.....	49
Tablo 6.1.4. Yardımcı üreme tekniği (YÜT) ile gebe kalan kadınların infertilite ve tedaviye ilişkin özellikleri	50
Tablo 6.2.1. Gruplara göre gebelerin fetüs sayısı ve gebe kalmaya ilişkin sosyal baskı yaşama durumlarına ait özellikler	51
Tablo 6.2.2. Gruplara göre gebelerin gebelik ve gebe kalmaya ilişkin özellikleri	52
Tablo 6.2.3. Gruplara göre gebelerin trimesterlere göre yaşadıkları şikayetlerin dağılımı	53
Tablo 6.2.4. Gruplar açısından gebelerin mevcut gebeliklerinde yaşadıkları risk durumlarının trimesterlere göre dağılımı	56
Tablo 6.2.5. Gebelerin trimesterlere göre kümülatif olarak totalde yaşadıkları risk durumlarının gruplara göre dağılımı	58
Tablo 6.3.1. Trimesterlere göre GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı	59
Tablo 6.3.2. Gebelerin gebelikleri süresince üç trimesterde aldığı GPSDÖ alt boyutları ve total puan ortalamaları toplamının gruplara göre dağılımı	62
Tablo 6.3.3. Her üç gruptaki gebelerin 1. Trimesterde risk yaşama durumuna göre GPSDÖ 1. Trimester alt boyut ve total puan ortalamalarının dağılımı	63
Tablo 6.3.4. Her üç gruptaki gebelerin 2. Trimesterde risk yaşama durumuna göre GPSDÖ 2. Trimester alt boyut ve total puan ortalamalarının dağılımı	65
Tablo 6.3.5. Her üç gruptaki gebelerin 3. Trimesterde risk yaşama durumuna göre GPSDÖ 3. Trimester alt boyut ve total puan ortalamalarının dağılımı	67

Tablo 6.3.6. Gruplardaki gebelerin yaş, öğrenim ve ekonomik durumları ile GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamalarının ilişkisi.....	69
Tablo 6.3.7. Üçüncü gruptaki gebelerin infertiliteye ait özellikleri ile trimesterlere göre GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamalarının ilişkisi.....	71
Tablo 6.4.1. Gebelerin doğum şekli, doğum ve doğum sonu komplikasyon yaşama durumlarına ait özellikler	73
Tablo 6.4.2. Gruplara göre gebelerin gestasyon haftası ve doğum sonu (DS) ruhsal sağlık düzeyleri	74

1. ÖZET

Bu çalışma doğal ya da yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ile gebe kalan kadınların trimesterlere göre psikososyal sağlıklarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı, gruplar arası karşılaştırmalı olarak planlanmış ve prospektif olarak yürütülmüştür. Araştırma, Nisan 2012 - Haziran 2013 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Kurumu Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe izlem polikliniğinde 359 gebe ile yapılmıştır. Gebeler 3 grup altında toplanmış, doğal yolla gebe kalan primigravidalar 1. Grubu (n=177, %49.3), multigravidalar 2. Grubu (n=60, %16.7) ve YÜT ile gebe kalanlar da 3. Grubu (n=122, %34) oluşturmuştur. Veriler soru formları ve Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) ile gebelikte her üç trimesterin son haftasında ve doğumdan 8 hafta sonra olmak üzere dört aşamada toplanmıştır. Tüm gruplardaki gebelerin öğrenimlerinin ortaokul ve lise düzeyinde yoğunluk kazandığı, yaş dışında diğer sosyo-demografik özellikler açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Gebelerin gebelikleri süresince psikososyal sağlıklarının iyi/çok iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. YÜT ile gebe kalanlarda tüm trimesterlerde GPSDÖ "Kaygı ve strese ait özellikler" ile 1. ve 3. Trimesterde "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalamalarının, multigravidalarda ise her üç trimesterde GPSDÖ diğer alt boyutları ve total puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımıza göre; çalışma kapsamına alınan gebelerin genel psikososyal sağlıklarının iyi düzeyde olduğu, ancak 2. ve 3. Trimesterde psikososyal sağlıklarında olumsuz yönde etkilenmeler olduğu ve bu etkilenmenin özellikle doğal yolla gebe kalan multigravidalarda ve YÜT ile gebe kalanlarda belirginleştiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Yardımcı üreme teknikleri ile Gebelik, Trimester, Gebelikte Psikososyal Sağlık

2. SUMMARY

THE PSYCHOSOCIAL HEALTH OF WOMEN PREGNANT THROUGH NATURAL FERTILITY OR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES, BY TRIMESTER

This descriptive study was planned as prospective research with intergroup comparisons for the purpose of evaluating, according to trimester, the psychosocial health of women pregnant through natural fertility or Assisted Reproductive Technologies (ARTs). The study was conducted with 359 pregnant women in T. C. Ministry of Health, Public Hospitals Authority Zeynep Kamil Women and Children Diseases Education and Research Hospital's pregnancy monitoring clinic between April 2012 - June 2013. The women were studied in 3 groups, the first and second groups being pregnant through natural fertility as primigravidae (n=177, 49.3%) and multigravidae (n=60, 16.7%), and the third group consisting of women pregnant through ARTs (N=122, 34%). Data were collected with questionnaires and a Psychosocial Health in Pregnancy Scale (PHPS) in 4 stages; at the end of each trimesters of pregnancy and at 8 weeks after delivery. It was determined that the women in all three groups were mostly middle school and high school graduates, and that outside of their ages, there were no statistically significant differences between the groups in terms of their other sociodemographic characteristics ($p>0.05$). The psychosocial health of the women was found to be good/very good during the course of their pregnancies. It was observed that the mean scores of the women who had become pregnant through ARTs were lower in the PHPS sub-scale of "Attributes of anxiety and stress" in all trimesters and in the sub-scale of "Attributes of need for Psychosocial Support" in the first and third trimesters, whereas in multigravidae, the mean scores on all of the other sub-scales on the PHPS as well as total scores were significantly lower in all three trimesters. According to our results, the psychosocial health of the pregnant women included in the scope of the study was at a sound level, they began to feel negative changes in their psychosocial health in the second and third trimesters, and changes in psychosocial health during pregnancy were more pronounced in multigravidae who became pregnant through natural fertility and in women who became pregnant through ARTs.

Keywords: Pregnancy, Pregnancy through Assisted Reproductive Technologies, Trimester, Psychosocial Health in Pregnancy

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kadın, doğası gereği yaşam döngüsü çerçevesinde intrauterin dönemden itibaren yaşamın başından sonuna kadar bir takım fiziksel, ruhsal, sosyal vb. değişikliklere göre çocukluk, ergenlik, erişkinlik (üretkenlik), yaşlılık gibi birbirinden farklı özellikler taşıyan evrelerden (=dönem, çağ) geçer (78, 80). Bu evreler içerisinde üretkenlik dönemi kadınlığa özgü hormonal, bedensel, ruhsal ve cinsel tüm özelliklerin olgunlaştığı ve üreme yani gebe kalarak bebek sahibi olma özelliğinin kazanıldığı ve sürdürüldüğü zaman dilimidir

(<http://www.jinekoloji.net/lifetime.html> Erişim Tarihi: 04.12.2013).

Bütün toplumlarda olduğu gibi, Türk toplumunda da çocuk sahibi olmak, aile ve soyun devamı açısından son derece önemlidir ve evlilik sonrası çocuksuz aile düşünülemediği gibi çiftlerden hemen çocuk doğurma beklentisine girilir (7, 41, 102). Bu nedenle literatürde / ülkemizde çiftlerin yaklaşık %95'inin evliliklerinin farklı zamanlarında bir çocuk sahibi olmayı istedikleri belirtilmektedir (7, 41, 101).

Sosyal bir görev olarak ortaya çıkan gebelik dönemi, birçok kadın için annelik sevgisini filizlendiren, bir diğer insanın sorumluluğunu üstlenmeyi gerektiren, eşler arasındaki sevgiyi arttıran, evlilik temellerini kuvvetlendiren, kadının ailede söz sahibi olmasında etkili, özel ve bazı kadınlar için yaşamında dönüm noktası olan bir dönemdir (58, 97). Üretkenlik dönemine özgü olan gebelik, kadın yaşamında menarş ve menopoz gibi en önemli gelişimsel olaylardan biri olmakla beraber, toplumda kadınlığın olgunlaşması olarak kabul edilip, kadınlık kimliğine ayrı bir nitelik katmaktadır (14, 34).

Gebe bu dönemde fizyolojik, psikolojik ve ruhsal bir takım değişiklikler yaşamaktadır. Fakat fizyolojik değişiklikleri yalnızca kadın yaşarken, psikolojik ve sosyal değişimlerden gebenin eşi ve diğer aile bireyleri de etkilenmekte, aile bireylerinin davranış ve tepkileri de gebeyi olumlu veya olumsuz etkilemektedir (14). Aileler gebeliği soyun devamının sağlanması, evlilik bağlarının güçlenmesi, yaşlılığın güvence altına alınması, duygusal ihtiyaçların doyurulması, sosyal statü

ve saygı gibi nedenlerle genellikle sevinçle karşılarlarken (44, 82, 87, 102), diğer taraftan istenildiği halde gebeliğin oluşmaması hem çiftler, hem de aileler için birtakım sorunlar oluşturmaktadır. Çiftler için var oluşa ilişkin kaygıyı içinde barındırıp, ciddi narsistik zedelenmelere, psikişik travmaya, kimlik krizine neden olurken, benlik saygısında azalma, yetersizlik, suçluluk, hiçlik gibi çok çeşitli tepkilere yol açar ve kaygılı bekleyiş, inkar, izolasyon, şok olma, kızgınlık, düşmanlık, depresyon, gerginlik gibi psikososyal tepkilere neden olur. Aile ve yakın çevreleri için ise belirsiz, duygusal açıdan sarsıcı, hayal kırıklığı yaratan, üzücü ve kabul edilmesi güç bir durum oluşturmaktadır

(88, 102, <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/gebelikveaile.htm> Erişim tarihi: 07.12.2013).

Üreme çağındaki çiftlerin bir yıl boyunca haftada üç dört kez korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen, gebeliğin oluşmaması ya da gebeliği sürdürememe durumu olarak tanımlanan infertilite (7, 8, 9, 13, 14, 17, 60, 73, 77, 87, 90, 100, 119, 120), çocuk sahibi olmayı planlarken beklenmedik bir şekilde çiftlerin karşısına çıkar ve onlar için zorlu bir yolculuğun başlangıcı demektir. Bu sonuç, biyolojik yolla artık çocuk sahibi olamamanın kabul edilmesi ya da ancak büyük sıkıntılara katlanılarak çocuk sahibi olunması anlamına gelir (14) ve çoğu çift için daha önce nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri, yaşamın diğer önemli yönlerini göremeyecek derecede günlük yaşamın odak noktası haline gelebilen bir sorundur (21). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre toplumdaki sıklığı %10-15 olan infertilite, tıbbi, psikiyatrik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren, dinsel ve sınıfsal yönleri olan bir krizdir. Kriz etkisini hem erkek hem de kadın üzerinde farklı şekillerde göstermekle birlikte literatürde, kadınların erkeklere kıyasla daha fazla psikolojik semptom yaşadığı ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu gösterilmektedir (14, 94, 95).

İnfertilite tedavisinin gebelikle sonuçlanması, birçok infertil çiftin duygusal iyiliğinin artmasını sağlayabilir. Ancak gebe kalabilmek için uzun süre beklemek zorunda kalan ve çaba sarf eden kadınlar, gebe kalındığında gebeliğin kayıpla sonlanmasını veya olabilecek diğer risklerin endişesini yaşamaya başlayabilirler ve gebelikte görülen normal fiziksel değişiklikler ile ilgili aşırı tedirginlik hissedebilirler (102). Klinik deneyim ve araştırma sonuçlarına göre de infertilite

tedavisi sonucu oluşan gebeliklerde gebelik boyunca anksiyete ve stres düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (77).

İster doğal yolla isterse yardımcı üreme teknikleri ile gerçekleşen her gebelikte her bir trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci vardır. Gebeliğin birinci trimesterinde, zıt duyguların ve duygusal dalgalanmaların (ani neşenin, yerini üzüntü ve sıkıntıya bırakabildiği) yaşandığı, davranış değişikliklerinin olduğu belirtilmektedir (81, 104). Bu trimesterde kadının başarması gereken gelişimsel görev, gebeliğini kabul edip trimesterin sonunda gebe olduğunu ifade edebilmesidir. Bu dönemde gebelik çok istenmiş olsa dahi yaşamda meydana gelen değişiklikler anne ve babanın ambivalans hissetmesine neden olabilmekte, bu nedenle de birinci trimester tek kelimeyle ambivalans dönemi olarak da ifade edilmektedir (14, 104). Gebeliğin ikinci trimesteri, mevcut duruma ilişkin rahatsızlık veren belirtilerin hafiflediği/geçtiğinden gebeliğe uyumun sağlandığı, ilk trimestere göre daha mutlu ve rahat olunduğu, annenin kendisi ve bebekle ilgili bilgileri öğrenmeye istek duyduğu, bebeğiyle bütünleştiği ve kendisini beğendiği dönemdir (81). Ancak tüm bunlara rağmen ikinci trimesterde aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani kızgınlık, büyük mutluluk, ani ve nedensiz duysal değişimler, seksüel istekte artma ya da azalma gibi bazı şaşırtıcı davranışların da görülebildiği bildirilmektedir (14). Son trimesterde ise gebenin doğum ağrısı ve doğum hakkındaki korku ve anksiyetesinin giderek artabildiği, acı çekme, doğum ve bebeğini kaybetme korkusuyla gebenin ilgisinin kendisi ve bebeğine yoğunlaştığı belirtilmektedir. İkinci trimesterde başlayan içe dönüklüğün bu son trimesterde de sürdüğü ve duygusal dalgalanmaların olduğu vurgulanmaktadır (104). Gebeliğin son haftalarında vücut imajının tamamen değiştiği, kadının kendisini farklı ve fiziksel durumundan dolayı da yorgun ve rahatsız hissettiği, bebeğin sağlığı konusunda endişelendiği ve somatik huzursuzluklar yaşadığı belirtilmektedir (14, 81, 104).

Tüm bu yaşanan psikolojik sorunların anne ve bebeğin sağlığını olumsuz olarak etkilediği bildirilmektedir (58). Annenin sağlığı doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar çocuk, aile ve toplum sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir ve aile sağlığı aile üyelerinin fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını

karşılabilmesine, sosyal yaşama katılabılmesine ve aile üyelerinin rollerini, kendisi ve ailesi için sorumluluklarını yerine getirebilmesine bağlıdır (14). Aile içindeki bu etkileşim ve bağ nedeniyle aile üyelerinin birinin sağlığındaki bozulma, aile içindeki dengeyi bozar, sağlığı bozulan kişi özellikle anne olduğunda bu denge daha da etkilenir. Ayrıca yaşanan bu sorunlar kadının desteğe olan gereksinimini de ortaya koymaktadır (37). Gebelik süresince psikolojik iyilik için soysal desteğin olması önemli bir faktör olduğundan (68), gebenin psikososyal durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından belirlenmektedir (58).

Gebelik dönemine yönelik yapılan çalışmalarda normal yolla gebe kalan kadınların stres, anksiyete, depresyon, umutsuzluk, hayal kırıklığı, acı, keder, sosyal izolasyon, benlik saygısında azalma, kişilerarası ilişkilerde bozulma, ambivalans vb. yönde çok boyutlu psikososyal sorunlar ve ekonomik zorluklar yaşadıkları belirtilirken (37, 72, 73, 81, 82, 104, 119, 123), yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ile gebe kalan kadınların ise bu sorunları daha fazla yaşadıkları ve ayrıca başarısızlık, kızgınlık, öfke, statü kaybı, suçluluk, stigma, yetersizlik, kayıp, dikkat dağınıklığı, konsatrasyon bozukluğu, utanma, gizliliğin kaybolması ve özel yaşamın ifşası gibi psikososyal sorunları da yaşadıkları belirtilmektedir (73, 102).

Bu psikososyal reaksiyonların tanınması ve önlenmesi, anne ve çocuk sağlığına etkilerinin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önem taşıdığından gebelik hangi yolla gerçekleşirse gerçekleşsin gebe izlemlerinde tıbbi değerlendirilme yapılırken, fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal değerlendirmenin ve de neden olabilecek risk etkenlerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (123). Özellikle yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda psikososyal reaksiyonlar daha belirgin olarak yaşandığından YÜT ile gebelik ayrı bir risk teşkil etmektedir. Bu nedenle tüm gebelerde ve özellikle YÜT ile gebe kalan kadınlarda psikososyal değerlendirme, risk etkenlerinin önceden saptanmasına, gebelik ve doğum sonu depresyona yatkınlığın belirlenmesine ve gerekli önlemlerin alınmasına olanak sağlayacak, gebelikte oluşabilecek depresyon önlenebilecek ve böylece anne ve çocuk sağlığı da korunmuş olacaktır (105).

Antenatal bakım sürecinde gebe ile en çok karşılaşan sağlık çalışanları olarak hemşire ve ebelerin annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmesinde rolleri buyk olduğundan hemşire ve ebelerin gebelikte depresyon gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenlerini bilmeleri ve değerlendirme yapabilmeleri gerekir. Gebelikte psikososyal risk faktörleri değerlendirmede kullanılacak formlar ile anneler yakından izlenmiş ve gerekirse tedavi olanağı önceden sağlanmiş olacaktır (102, 105).

Bu görüşler doğrultusunda bu çalışma, doğal ya da yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların trimesterlere göre gebeliklerindeki psikososyal sağlıklarını değerlendirmek **amacıyla** planlanıp uygulanmıştır.

Çalışmanın Hipotezleri

H₁→ H₀: Gebelikte psikososyal sağlık açısından trimesterler arası fark yoktur.

H₁: Gebelikte psikososyal sağlık açısından trimesterler arası fark vardır.

H₂→ H₀: Doğal yolla gebe kalan primigravida gebeler ile yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınlar arasında psikososyal sağlık açısından trimesterler arası fark yoktur.

H₁: Doğal yolla gebe kalan primigravida gebeler ile yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınlar arasında psikososyal sağlık açısından trimesterler arası fark vardır.

H₃→ H₀: Doğal yolla gebe kalan multigravida gebeler ile yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınlar arasında psikososyal sağlık açısından trimesterler arası fark yoktur.

H₁: Doğal yolla gebe kalan multigravida gebeler ile yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınlar arasında psikososyal sağlık açısından trimesterler arası fark vardır.

H₄→ H₀: Doğal yolla gebe kalan primigravida gebeler ile multigravida gebeler arasında psikososyal sağlık açısından trimesterler arası fark yoktur.

H₁: Doğal yolla gebe kalan primigravida gebeler ile multigravida gebeler arasında psikososyal sağlık açısından trimesterler arası fark vardır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık Nedir?

Dünya Sağlık Örgütü tarafından “bireyin sadece hastalık ve sakatlığının olmaması değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması” şeklinde tanımlanan sağlık, bireyin doğuştan sahip olduğu bir “insan hakkı” (4, 26, 27, 28, 70, 80, 93, 104) olmakla birlikte, bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir (111). Fakat sağlık tanımında belirtilen tam iyilik hali pek çok bilim insanı tarafından eleştirilmiş ve hiçbir kişinin bedensel ve ruhsal açıdan tam iyilik halini gerçekleştiremeyeceği düşüncesi ile bireylerin üretken olduğu sürece “sağlıklı” olarak değerlendirilebileceği vurgulanmıştır (80).

Ekonomik, sosyal, kültürel koşullar, nüfus ve çevresel etmenler gibi birçok faktörden etkilenen (104) sağlık kavramında, beden ve ruh sağlığı birlikte alınmasına rağmen; beden sağlığının somut ve gözle görülebilir niteliklerinin bulunması, ruh sağlığının ise soyut konuları kapsamaması nedeniyle uygulamada ruh sağlığı hizmetlerine gereken önem verilmemektedir (80). Oysaki kişinin beden sağlığı ve ruh sağlığı genel sağlığının belirleyicisi olduğundan birinde ortaya çıkan herhangi bir yöndeki değişim, diğerini de aynı yönde etkilemektedir (104).

4.2. Kadın Sağlığı Nedir?

Geçmişte kadın sağlığı denildiğinde öncelikle üreme organları ve meme ile ilgili sorunlar akla gelmekteydi. Fakat günümüzde bu yaklaşım değişmiş, kadının intrauterin dönemden başlayarak yaşlılık dönemine kadar olan sürecinde fiziksel, sosyal, duygusal ihtiyaçları da göz önüne alınarak, kadına yaşamı boyunca bütünsel yaklaşımın önemli olduğu görüşü yaygınlaşmıştır (80, 109). Çünkü yaşanan fiziksel, sosyal ve ruhsal farklılıklar kadınların üretkenliklerini ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilerken, diğer yandan da onları psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale getirmektedir (80).

Dünyada kadınlar şiddet, yoksulluk, aşırı iş yükü gibi olumsuz yaşantılarla ve zorlayıcı nedenlerle daha fazla karşılaşmakta ve psikolojik sorunlar kadınlarda daha fazla görülmektedir (2). Öyle ki; kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı, erkeklerin yaklaşık 1.7-2.7 katıdır ve bu sonuca katkısı olan üç faktör tanımlanmıştır: İlki; kadınların daha uzun süre yaşamalarının onların daha fazla hastalıkla karşılaşmalarına neden olması, ikincisi; dünyanın pek çok bölgesinde yapılan çalışmalarda ruhsal belirtileri kadınların erkeklerden daha çok yaşadıklarının belirlenmesi, üçüncüsü ise; kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunları yaşama olasılıklarının erkeklerden daha yüksek olması ve üreme sağlığı sorunlarının kadınlarda daha çok stres ve anksiyete yaratmasıdır (80).

Kadınların aile ve toplum arasında bir köprü görevi üstlenerek, sosyal sistemin ilerleyişine ve ailede sağlıklı bir iletişim ortamının oluşmasına katkısı büyük olduğundan, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Dünya Sağlık Raporu'nda insanın yaşam dönemlerinin her biri için öncelikli müdahale alanları belirlenmekle birlikte kadınların sağlık durumlarına özel bir önem verilmiş ve insanlığın 21. yüzyıldaki sağlıkla ilgili geleceğinin büyük ölçüde kadınların sağlığının ciddi olarak ele alınmasına bağlı olduğu vurgulanmıştır (109).

4.3. Tarihsel Süreç İçerisinde Kadın Sağlığına Yaklaşım

Kadın sağlığı ile ilgili ilk çalışmalar daha çok gebelik hastalıkları ve doğum üzerine yoğunlaşmıştır. Türkiye'de ana sağlığı hizmetlerinin tarihçesini 1961 yılında çıkan 'Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun' ile başlatmak olanaklıdır. Bu yasa ile nüfus temelinde örgütlenmiş sağlık ocaklarında toplumun tümünü hedefleyen ve sorunların bütünü kapsayan entegre sağlık hizmeti öngörülmektedir. Yasanın uygulanmasıyla sağlık evi ebeleri, bölgelerinde ev ziyaretleri, anne ve çocukların izlemlerini yaparak hizmet sunmaya başlamıştır. 1965 yılında çıkan Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun ile doğum kontrolü yasal olarak serbest bırakılmıştır (14, 50).

1972 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 3010 sayılı kararıyla 1975 yılı, 'Uluslararası Kadın Yılı' olarak kabul edilmiştir. Birleşmiş Milletler

tarafından 1975 yılının Kadın Yılı olarak ilan edilmesi, kadın konusunun tüm dünya ülkelerinde odak noktası haline gelmesine yol açmıştır (24).

Ardından 1975 yılında, Mexico City’de Birinci Dünya Kadın Konferansı düzenlenmiş ve ‘Eşitlik, Kalkınma ve Barış’ hedeflerine ulaşmayı amaçlayan on yılın ana teması ‘İstihdam, Sağlık ve Eğitim’ olarak belirlenirken, 1978 yılında yapılan Alma-Ata Konferansı’nda ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri temel sağlık hizmetleri (TSH)’nden biri olarak tanımlanmıştır (50). 1980 yılında ise Kopenhag’da İkinci Dünya Kadın Konferansı düzenlenmiştir. Burada kadınların durumunun iyileştirilmesi için alınacak önlemleri belirleyen ‘Hareket Planı’ ve ‘Kadınlara karşı her türlü ayrımcılığın ortadan kaldırılması sözleşmesi’ (CEDAW) kabul edilmiştir. Sözleşme, aralarında Türkiye’nin de bulunduğu 165 ülke tarafından imzalanmıştır (24). 1985 yılında da Nairobi’de Üçüncü Dünya Kadın Konferansı gerçekleşmiş ve ‘Kadının İlerlemesi için Nairobi İleriye Yönelik Stratejileri’ kabul edilmiştir (24).

Ardından 1994 tarihinde Kahire’de Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (UNKK) yapılmıştır. Konferansta uluslararası sağlık gündemine ‘üreme sağlığı’ kavramı girmiş ve tüm dünyada kabul gören bir kavram olmuştur (12, 108). Üreme Sağlığı; ‘Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır’ şeklinde tanımlanmıştır (108, 110). Bu kapsamda; bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet ve baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri ve adölesan dönemden başlanarak, postmenapozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır (110). Konferansta kadınlarla kız çocuklarına özel önem verecek şekilde eğitimin herkesin hakkı olduğu ve önceliğin çocuklara verilmesi gerektiği ilkesi kabul edilmiş (92), ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin kapsamı tüm üreme dönemine özgü hizmetler olarak genişletilmiş, ayrıca devletlere bu hizmetlere ulaşılabilirliği sağlamak için sorumluluk verilmiştir (50).

1995 yılında ise Pekin’de Dördüncü Dünya Kadın Konferansı gerçekleşmiş ve Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu isimli iki belge kabul edilmiştir (24). Kahire’de yapılan konferansın sonuçları daha sonra IV. Dünya Kadın Konferansı’nda da bir kez daha vurgulanmış ve bu konferanslardan sonra eylem programları hazırlanmıştır. Eylem programlarının ana konularını; kalkınma ve nüfus ilişkisi, kadınların güçlendirilmesi, cinsiyetler arası eşitliğin ve hakkaniyetin sağlanması, kadınlara yönelik şiddetin önlenmesi, üreme sağlığı ve aile planlaması, kız çocukları, gençler ve yaşlılar oluşturmuştur (92, 110).

Eylem Programı'nda ayrıca, aile planlaması çalışmalarının, daha geniş bir kavram olan "Üreme Sağlığı" içerisine dahil edilmesinin gereği vurgulanmış, üreme sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri aracılığı ile uygun yaştaki herkese sağlanması şart koşulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün "üreme sağlığı" tanımından da anlaşılacağı gibi, üreme sağlığı herkesi ilgilendirmektedir. Kadın ve erkek herkes, yaşamları boyunca, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık ihtiyaçlarına sahiptir. Bu yaklaşımda, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği, yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlık gelişiminin birçok faktörün kümülatif etkisiyle oluştuğu, bireylerin sağlıklarıyla ilgili şu andaki durumlarının bir önceki dönemin bir sonucu, bir sonraki dönemin ise bir nedeni olduğu bir kez daha önemle vurgulanmaktadır. DSÖ, bu bütüncül yaklaşımla, ailelerin, çocukların, adölesanların ve kadınların sağlığını geliştirici-destekleyici programları gündeme getirmektedir (110).

Üreme sağlığı, halen sağlık gündeminin en önemli maddelerinden biri olmakla birlikte, günümüzde uluslararası konferansların etkisi ile insan hakları boyutunda değerlendirilmektedir. Üreme sağlığı düzeyinde daha ileriye gitmek ve günümüzde ulaşılan son nokta olan insan hakları düzeyine ulaşabilmek için, gerek hükümet düzeyinde, gerekse sivil toplum kurumları düzeyinde yapılacak en önemli çalışmalar, kadınların statülerinin daha da yükseltilmesine yönelik çalışmalar olacaktır. Kadınlara eşit olanaklar sunma ve statülerini geliştirme, sürdürülebilir bir kalkınma ve dünyadaki sağlık düzeyinin iyileştirilmesinin en önemli şartıdır (3, 124).

4.4. Yaşam Evrelerine Göre Kadın Sağlığı

Kadın hayatının, sağlık yönünden evreleri düşünülecek olursa, kadın sağlığı ve ona verilecek önem daha intrauterin dönemden başlar (14). Doğumu izleyen 'neonatal ve postnatal dönem', çocukluk dönemi, 10-19 yaşları arasındaki 'adölesan dönem', 15-24 yaşlar arasındaki gençlik dönemleri, kadın sağlığının temel taşları olan önemli dönemlerdir (37, 49). Kadın sağlığında en önemli dönem ise, gebelik ve doğumla ilgili olay ve komplikasyonların en yoğun yaşandığı 15-49 yaş arası olan erişkinlik dönemidir. 50 yaş ve sonrasında ise 'postmenopozal dönem' ve 'yaşlılık dönemi' gelir (36, 105).

Bu dönemlerde bireyin yaşamında gelişim görevleri tanımlanmakta olup, Havighurst gelişim görevlerini çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemleri ve bunların alt dönemleri için ayrı ayrı açıklamıştır. Bebeklik için, çevreye uyum sağlamak, ilk çocukluk için; yürüme ve konuşmayı öğrenmek, son çocukluk için cinsiyetine ilişkin rolleri benimsemek, ergenlik için; ekonomik bir mesleğe hazırlanmak, evlilik ve aile yaşamına hazırlanmak, genç yetişkinlik için; aile kurmak, çocuk yetiştirmek, topluma uyumlu sosyal gruplar içinde yer almak, orta yetişkinlik için, yaşlanan anne ve babalarına uyum gösterebilmek, yaşlılık dönemi için ise emekliliğe uyum sağlamak bunlardan bazılarıdır (41, 49).

Kadın yaşam döngüsü çerçevesinde bu dönemlerden her birinde bir takım fiziksel, ruhsal ve sosyal farklılıklar yaşamaktadır. Erken yaşam dönemlerinde; cinsiyet seçimi, yetersiz emzirme, istismar, ihmal ve bakım eksiklikleri gibi sorunlar yaşanırken, fiziksel, psikolojik, sosyal, bilişsel ve ekonomik değişimlerin hızla yaşandığı çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olan adölesan ve gençlik dönemlerinde de; madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, üreme sağlığı sorunları, fiziksel değişimlere uyum zorluğu gibi sıkıntılar yaşanmaktadır. Erişkinlik dönemi sorunlarını; istenmeyen gebelikler ve istemli düşükler, gebelikte yaşanan ruhsal sorunlar, postpartum sorunlar, infertilite, cinsel işlev bozuklukları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, genital mutilasyon, meme kanseri ve jinekolojik kanserler, kadına yönelik şiddet oluştururken, postmenopozal ve yaşlılık döneminde ise;

klimakterik dönem sorunları, yaşlı istismarı ve ihmali, yoksulluk gibi sorunlar karşımıza çıkmaktadır (57, 80, 109).

Bu dönemlerin içinde en fazla kadın sağlığını bozan üreme sağlığı sorunlarının görüldüğü ve ölüm hızında artış yaşandığı dönem ise erişkinlik dönemidir. Kadının fertil çağında yaşadığı başlıca sağlık sorunları daha çok doğurganlığı ve üreme sağlığı sorunları olmakla birlikte, psikiyatrik sorunlar da en fazla bu dönemde görülmektedir. Kadın bu dönemde kendisini fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkileyen en önemli olay olan gebelik ile karşı karşıyadır (80) ve gebelik iki şekilde oluşur:

1. Doğal yolla gebelik
2. Yardımcı üreme teknikleri ile gebelik

4.5. Doğal Yolla Gebelik

Bütün toplumlarda kabul gören ve arzu edilen bir durum olan evliliğin, başta gelen amaçlarından biri de çocuk sahibi olmaktır. Çocuk sahibi olmak evlilik kurumunun beklenen ve neredeyse kaçınılmaz sonucu (14) olarak ifade edilirken, çiftler için biyolojik ve psikolojik bir ihtiyaç olarak tanımlanmakta ve çiftleri bebek sahibi olma konusunda motive edici faktörler; soyun devamını sağlamak, evlilik bağına güçlendirmek, yaşlılığı güvence altına almak, duygusal ihtiyaçları doyurmak, üreme ile ilgili dini görevleri yerine getirmek, sosyal statü ve saygı ile ilgili nedenler veya ev ile ilgili işlere yardım ve arkadaşlık eden birinin olmasını istemek olarak belirtilmektedir (44, 82, 87, 102).

İnsan neslinin sürmesi, aile bütünlüğünün oluşması ve toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesi, kültürün kuşaktan kuşağa aktarılması için önemli olan gebelik, bireylerde döllenme olayı ile başlayan, ortalama 41 hafta süren ve doğum ile sonlanan bir süreçtir (37, 51, 104). Gebelik ve annelik kavramları bir zamanlar basitçe bekleme zamanı olarak nitelendirilirken, günümüzde ebeveynler için uyum sağlamayı gerektiren, kısa vadeli baş etme davranışlarının etkisiz olduğu, kadının biyolojik ve psikososyal dengesinin bozulduğu, aile ve işyerindeki rollerinin değiştiği, bebek ve anne arasında ebeveynlik ilişkisinin kurulduğu, vb. (14, 41, 66, 105) önemli fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve

bu değişimlere uyumu gerektiren stresli bir yaşam olayı ya da krizi olarak tanımlanmaktadır (1, 31, 41, 65, 76, 88, 117).

4.5.1. Gebelikte görülen fizyolojik değişiklikler

İnsan vücudu, gebeliğe adaptasyon için, fertilizasyondan hemen sonra başlamak üzere önemli fizyolojik, anatomik ve biyokimyasal değişiklikler geçirir (1) ve bu değişiklikler yalnızca genital organlarda değil, tüm doku ve organlarda oluşur (37). Gebelikte ortaya çıkan bu maternal fizyolojik değişikliklerin nedeni, uterus içinde gelişen fetüsün gelişmesini ve besin ihtiyaçlarının karşılanmasını, genital yollarda doğum için gerekli değişimlerin hazırlanmasını, annenin gebelik ve doğum sırasında bazı risklerden korunmasını ve laktasyon döneminde bebeğin bir süre daha beslenmesini sağlamaktır (1, 97).

Metabolik değişiklikler: Gebelikte ortalama kilo alımı 12,5 kg dır. Gebeliğin ilk aylarında kilo alımı yavaş ve az olurken, ikinci ve üçüncü trimesterlerde daha fazladır. Bazal metabolizma yaklaşık %20 artarken, oksijen gereksinimi çoğalır. Çünkü anne organizması, bütün enerji ve besin kaynaklarını plasenta hormonlarının yönetimi altında fetüs için seferber eder.

Artmış su retansiyonu gebeliğin normal bir fizyolojik değişikliğidir. Termde fetüs, plasenta ve amniyotik sıvının su içeriği yaklaşık 3,5 litredir. Su retansiyonuna paralel olarak sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfor ve magnezyum gibi elektrolitlerde birikme vardır. 5. aydan itibaren fetüs karaciğerinde demir depolamaya başladığından gebelikte demir ihtiyacı da artmıştır.

Gebeliğin erken dönemlerinde anne dolaşımında glikoz konsantrasyonu düşer ve enerji için yağlar kullanılır. Bu nedenle gebelikte sık aralıklarla ve yeterli karbonhidratla beslenilmesi önerilmektedir (37).

Endokrin sistem: Gebelikteki endokrin değişiklikler, fetal-plasental fonksiyonların direkt ya da indirekt sonucu olarak yavaş yavaş gelişir. Erken gebelik döneminde salgılanmaya başlayan HCG hormonu hızla artar, 9-12. haftalarda pik değerlere ulaşır, sonrasında azalır, plato çizer ve tüm gebelik boyunca aynı seviyede kalır. HCG'nin görevi plasenta yeteri kadar estradiol ve

progesteron salgılayıcaya kadar korpus luteumdan bu hormonların salgılanmasını sağlamaktır. Progesteronun görevi ise prostaglandin üretimini ve uterus kasının oksitosin yanıtını inhibe ederek gebeliğin devamını sağlayıp, meme bezi gelişimini uyarak süt salgı kapasitesini arttırmaktır.

Gebelik boyunca östrojen üretimi de artmaktadır. Öyle ki gebe bir kadında üretilen östrojen miktarı gebe olmayan bir kadının üç yılda ürettiği miktara eşittir. Östrojenin görevi de uterus kaslarının büyümesini sağlamak, pelvis eklemleri ve bağlarında gevşeme yapmak ve meme kanal sisteminin büyümesini arttırmaktır (72).

Tiroid belli bir düzeyde hipertrofiye uğrarken, paratiroid bezler de hiperplazi ve hipertrofiye uğrar. Total tiroksin (T4) ve Total triyodotironin (T3) yükselir. Parat hormon salgısında artma vardır. Pankreasta belli bir büyüme dikkati çeker. Langerhans adacıkları genişler ve hiperinsülinemi oluşur. Total ve serbest kortizol iki ya da üç kat artar (37).

Solunum sistemi: Gebelikte akciğerlerde iki değişiklik gözlenir. Bunlardan birincisi hava yollarında dilatasyon, ikincisi ise göğüs duvarının elastikiyetinin artmasıdır. Bu iki değişikliğe bağlı akciğerlerde gaz alışverişi kolaylaşır ve gebelikte artan oksijen ihtiyacı karşılanmış olur. Pulmoner ventilasyon %30-40 artmıştır. Bu durum dispne ve hiperventilasyon gibi maternal belirtilere yol açar (37).

Kardiyovasküler sistem: Gebelikte en önemli değişiklikler kardiyovasküler sistemde görülür. Bunların en önemlisi kardiyak debi artışı ve renal, uterin kan akımında artmadır. Uterus büyüdükçe diyafram yükselir, kalp uzun ekseninde rotasyon yaparak yukarıya ve biraz da sola doğru yer değiştirir, böylece apeks vuruşu yana kaymış olur. Kardiyak kapasite 70-80 ml artmıştır.

Artan kan hacmi ve kalp atım hacmine rağmen gebelerde kan basıncı artışı olmadığı gibi bir miktar da düşüş beklenebilir. Gebelikte minimal arteriyel sistolik basınç azalması ve anlamlı diastolik basınç azalması görülür. Pozisyon kan basıncını etkiler. Sırtüstü yatan bir gebede uterusun vena kava inferiora basısı kalbe dönen kan miktarını azaltıp, önce taşikardi, ardından bradikardi ile beraber

hipotansiyona yol açabilir. Buna “supin hipotansiyon sendromu” denir. Bunu önlemek için gebelere sol yanlarına yatmaları önerilir (37).

Gastrointestinal sistem: Gebelik döneminde gastrointestinal sistemin tonüs ve motilitesi genellikle azalır. Dişetleri hiperemik ve yumuşak bir hal alabilir, tükürük salgısında da artma gözlenir (1). Alınan gıdaların mideden boşaltılması ve barsaklardan geçişi gecikir. Bunun sonucu mide yanması, bulantı ve kusmalar, kabızlık görülür. Safra kesesi fonksiyonu, gebelikte belirgin bir biçimde değişir. Safra kesesi boşaltma süresi uzar ve hacmi artar. Bu fonksiyon azalması ve safra bileşimindeki değişim gebelikte safra taşlarına eğilimi arttırır. Karaciğerde metabolizma artışı sonucu, gebelik boyunca aşırı bir kan hücumu görülür. Her türlü aktivitesinde artma olduğundan, kolestatik sarılık, spider anjioma, kaşıntı, palmar eritem gebelikte fizyolojik olarak görülebilir.

Ayrıca uterus büyürken mide yukarı itilir, kalın ve ince bağırsağın büyük bir kısmı yukarı ve yanlara doğru yer değiştirir. Demir ve kalsiyum absorpsiyonu gebelik öncesine oranla artmıştır. Kolon motilitesi azalmış, su absorpsiyonu ise artmıştır. Büyümüş uterus seviyesinin altındaki damarların yükselmiş kan basıncı ve konstipasyon sonucu olarak da yaygın olarak hemoroid görülmektedir (37).

Üriner sistem: Gebelikte böbrekler hem boy hem de ağırlık olarak artar, sağ böbrek sol böbrekten daha fazla büyür (37). Böbreklerde kan akımı ve glomerular filtrasyon da %50 artar. İlk aylarda pelviste dolaşımın artması, son aylarda ise çocuk başının pelvise yerleşmesi sonucu mesaneye baskı yapması nedeniyle de gebeliğin ilk ve son aylarında sık idrar yapma görülür (1). Günlük idrar hacmi %25 artmıştır (37).

Göğüsler: Gebeliğin erken dönemlerinde mastodini ve göğüslerde hassasiyet görülür. Meme uçları ve areola büyür, pigmentasyonu koyulaşır ve böylece laktasyona hazır hale gelir (1, 37).

Deri ve karın duvarı: Gebeliğin yarısından sonra pigmentasyon görülür. Özellikle yüzde oluşan pigmentasyon, gebelik maskesi şeklinde kendisini gösterir. Abdominal derinin orta hattı belirgin bir biçimde pigmente olarak kahverengimsi siyah bir renk alır ve linea nigra’yı oluşturur. Gebeliğin daha sonraki aylarında ise

abdomen üzerindeki deride çoğunlukla kırmızımsı hafif çöküntülü çizgiler oluşabilir (37).

Kas iskelet sistemi: Hormonların etkisi ile kas ve iskelet sisteminde gevşemeler olur, vücudun denge sistemi değişir, lordozlar ve kemik ağırları görülür (37).

Genital sistemdeki değişiklikler

Uterus: Gebelik boyunca uterusun büyüklüğünde, ağırlığında, kalınlığında, yumuşaklığında, pozisyonunda ve ligamentlerinde değişiklikler olur. Ağırlığı 40-60 gram olan uterus doğuma yakın 1000-1500 grama ulaşmaktadır. Hamilelikten önce 1.5 cm olan uterus duvarının kalınlığı ise artarak 2.5 cm'e ulaşır. Fetüsün büyümesi ve amniyos suyunun artması ile myometrium gerilip inceler (1, 72).

Serviks: Gebeliğin erken dönemlerinde serviks ödemli, hiperemi nedeniyle morumtrak görünümündedir ve hormonların etkisiyle hipertrofi ve hiperplaziye uğramaktadır (1). Döllenmeden hemen sonra çok kalın mukus tıkaç servikal kanalı kapatır (72) ve böylece uterus ile dış ortam arasında bir bariyer oluşturarak, fetüs dış ortamdan korunmuş olur (37). Ayrıca gebelik ilerledikçe servikal kanalda parmak ucunun girişine izin verecek kadar belirgin bir genişleme olabilir (72).

Overler: Gebelikte ovulasyon gerçekleşmez ve yeni folikül gelişimi bir süreliğine durur (1, 37, 72).

Vajina ve perine: Vulva, perine kasları ve deride damarlanma artışı ve hiperemi gelişir. Ayrıca bu yapılarda normalde bol miktarda bulunan bağ dokusunda yumuşama olur. Artmış damarlanma vajinayı belirgin olarak etkiler. Bol miktardaki salgılar ve vajinanın gebelik boyunca tipik özelliği olan mor rengi hiperemiden kaynaklanmaktadır. Ph'ı asidiktir ve 3,5 ile 6 arasında değişir (1, 72) ve enfeksiyonlara karşı direnç artmış olur (37).

Gebelerde en sık rastlanılan fiziksel ve emosyonel yakınmalar ise; sık idrara çıkma, bulantı-kusma, iştahta artma-azalma, mide yanması, kokulara karşı hassasiyet, konstipasyon, diyare, hemoroidler, varisler ve ödem, göğüslerde hassasiyet, kas krampları, bel ağrısı, baş ağrısı, yorgunluk hissi, halsizlik, sıkıntı hissi ve uykusuzluktur (37, 72).

Gebelerde fizyolojik değişikliklerin görülmesi, hızlı hormonal değişimlerin olması, duygu durum ve diğer psikiyatrik sendromların ortaya çıkmasının bir nedeni olarak ileri sürülmektedir (74).

4.5.2. Gebelikte görülen psikolojik değişiklikler

Gebelik, kişilerin biyolojik durumunu etkilediği gibi psikolojik ve sosyal durumunu da etkileyerek, vücut görüntüsünde, sosyal ilişkilerde ve aile üyelerinin rollerinde değişiklik yapmakta (14, 97) ve tüm bu değişiklikler bu süreçteki psikososyal tepkilerin kaynağını oluşturmaktadır (35, 86). Üçer aylık üç dönemden oluşan gebelik, annenin bebeğini kabul etmesi ve doğuma hazırlanması için aileye yeterli zamanı vermektedir. Ayrıca bu dönem ileride kurulması beklenen sağlıklı anne-çocuk ilişkisinin de temelini oluşturmaktadır (1, 43, 72).

Fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı bir anneden sağlıklı çocuklar doğmakta ve sağlıklı çocuklar da sağlıklı bir toplumu oluşturmaktadır (1, 72) Bu nedenle gebelik dönemini sağlıklı ve rahat geçirmek hem kadın hem doğacak çocuk hem de aile sağlığı için oldukça önemlidir (103).

Gebelik dönemi birçok insan için özel bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte, yeni doğan çocuğunu kucağına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi yönünden riskli bir dönem olmaktadır (105). Çünkü gebelik döneminde meydana gelen biyolojik değişimler kadının ruhsal dünyasına da yansımakta (21) ve kadınlar gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak algılayabildiği gibi stres, endişe, kaygılı bekleyiş, üzerinde aşırı bir yüklenme gibi olumsuz ruhsal duygulanımların da yaşanabileceği bir dönem olarak da algılayabilmektedirler (1, 11, 31). Böylece bir çok kadın bu sürece kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlar hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal hastalıklar yaşayabilmektedirler (66). Öyle ki literatürlerde gebelik ve doğum dönemlerinin neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerin yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmasının mümkün olamayacağı belirtilirken (26, 37, 51, 56, 74), son dönemde yapılan birçok çalışma da, hamilelik döneminde görülen depresyon oranının çok da seyrek olmadığını ve postpartum dönemdekine benzer bir oranda bulunduğunu, gebelik dönemindeki

anksiyete ve depresyon ile postpartum dönemdeki depresif belirtilerin ilişkili olduğunu göstermektedir (47, 51).

4.5.2.1. Birinci trimesterde görülen psikolojik değişiklikler

Gebeliğin her döneminde görülen fizyolojik ve psikolojik tepkiler farklı olmakla birlikte, ilk trimester genellikle yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyumla ilgilidir (1, 81, 105) ve bu dönemde gebeliğini kabullenip güven duygusu içinde olan gebelerin uyum süreci olumlu gelişmektedir (14, 37, 46). Gebelikten hoşlanma, mutluluk duyma, fiziksel rahatsızlıkları iyi tolere etme, kendisi ve ailesinin gebelik ve doğumla baş edebileceği, özgüven ve umut duygusu kadının gebeliği kabullendiğini gösteren belirtilerdir (41, 45, 53, 104). Bu süreçte gebeden beklenen gelişimsel görev; gebeliğini kabul etmesi ve bu trimester sonunda gebe olduğunu ifade edebilmelidir (41, 97).

Gebelik süresince değişik zaman dilimlerinde gebenin emosyonel reaksiyonları; belirsizlik, içe dönüklük, pasiflik, kendini beğenmeme, bağımlılık, korku ve anksiyete olarak tanımlanırken (104), aynı zamanda duygularının zıt olduğu ve önceden sakin görünen bir gebenin günlük yaşantısında davranışlarının değişken olduğu gözlenmiştir. Ani neşe, yerini üzüntü ve sıkıntıya bırakabilmekte, dakikaları dakikalarına uymayıp kendilerini çok iyi hissederken birkaç dakika sonra ağlamak isteyebilmektedirler (37). Ayrıca bu dönemde görülen başlıca depresif belirti ve bulgular; uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğü olarak tanımlanmaktadır (31).

Bu dönemin davranışsal ve duygusal değişimleri:

- Belirsizlik: İlk haftalarda kadın gebe olup olmadığını anlamak ve doğrulamak için çaba harcamakta ve belki de gebelik olasılığı ile ilgili ailesiyle konuşmaktadır (41). Belirsizlik duygusuna karşı tepkisi bireyseldir ve kadın ya gebelik belirtilerini doğrulamak için istekli ya da bu olasılıktan dolayı endişelidir (14).

- Ambivalan duygular: Gebelik tanısı kesin olarak koyulduktan sonra hemen hemen tüm kadınlar ambivalan (çelişkili) duygular yaşamaktadırlar (41). Bu

duyguların nedeni olarak ise gebelikle birlikte yaşamda meydana gelebilecek büyük değişimler, doğum ve çocuk büyütme ile ilgili ekonomik güçlükler, ev problemleri, iş yaşamına etkisi, hazır olmama duygusu, menstruasyonun kesilmesi, mide bulantılarının rahatsız etmesi, kendini yorgun hissetme olarak gösterilmektedir (46, 113). Gebelik, hem kadın hem de eş tarafından çok istense dahi yaşamda meydana gelen değişiklikler anne ve babanın ambivalans hissetmesine neden olabilmektedir (14, 37, 105).

- Primer odak olarak benlik: İlk trimester boyunca kadının ilgisi tamamen kendisi üzerinde olmaktadır (41). Uyku ve yeme düzenindeki değişiklikler, bulantı, kusma, cildindeki renk değişiklikleri, büyüyen memeler ve kilo artışı ile birlikte kendini şişman hissedebilmekte ve fiziksel olarak tekrar eski haline dönüp dönmeyeceği konusunda endişe yaşabilmektedir (14, 72, 97).

4.5.2.2. İkinci trimesterde görülen psikolojik değişiklikler

Bu dönemde rahatsızlık veren gebelik belirtileri geçtiği veya hafiflediğinden ve kadının vücudu gebeliğe uyum sağladığından dolayı gebe daha mutlu ve rahattır (14, 37, 104). Kadın gebeliğe adaptasyonunu tamamlamış, gebeliğini benimsemiş ve onun için artık dışa dönüklük dönemi başlamıştır (104). İlk aylarda soyut olan fetüs varlığı, anne tarafından fetüsün hareketlerinin hissedilmesi, ultrasonografide görüntülenmesi, cinsiyetinin öğrenilmesi ve kalp seslerinin duyulması ile somut bir kavrama dönüşmektedir (37). Anneliği benimseyen kadının fetüsle olan biyolojik bağı daha derin ve yakın hissedildiğinden, kadın artık büyük bir istekle anne ve bebek sorunlarıyla ilgilenmeye başlamaktadır (81, 97, 105).

İkinci trimesterde kadının başarması gereken gelişimsel görev; bir önceki trimesterde onun için gerçek olmayan fetüsü ayrı bir varlık olarak algılayıp kabul etmektir (41). Karnın büyümesi ile hamilelik dış dünyaya ilan edilmekte, gerçekliği ortaya konmaktadır (1), fakat bu durum anneyi memnun edebileceği gibi, ambivalansı ve buna bağlı anksiyeteyi de körükleyebilmektedir. Yine de bu dönem ruhsal morbidite riskinin en düşük olduğu dönem olmakla birlikte (97, 105), gebelik benimsenmiş olsa dahi yaygın olarak görülen aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani kızgınlık, büyük mutluluk, ani ve nedensiz duygusal değişimler,

seksüel istekte artma ya da azalma gibi bazı şaşkırtıcı davranışlar olabilmektedir (14, 37, 41).

Aynı zamanda ikinci trimesterde anne, kendisi ve bebekle ilgili bilgileri öğrenmeye istek duymak, diğer gebe kadınlarla konuşmaya yönelmek, hayallere dalmak, çevresinden kopup bebeği ile bütünleşmek, kendini beğenmek (narsizm), hareketlerini yavaşlatmak, yavaş giyinmek ve gebeliğini göstermeye çalışmak gibi çabalara girebilmekte (14, 37, 41, 97), fakat aynı zamanda da fetüsü koruma yeteneği hakkında endişelenebilmektedir (37).

İkinci trimesterin başlangıcında fetüsün canlılık kazanması, ambivalans ile doyum duygusunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu dönemde gebenin yoğun olarak yaşadığı duygular; içe dönüklük, kendini beğenme, pasiflik, beden görünümünün değişmesine bağlı utanma ya da gururdur (1, 105).

Bu dönemin davranışsal ve duygusal değişimleri:

- Gebeliğin fiziksel olarak doğrulanması: Kadın bu dönemde bebeğin hareketlerini hissetmektedir. Bu hareket ile birlikte uterus içinde bir yaşamın geliştiğini doğrulanmış olur ve kadın artık bebeği vücudunun bir parçası olarak değil, kendisine bağımlı olmasına rağmen kendisinden ayrı bir varlık olarak algılamaya başlar.

- Primer odak olarak bebek: Kadın bu dönemde tamamen bebeğe odaklanmaktadır. Genellikle kendisini iyi hissetmekte ve sağlıklı bebek dünyaya getirebilmek için yapması gerekenleri düşünmektedir. Yaratıcı bir enerji ve memnuniyet duygusu vardır.

- Narsizm ve içe dönme: Kadın bu dönemde bebeği koruma yeteneği hakkında endişe duyabilmekte ve bu endişe sıklıkla narsizm ve içe dönme şeklinde kendini göstermektedir. Gebenin kıyafetleri, yediği besinler ve yaşadığı çevre öncesine göre daha önemlidir ve bu yüzden çevresel olayları bebeğin sağlığını etkileme durumuna göre değerlendirip, işlerine ve çevresindeki diğer bireylere daha az ilgi gösterebilmektedir (37, 41).

- Beden imajı: Gebelerin bedenlerinde olan hızlı ve yoğun değişim çoğunlukla olumlu karşılanmakta, beden imajının değişmesi bebeğin büyüdüğünü

gösterdiği için de kadın ve eşinde gurur yaratmaktadır. Ancak bazı kadınlarda bu değişimler olumsuz bir beden imgesi yaratabilmektedir (14, 41).

4.5.2.3. Üçüncü trimesterde görülen psikolojik değişiklikler

Bu dönemde gebenin doğum ve bebek için hazırlıkları artmakta (37, 97) ve anne bütün eksikliklerini tamamlamaya çalışmaktadır (37). Vücut imajı tamamen değişmiştir ve fiziksel durumundan dolayı kendisini yorgun ve rahatsız hissedebilir, uykusuzluk sorunu olabilir, daha çabuk yorulup yeni beden sınırlarına uyum sağlamakta güçlük çekebilmektedir (14). Kadının bu dönemdeki gelişimsel görevi, annelik rolünü algılamaya başlaması ve "bir anne olacağım" diyebilmesidir (41).

Gebeliğin son üç ayında gebenin fizyolojik olarak hareketleri kısıtlı olmasına rağmen gelişen annelik duygularının etkisiyle doğacak çocuğuna karşı korumacı davrandığına inanılmaktadır (104). Yeni canlı, annenin bütün sistemlerini etkilerken, doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkmaktadır (1, 105). Doğum ağrısı ve doğum hakkındaki korku ve anksiyete giderek artabilirken, acı çekme, doğum ve bebeğini kaybetme korkusuyla gebenin ilgisi kendisi ve bebeğine yoğunlaşmıştır (14, 63). Bunun yanında, doğumu takiben çocuğun bakımı, annelik rol ve işlevlerini yeterince yürütüp yürütemeyeceği endişeleri ortaya çıkabilmektedir (105).

İkinci trimesterde azalan yorgunluk, halsizlik, mide problemleri, solunum sıkıntısı, pelvik ligament ağrıları, sık idrara çıkma gibi fiziksel şikâyetler bu dönemde uterusun büyümesine paralel olarak farklı bir şekilde tekrar ortaya çıkabilir (49) ve gebelerin yaklaşık üçte biri bu durumu ciddi birer sorun olarak tanımlayabilmektedirler (107). Ayrıca 28-32. haftadan sonra ölü bebek doğurma, zor doğum, doğum ağrısı, ölüm korkusu, iyi anne olamayacağı korkusu, doğumdan sonra işini bırakmak ya da ara vermek zorunda olması, ailenin ekonomik bir yükün altına girmesi gibi nedenler gebede anksiyete ve strese neden olabilmektedir (72, 104).

İkinci trimesterde başlayan içe dönüklük bu dönemde de sürerken, gebe duygusal dalgalanmalar yaşayabilmektedir. Kadın gebeliği ile bir yandan gurur

duyarken, diğeryandan doğum ile ilgili korku duyabilmekte, fiziksel görünümü daha fazla büyüyüp hantallaştığından artık gebelikten bıkmaya başlamış olabilmektedir. Fiziksel rahatsızlık, gebeliğın artan yükü ve sorumluluğı gebe kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanması gereksinimini ortaya koymaktadır (37).

Bu dönemin davranışsal ve duygusal değışimleri:

- Duyarlılık: Kadın bu dönemde daha duyarlı hale gelmekte, bebeğini kaybedeceği ya da ona zarar vereceğı duygusunu yaşadığından kendine daha fazla dikkat etmektedir.

- Bağımlılığın artması: Gebeliğın son aylarında kadın fiziksel ve duygusal destek için başkalarına özellikle eşine bağımlı olmaya başlamaktadır. Bağımlılık belirtileri kişiden kişiye değışmekle birlikte, genellikle gebe kadın eşine her an ulaşabileceğinden emin olmak için onu telefon ile sık sık arayabilmekte ve kendisi söylemese de eşinin bu duygularını anlamasını beklemektedir.

- Doğum korkuları: Kadınların çoğunun doğum zamanını belirleyememe, hastaneye yetişememe ve doğum sürecinde geçireceğı yaşantılara ilişkin korkuları olmaktadır. İlk gebeliğı olanlarda bilinmeyen korkusu yaşanırken, bir ve daha fazla çocuğı olanlarda ise bir şeylerin yanlış gideceğı korkusu başlamaktadır. Ayrıca doğum ağrılarından, doğum esnasında bebeğın ve kendisinin yaşamının sonlanmasından ya da duygusal ve fiziksel olarak kontrol kaybı yaşamaktan korkabilmektedir (14, 41).

4.6. Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebelik

4.6.1. İnfertilite nedir?

Çiftlerde biyolojik, psikososyal, ekonomik, etik ve kültürel olarak önemli sorunlar yaratan infertilite (7, 13, 19), üreme çağındaki çiftlerin bir yıl boyunca haftada üç dört kez korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen, gebeliğın oluşmaması ya da gebeliğı sürdürememe durumudur. (7, 8, 9, 13, 14, 17, 60, 73, 77, 87, 90, 100, 119, 120). Başka bir tanımla; üreme yeteneğinin istek dışında azalması ya da kaybolmasına infertilite denilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün

infertilite tanımında ise bu süre 2 yıla kadar uzatılmaktadır (73). Primer infertilite, daha önce hiç gebe kalmamayı, sekonder infertilite ise geçmişte herhangi bir zamanda canlı doğumla sonuçlansın veya sonuçlanmasın en az bir kez gebe kalmış olmayı tanımlamaktadır (17, 87, 113, 121).

İnfertilitenin görülme sıklığı, ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişmekle birlikte, gelişmiş ülkelerde çiftlerin yaklaşık %8-10'unda, gelişmekte olan ülkelerde %15-20'sinde infertilite görülürken (60, 77), son yıllarda bu oranın %30'lara kadar arttığı bilinmektedir. Bu artıştaki en önemli faktör, çiftlerin konuya daha çok ilgi göstermeleri ve daha fazla sayıda kadının toplumsal şartlar nedeniyle evlenme ve doğurma yaşını geciktirmeleri olarak düşünülmektedir (87). Gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olmasının sebebi ise, özellikle gonore ve klamidya gibi cinsel yolla bulaşan genital yol enfeksiyonlarının daha sık görülmesi ve etkili olarak ya da hiç tedavi edilememesi sonucu infertilite ile sonuçlanan hasarlar oluşturmasından kaynaklanmaktadır (38, 62). Ülkemizde yaklaşık olarak 1.5-2 milyon çiftin infertil olduğu ve %10-20'nin nedeni açıklanamayan infertiliteye sahip olduğu tahmin edilirken (29), infertilite nedenleri %40 kadından, %40 erkekten, %20 her ikisinden de kaynaklanmakta olduğu, primer infertilite sebeplerinin %55-75, sekonder infertilite sebeplerinin ise %25-40 olduğu bildirilmektedir (5, 14, 33, 39, 113, 121).

4.6.2. İnfertilite nedenleri

Gebeliğin doğal sürecini etkileyen fiziksel, psikososyal, sosyoekonomik ve çevresel tüm faktörler gebeliğin oluşumunu, yani fertilitiyi etkileyebilmektedir. İnfertilitenin nedenleri arasında kadın ve erkeğin yaşı, cinsel ilişkinin sıklığı ve zamanı, kadında ya da erkekte geçirilmiş pelvik ameliyatlar, alkol-sigara kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ilaçlar, toksinler, kimyasallar, radyasyona maruz kalma ve stres sayılmaktadır (60).

Kadında infertiliteye yol açan nedenler genellikle; ovulasyon problemleri, endokrin bozukluklar, fallop tüplerindeki tıkanıklık, uterus ve serviks anomalileri, yaş faktörü olarak sıralanırken, erkekte infertiliteye yol açan nedenler ise varikosel, duktal enfeksiyon ve tıkanıklık olarak bildirilmektedir (10, 22, 54, 82, 85, 118).

Fertiliteyi etkileyen temel faktörler kadın ve erkeğin yaşı, koitus sıklığı ve zamanlama olarak tanımlanmaktadır. Kadın ve erkek için fertilitenin en yüksek olduğu dönem 24-25 yaşlar olduğundan, fertilitenin hızı kadında 30 yaşından sonra, erkekte ise 40 yaşından sonra düşmektedir. Ancak erkeğin üreme yeteneği ileri yaşlara kadar sürerken fertilitenin için kadının yaşı tehlikeli bir faktördür. Çünkü yaş artışıyla birlikte kadının üreme potansiyelinde azalma oluşmakta ve buna bağlı olarak da artan bir infertilite prevalansı izlenmektedir (73).

Yeterince sık cinsel ilişkide bulunmama, infertilitenin çok sık rastlanan nedeni olduğundan gebe kalma şansını artıran diğer bir yol, ovulasyon zamanında cinsel ilişkide bulunmaktır. Spermin kadın vücudunda 72 saat, ovumun ise 24 saat yaşadığı düşünülürse, bir kadının 28 günlük bir siklusta gebe kalma şansı, siklusun ortasına rastlayan 3 gündür ve bu nedenle gebe kalmak isteyen çiftlere haftada en az 2 kez cinsel ilişkide bulunmaları önerilmektedir. (73).

İnfertilite olgularının büyük bir kısmını sonradan gelişen sekonder infertilite oluşturmaktadır. Bunun en yaygın nedenleri; cinsel yolla bulaşan hastalıklar, güvenli olmayan düşükler ve puerperal enfeksiyonlara bağlı pelvik enfeksiyonlar olarak bildirilmektedir (38).

İnfertilite nedenleri çok karmaşık olduğundan tedavisi de karmaşıktır ve tedaviden önce nedeni anlamak uzun zaman alabilmektedir (52). Sadece bir neden olmayıp birden çok neden olabilmekte ve bu durum tedaviyi güçleştirmektedir. Öncelikle sorun giderilerek (tüplerin tıkalı ise açılması, hormon tedavisinin verilmesi vb.) kadının doğal yolla gebe kalması planlanmakta (113), fakat bütün bu uğraşılara rağmen gebe kalamayacağı anlaşılan kadınlara infertilite tedavisi yapılmaktadır (122).

4.6.3. Yardımcı üreme teknikleri

Overden oosit alımını takiben yapılan işlemlere yardımcı üreme teknikleri adı verilmektedir (7, 82). Günümüzde yardımcı üreme tekniklerinin gelişip yaygınlaşmasıyla çocuk sahibi olması olanaksız görünen pek çok infertil çift kendi çocuklarına sahip olma şansını yakalamıştır. 25 Haziran 1978 tarihinde fizyolog

Robert Edwards ve jinekolog Patrick Steptoe ilk IVF (In Vitro Fertilization) bebeği olan Louise Brown'un doğumunu bildirmişlerdir (40, 91). Bu olayın ardından üreme tıbbında çok hızlı gelişmeler kaydedilmiş ve tarihsel gelişim süreci içinde bir çok yardımcı üreme tekniği tanımlanmış ve uygulanmıştır. Bu teknikler; IVF_ET (In Vitro Fertilization-Embriyo Transfer), GIFT (Gamete Intrafallopian Transfer), ZIFT (Zygote Intrafallopian Transfer), TET (Tubal Embriyo Transfer), PZD (Partial Zona Dissection), SUZI (Subzonal Insemination), ICSI (Intracytoplasmic Sperm Injection)'dir. GIFT, ZIFT, TET gibi gamet veya embriyonun tubaya transferinin yapıldığı yöntemlerin invaziv olması ve uygulama zorluğu nedeniyle kullanımı terk edilmiştir. Oositin mikromanipülasyonu temeline dayanan PZD, SUZI ve ICSI yardımcı üreme teknikleri olarak adlandırılırken, PZD ve SUZI artık kullanılmamaktadır. Günümüzde en fazla kullanılan yardımcı üreme teknikleri IVF-ET ve ICSI'dir. Yardımcı üreme tekniklerinde implantasyon şansı, eğer 3 ya da daha fazla zigot transfer edilirse genel olarak %30 civarındadır (82). Fakat Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları 2010 Yönetmeliği'nde çoğul gebeliklerin önlenmesi için tek embriyo transferi yapılması esas alınmakta, ancak üçüncü ve dördüncü uygulamada ve de 35 yaş üzeri kadınlarda en fazla 2 embriyo transferine izin verilmektedir (112).

4.6.3.1. In vitro fertilizasyon (IVF) ve embriyo transferi (ET)

Bu yöntemde laparoskopi veya transservikal ultrasound yardımı ile yönlendirilen bir iğne ile olgunlaşan oosit, overlerden aspire edilmektedir. Erkekten alınan spermatozoidlerle birlikte laboratuarda 2-3 gün süre ile doku kültürüne konmakta ve fertilizasyon gerçekleştikten sonra ovum marula safhasında (4-16 hücre evresi) iken embriyo uterus içerisine yerleştirilmektedir (7, 14, 82, 120). Son yıllarda embriyolar kültür ortamında 5 gün bekletilerek blastosist safhasına geldikten sonra da transfer edilmeye başlanmıştır. Standart 3 günlük embriyo transferi ile karşılaştırıldığında blastosist transferlerinin implantasyon oranları daha yüksek görülmektedir (15, 120). Bu uygulamada daha az embriyo transferi yapıldığı için çoklu gebelik riski de azalmaktadır.

Embriyo transfer işlemi ağırlı bir işlem değildir ve tüm işlem yaklaşık 20-30 dk sürmektedir. İşlem sonrası endometriumu desteklemek için progesteron içerikli ilaçlar verilmekte ve bu tedavi gebelik oluşursa 10. haftaya kadar devam etmektedir. Gebelik oluşmayıp adet kanamasının olduğu durumlarda ise kanamanın başlaması ile birlikte tedavi kesilmekte ve bazen hastanın durumuna göre işlem sonrası yatak istirahati önerilebilmektedir (82).

IVF, başlangıçta tüpleri tıkalı olan hastalar için düşünülmüş olan bir yöntem olarak uygulama alanına konmakla birlikte günümüzde ciddi tubal hastalık, ciddi endometriozis, ciddi erkek faktörü, multifaktöriyel infertilite, overyan yetmezlik, kanser hastaları, yaşa bağlı ya da açıklanamayan infertilite gibi birçok hasta grubunun tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır (5, 82).

4.6.3.2. İntrastoplazmik sperm injeksiyonu (ICSI)

Oosit zona pellusidasında bir delik açılarak buradan mikro pipet yardımıyla tek bir spermi oosit stoplazması içine verme işlemidir (7, 14). Yumurta içerisine en iyi kalitedeki tek bir sperm enjeksiyonu yapılmakta ve bu yöntemle çok düşük sperm sayılarında bile fertilizasyon olanağı oluşmaktadır (82).

ICSI, daha önce kullanılan subzonal sperm enjeksiyonu ya da zona manipölasyonu ile gerçekleştirilen diğer tekniklerinin temelde yerini almıştır (82). Günümüzde bu yöntem şiddetli erkek faktörü infertilite olgularında, önceki IVF uygulamalarında 1 veya 2 kez total dölleme defekti ile karşılaşılan veya klasik IVF ile fertilizasyon oranlarının düşük olduğu ve de spermin ciddi fertilizasyon defekti taşıdığı olgularda kullanılmaktadır (7, 14, 82).

4.6.3.3. İntrauterin inseminasyon (IUI)

Kadının ovulasyon döneminde erkekten alınan spermlerin kadın üreme sistemi içine cinsel ilişki dışında bir yöntemle bırakma işlemidir (7, 82). Yardımcı üreme teknikleri oositin overden direkt olarak alındığı yöntemleri kapsadığından bu bağlamda IUI, YÜT içinde sayılmamaktadır (14). Tarihi insanlık kadar eski olmakla birlikte modern anlamda ilk kez 1900'lü yılların başında hayvanlarda uygulanmıştır.

İntraservikal (ICI) ve intrauterin (IUI) olmak üzere iki tip inseminasyon vardır. İntraservikal inseminasyonda hiçbir muameleden geçmemiş ejakülat enjektör ya da özel kanül yardımı ile vajina ya da servikse bırakılmaktadır. Günümüzde pek fazla uygulanmamaktadır. İntrauterin inseminasyon ise yıkanmış yani bir takım kimyasal maddeler ile muamele edilmiş ejakülat özel kanül ya da enjektör ile direkt olarak uterus içine verilmekte ve böylece seminal plazma içerisindeki prostaglandinlerin uterus içinde şiddetli kramplara neden olması ve seminal sıvıdaki bakterilerin pelvik enfeksiyon yapma riski önlenmiş olmaktadır. Ayrıca, servikal mukusun bu şekilde atlanması ile daha fazla sayıda motil spermin fallop tüplerine erişmesi ve böylece gebelik şansının da artması beklenmektedir. Her iki uygulama türü de ağrı veren işlemler değildir (16, 99).

Erkek faktörü infertilite, servikal mukus bozuklukları, nedeni açıklanamayan infertilite, endometriozis, disparoni, kombine non-tubal infertilite faktörleri, psikojenik seksüel disfonksiyon gibi faktörler intrauterin inseminasyon için endike oluşturmaktadır.

IUI tedavisinde inseminasyon uygulama zamanı da oldukça önemlidir. İnseminasyon zamanı genellikle HCG enjeksiyonundan 34-38 saat sonradır ve hasta yaşı ile infertilite süresine göre 3-6 siklus inseminasyon uygulanabilmektedir (55).

Sınırlı gelişen uterus krampları, hastaların %0.5'inden azında pelvik enfeksiyon ve nadiren alerjik reaksiyon komplikasyon olarak görülebilmektedir (82).

4.6.3.4. Gamet intra fallopian transfer (GIFT)

Laparoskopik veya transvajinal yolla elde edilen oositler ve hazırlanan spemler normal yapıdaki tuba uterinaların ampuller bölgesine laparoskopi yardımıyla yerleştirilmesi işlemidir (14). GIFT uygulanabilmesi için, gerginliği histerosalpingografi ile saptanmış en az bir tubanın açık olması gerekli ve yeterlidir.

GIFT'in IVF yöntemine göre avantajı, yöntemin laparoskopi altında uygulanması nedeniyle iki günlük laboratuvar inkübasyon süresi ve embriyonun

uterin kavite içerisine yerleştirilmesi aşamalarının elimine edilmiş olmasıdır. Yöntemin dezavantajı ise, bireyin anestezi alması ve laboratuvar ekibinin yöntemin uygulanması sırasında hızlı çalışmak zorunda kalmalarıdır (7).

Açıklanamayan infertilite, hafif erkek faktörü, endometriozis, immünolojik infertilite gibi durumlarda kullanılmaktadır (14).

4.6.3.5. Zigot intrafallopian transfer (ZIFT)

Oosit ve sperm in vitro olarak döllandikten sonra zigotun laparoskopi yoluyla tuba ampullasına verilmesi işlemidir (7). 1986 yılında ilk defa insanda gerçekleştirilen ZIFT, IVF ve GIFT'in bir kombinasyonudur.

GIFT'e göre en önemli avantajı fertilizasyonun denetlenebilmesi ve fazla embriyoların dondurularak saklanabilmesidir. Oositlerin ayrı bir işlemle toplanması, iki işlem gerektirmesi ve iki kez anestezi gerektirmesi ise dezavantajlarından (14).

4.6.3.6. Tubal embriyo transferi

Jansen ve Anderson tarafından 1988 yılında bildirilen bu yöntemin ZIFT'den farkı embriyoların pronükleer evre yerine klivaj aşamasında transfer edilmesidir (14).

4.6.4. İnfertilitenin psikososyal yönü

İnfertilite tedavi süreci içinde, tüm dikkat genellikle infertilitenin fiziksel özelliklerine odaklanmakta, duygusal tepkiler genellikle fark edilmemekte, önemsenmemekte veya tedavisiz bırakılmaktadır (20). İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak sınıflandırılmamasına rağmen, bireyi, aileyi ve toplumu etkileyen sosyal bir problem olduğundan bireysel, aile içi ve toplumsal sorunlara yol açan, yıkıcı ve bu yüzden önemli bir sağlık sorunudur (62, 90).

İnfertilitede etken erkek faktörü olsa dahi, karmaşık tedaviler ve girişimsel işlemlere maruz kalan genellikle kadınlardır (119) ve de tarih boyunca bu yük çoğunlukla kadınların omuzlarına bindirilmiştir. Özellikle geleneksel toplumlarda

kadının aile ve toplum içindeki rolü, doğurganlık ve çocuk bakımı ile bağlantılı olarak ele alındığından, çocuk sahibi olamayan kadın, kendisini doğaya aykırı, toplumla bağdaşmaz görebilmekte ve sosyal bir utanç duyabilmektedir (82). Kadınlarda gebe olma baskısı ve gebelik olmadığında yaşanan sıkıntı erkeklere göre daha fazla (96) olduğundan, infertilite her iki eş için de geçerli olmakla birlikte özellikle kadınlar için psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı ve genellikle tanı ve tedavi amacıyla yapılan işlemler nedeniyle de fiziksel olarak acı veren karmaşık bir yaşam krizidir (7, 14, 59, 71, 73).

Çocuksuzluğun kadın yönünden psikolojik anlamı, doğuramama (işlevsel bozukluk), kontrol kaybı (bedenim isteklerime uymuyor), psikolojik eksiklik (analık güdüsünün doyurulamaması), kendini kadın toplumunun dışında hissetme, yalnız kalma (duygusal olarak evlat desteğinin olmaması), sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması), sosyal rol eksikliği (anne, hamile kadın, lohusa, kayınvalide, büyükanne) ve benlik değerinde düşme olarak bildirilirken, çocuksuzluğun erkek yönünden psikolojik anlamı ise, doğurtamama (erkeklik işlevlerinde yetersizlik), psikolojik eksiklik (babalık güdüsünün doyurulamaması), yalnız kalma (yaşlılıkta), iş hayatında destek eksikliği, soyunun devamının sağlanmaması, sosyal rol eksikliği (baba, kayınpeder, büyükbaba) ve sosyal güvence azlığı olarak bildirilmektedir (121).

İnfertilite tedavi sürecinde gebe kalabilmek için uzun süre beklemek zorunda kalan ve çaba sarf eden kadınlar duygusal olarak erkeklere göre daha hassas ve kırılgan olabilmekte, gebe kaldığında gebeliğin kayıpla sonlanması veya olabilecek diğer risklerin endişesini yaşamayabilmekte ve gebelikte görülen normal fiziksel değişiklikler ile ilgili aşırı tedirginlik hissedebilmektedirler. Çoğunlukla kadınların infertiliteyi ağır bir kriz olarak yaşamalarına rağmen, erkekler için bu durum sadece bir hayal kırıklığı olarak algılanıp, hemen çözümlenmesi gereken acil bir durum olarak görülmebilmektedir (102). Bu nedenle kadınlar duygularını daha çok ifade ederken, erkekler daha az ifade etmelerinin dışında pek fazla sorun yokmuş gibi davranma eğilimine girmekte ve infertilite hakkında konuşmanın onların stresini arttırdığını belirtmektedirler (87).

İnfertil çiftler, aileleri, yakın çevreleri veya arkadaşlarının çocuk sahibi olma konusunda baskı yapacaklarını, çocukla ilgili soru soracaklarını veya onlar tarafından suçlanacaklarını düşünerek, çevreleriyle görüşmekten kaçınabilmektedirler. Bu kaçınma, bir süre sonra çiftlerin sosyal izolasyon yaşamalarına ve kendilerini daha da yalnız hissetmelerine neden olabilmektedir (120).

Çocuksuzluğa eşlik eden duygular şöyle özetlenebilir:

Şaşkınlık: Her kişi doğurgan ve doğurtkan olduğunu varsayar ve hamilelik ve hamile bırakma beklentisi içindedir.

İnkâr: "Bu benim başıma gelmez...."

Öfke: "Başkalarına ya da kendisine karşı"

Pazarlık: "Eğer hamile kalırsam..."

Suçluluk: Daha çok değersizlik hissiyle birlikte şiddetli ya da hafif düzeyde görülebilmektedir.

Mutsuzluk, zevk alamama, yas, kendini çevreden soyutlama, içe kapanma gözlenmektedir.

Kabul: Çocuksuzluğu kabul eden çiftler duygusal sorunlarını çözmüş, verimli ve doyurucu bir yaşam sürmektedir (102, 121).

İnfertilitenin psikolojik etkileri;

• **Emosyonel etkileri:** Şok, inkar, öfke, pazarlık, suçluluk, yalnızlık, güçsüzlük, benlik saygısında azalma, kayıp, umutsuzluk, stres, anksiyete, yas, depresyon, hayal kırıklığı.

• **Kontrol kaybı:** Aktivitelerde, beden ve emosyonlarda kontrol kaybı, hayattaki amaçlarla ilgili gelecek planları yapamama.

• **Kişilik, özgüven, inançlara etkisi:** Özgüven kaybı, yetersizlik duyguları, kişilik problemleri / değişimleri, dünyaya bakış açısının değişmesi.

• **Sosyal etkileri:** Evlilik ilişkisine ve memnuniyetine etkisi, seksüel fonksiyona etkisi, sosyal ilişkilerde güçlükler, iş arkadaşlarıyla ilişkilerde bozulmalar, yalnızlık, utanç.

• **İnfertiliteyle ilgili suçluluk duyguları:** Evlilik öncesi seks, doğum kontrolü kullanma, önceki gebelik sonucunda evlatlık verilmiş bir çocuk, cinsel hastalık,

evlilik dışı ilişkiler, mastürbasyon, homoseksüel düşünce ve davranışlar, seksüel zevkin kendisi olarak bildirilmektedir (7, 14, 82).

İnfertilite tedavisinde başarılı olmuş kadınların tedavi sürecinde yaşadıkları psikososyal sorunlar ise, stres, anksiyete, depresyon, başarısızlık, umutsuzluk, hayal kırıklığı, kızgınlık, öfke, statü kaybı, acı, keder, sosyal izolasyon, suçluluk, stigma, yetersizlik, benlik saygısında azalma, kişilerarası ilişkide bozulma, ambivalans (zıt duygulanım), kayıp, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon bozukluğu, utanma, gizliliğin kaybolması, özel yaşamın ifşası ve ekonomik zorluklar olarak belirlenmiştir (73, 102).

Gebelikle sonuçlanan infertilite tedavisi, birçok çiftin duygusal iyiliğinin artmasına sebep olabilirken (98), fertilite sorunu yaşayan kadınların çoğunda gebelik oluştuğunda kendilerini mutlu hissetmeyebildikleri, hatta infertilite tanısı ilk konulduğunda yaşanan utanç ve suçluluk hissini daha da güçlenebildiği gözlenmiştir (20). Klinik deneyimler ve araştırma sonuçları da, infertilite tedavisi sonucu oluşan gebeliklerde, gebelik boyunca anksiyete ve stresin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Ayrıca infertilite öyküsü olan kadınların gebelikte depresyon geçirme açısından risk altında olabileceği de belirtilmektedir (61, 89).

İnfertilite, yarattığı bu olumsuz sonuçlar ve en iyi merkezlerde bile gelişmiş tıbbi tekniklere karşın %50'yi aşmamış canlı doğum oranı ile özel bir öneme sahiptir (120). Psikiyatrik belirti ve bulguların eşlik ettiği durumlarda infertilite tanısında ve tedavisinde güçlükler ve komplikasyonlar ortaya çıkmakta, hatta gebelik ya da canlı doğum oranları düşebilmektedir (30). Bu nedenle basit bir jinekolojik sendrom olmayıp, özellikle kadını biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan oldukça olumsuz etkileyen ve bunun sonucu olarak da sağlık ve yaşam kalitesini düşüren bir durum olarak görülmektedir. Bu açıdan infertil kadının fiziksel ve ruhsal sağlığını koruyucu ve bir baş etme kaynağı olarak sosyal desteğin önemi büyüktür. Çiftin aile yapısı ve sosyal çevresi infertilite deneyimi yaşanırken ortaya çıkan problemlerin aşılmasında son derece önemli olmakla birlikte, sosyal destekler sevgi, güvenlik, kendini ifade etme, tanıma, ait olma duygularına katkıda bulunan değerli bir başa çıkma özelliği olarak tanımlanmaktadır (82).

4.6.5. İnfertilitenin evlilik ilişkisi üzerindeki etkisi

Toplum ve yasalar, kadın ve erkeği evlilik ile birlikte "karı-koca" olarak adlandırırken, zaman içinde "anne-baba" olarak adlandırma ya da görme eğilimindedir. Bu nedenle evli bir çift, istediği halde toplumun bu beklentisini yerine getiremediğinde aile olma rolünü tam anlamıyla gerçekleştirememiş olduğundan (120), engellenme duygusu ya da toplum içinde anne baba rollerinin eksikliği gibi duygular yaşayabilmektedirler (121).

Eşlerin çocuk isteklerinin en fazla olduğu dönemde, ani ve beklenilmeyen bir olay olarak kendini gösteren infertilite (120), tanı ve tedavisi ile yorucu, yıpratıcı, zaman, emek ve de paraya mal olan bir süreç olduğundan, çiftlerde strese ve psikolojik etkilenmelere neden olabilmekte (20) ve de çiftlerin sosyal yaşamlarını, ruhsal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecek planlarını (7), benlik saygılarını, beden imajlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyerek karmaşık bir yaşam krizi haline getirebilmektedir (29, 56, 67, 71, 75, 83, 102). Bu nedenle eşler bir taraftan sıkıntılı bir tanı ve tedavi sürecine dâhil olurken, bir taraftan da infertilitenin ve tedavi sürecinin psiksosyal etkileri ile mücadele etmek zorunda kalabilmektedirler (120).

Çocuk sahibi olamamak bir tür kimlik krizini de beraberinde getirdiğinden, kişinin benlik saygısı zedelenmekte, yetersizlik ve suçluluk duyguları, vücut imajına ilişkin korkuları ve yok oluş duygusuna ilişkin endişelerini uyandırmaktadır. Öyle ki infertilite tedavi süreci aslında bir yas süreci olarak da tanımlanmakta ve çiftler bu tanıyı aldığı zaman öncelikle bu durumu yadsımakta, daha sonra suçluluk duygusu yaşamakta ve arkasından hayata, kendine, çevreye ve eşe duyulan öfke gelmektedir. Tüm bu tepkiler sonucunda infertil çiftler bu tanıyı ya kabul etmekte ya da reddetmektedirler (39).

Çok fazla bebek isteği olan çiftler yetersizlik hisleri ve suçluluk duygusu ile yıpranırken, aynı zamanda aile arkadaş ve yakın çevresi tarafından baskıya maruz kalabilmektedirler. Sık sık akrabaları ve iş arkadaşlarından *ne zaman çocuk yapmayı düşünüyorsunuz* sorusuyla karşılaşp, bu tür sorunların yarattığı duygusal travmalara karşı desteksiz kalabilmekte (87) ve problemlerin uzamasıyla eşler

birbirlerini suçlamaya devam ettiğinde evlilik ilişkisi olumsuz etkilenip, anlaşmazlıklar boşanma ile sonuçlanabilmektedir (82).

4.7. Gebelikte sosyal desteğin önemi

İnsan neslinin devamının sağlanmasında, toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesinde, kültürün kuşaktan kuşağa aktarılmasında aile büyük önem taşımaktadır (7, 25). Bu nedenle kritik bir dönem olarak görülen gebelik döneminde gebe, eşi, kendi ailesi, arkadaşları ve yakın çevresiyle sürekli etkileşim içinde olduğundan (14, 88) gebenin ruh sağlığını etkileyen en önemli faktör eşin tutumu ve içinde yaşadığı psikososyal çevre olarak belirtilmektedir (88).

Sosyal destek kavramının tanımı üzerinde görüş ayrılıkları olmakla birlikte, genellikle stres altındaki ya da güç durumdaki bireye yakından bağlı olduğu eş, aile, arkadaş gibi insanlar tarafından sağlanan maddi-manevi yardım olarak kabul edilmektedir (82). Yapılan çalışmalar göz önüne alındığında sosyal desteği olan kişilerin daha kolay iyileştiği, yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu ve hastalıklarla baş etme güçlerinin arttığı gözlenmiştir (82), diğer taraftan eş desteği olmamasının ya da yakın çevre ile iletişim zayıflığının ise depresyon gelişimine etkisi olduğu saptanmıştır (6).

Hamilelik, istensin veya istenmesin bir ailenin hayatında gelişimsel bir dönüm noktasıdır ve çocuğun doğumu ile birlikte eşler biraz korkulu bir sorumlulukla hayatın yeni bir dönemine başlamakta ve de hayatlarında önemli rol değişiklikleri yaşamaktadırlar. Yeni ebeveynlikte, eşlerin karı-koca rollerine bir de anne-baba rolleri eklenmiştir ve anne-baba rolü çocuğun bakımı, yetiştirilmesi gibi birçok sorumluluk içerdiğinden aile üyelerinin stres yaşamalarına neden olabilmektedir (23, 32).

Kadının bu dönemde öncelikle sorumluluklarının artması, bedeninde gelişen değişimlere bağlı beden imajı değişikliğini kabullenmesi, birçok problemle baş edebilmesi ve bu duruma uyumu, dışarıdan göreceği destekle daha kolay olabilmektedir (14). Bu nedenle sosyal destek gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatarak, sosyal imkanlardan daha fazla yararlanmasını sağlayacak, stres etkeni

ve kaygı ile daha fazla baş etmesine yardımcı olacak ve annelik rolüne geçişini kolaylaştıracaktır (31).

4.8. Gebelikte hemşirelik yaklaşımı

Gebelik sürecinde düzenli izlemlerle verilen bakıma *prenatal bakım* denir. Bu bakımda gebenin ve fetüsün sağlığını korumak, gelişimini sürdürmek, gebenin bu konudaki yanlış alışkanlıklarını düzeltmek, doğrularını pekiştirmek ve yeni bilgiler kazandırmak, gebelikte meydana gelebilecek sorunları önlemek ve gebeyi laktasyon dönemine hazırlamak amaçlanmaktadır (37).

Ancak gebelik izlemlerinde hemşire ve ebeler genellikle gebeliğin biyolojik ve fizyolojik değişimlerine odaklandıklarından, gebeliğin ruhsal yönü belirgin bir ruhsal bozukluk gelişmediği sürece sağlık çalışanlarının ilgi ve izlem alanlarının dışında kalmaktadır (81). Oysa ki anne bakımını veren hemşire ve ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarının yanında gebeliğin ve doğumun ailenin diğer bireyleriyle de ilgili olduğunu, annenin fiziksel ve ruhsal sağlığının birbirinden ayrı düşünülmemeyeceğini unutmamaları gerekmektedir (64). Bu nedenle prenatal bakım sürecinde hemşire gebeyi çevresi ile bir bütün olarak, onun sahip olduğu sosyoekonomik ve kültürel değerleri ile beraber iyi bir ilişki içinde, güven vererek, bilgilendirerek, destek olarak ve danışmanlık yaparak ele almalıdır (37).

İnfertilite hemşireliği ise bir kat daha önem isteyen bir süreçtir. Bu süreç, poliklinikte başlayıp ameliyathaneye kadar uzanan, çiftlerin psikolojik ve sosyal durumunu ön planda tutan, her türlü tıbbi ve cerrahi tedavi sırasında bakımı içeren bir süreç olduğundan (121), infertilite ile kadının baş edebilmesi ve tedavi sürecinde başarılı olunmasında sağlık bakımının temel insan gücünü oluşturan hemşirelerin rolü büyüktür. Çünkü infertilite kliniklerinde çiftler, en fazla hemşireler ile bir arada bulunmaktadır ve hemşirelerin vereceği danışmanlık bakımın önemli bir parçasını oluşturmaktadır (82).

İnfertil bireyler sağlık bakım sistemine öncelikle infertilite nedeninin araştırılması için girerler ve bu dönem temel tanılama testlerini içeren karmaşık,

uzun ve zor bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Bireyler için en büyük hayal kırıklığı ise, hemşirenin de içinde bulunduğu sağlık ekibinin, infertilite deneyiminin kendilerinde ortaya çıkardığı yoğun emosyonel tepkileri anlamaması ve bilmemesidir. Bu durum çiftlerin duygularını içlerinde yaşamalarına sebep olurken, süreci daha sıkıntılı hale getirmekte ve baş etmesi zor bir dönem olmaktadır (14). Bu nedenle infertilite tanı ve tedavi işlemleri sırasında, sağlık çalışanlarının bilinçli olması ve çiftlerin profesyonel danışmanlık almaya cesaretlendirilmeleri gerekmektedir (69).

Bu süreçte hemşirelik bakımının genel amacı, eşlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarının değerlendirilmesi, bu alandaki sorunların ve ihtiyaçların belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara uygun bakımın sağlanmasıdır. Bunun için de infertilite danışmanlığında bilgilendirme, çıkabilecek sorunlara yönelik danışmanlık, destek danışmanlığı, terapotik danışmanlık önemli alanları oluşturmaktadır (82, 121).

İnfertilite hemşiresinin danışmanlık rolü iki başlık altında incelenebilir:

1. Bilgi Verme: Bilgilendirme, infertiliteye veya herhangi bir konuda bireye/çifte ihtiyacı olan bilgiyi vermektir. Anlaşıldığından emin olmak ve farkındalık yaratmaktır. Bunun için hemşireler, bakım verdiği grubun genel özelliğini bilmeli, infertilite ve buna yönelik tedavilerin tüm yönleri hakkında güncel bilgiye sahip olmalı, infertilite alanında özel eğitim almalıdırlar.

2. Destekleyici Danışmanlık: İnfertilite hemşiresi infertilite tanısından tedavi sonrası aşamaya, gebelik ve çocuk sahibi oluncaya kadar olan süreçte emosyonel ve psikolojik destek sağlamaktadır. Başka bir deyişle infertilite hemşiresi çifti tedaviden önce, tedavi süresince ve tedaviden sonra emosyonel olarak desteklemek durumundadır. Bu destek özellikle infertiliteye yönelik araştırmalar ve tedavi uzadığında, gebe kalmada yetersizlik olduğunda, tedavi sonucunda gebelik oluşmadığında ya da çoğul gebelik oluştuğunda gerekli olmaktadır. Bu nedenle hemşire, gebelik oluşmadığında bireye/çifte olası alternatifler hakkında tavsiyelerde bulunabilmeli, infertil çiftlerin ilgilerini öğrenmeye, korkularını gidermeye, beklenti ve sorularını yanıtlamaya hazırlıklı olmalıdır (73).

Gebelik psikolojisi ve gebelikle ilgili ruhsal sorunlar ve bozuklukların bilinmesi, sağlık personelinin konuyla ilgili farkındalığının arttırılmasına ve de kadın doğum ve psikiyatri alanları arasındaki işbirliğinin gelişmesine katkı sağlayacaktır. Sağlık personelinin farkındalığının artması ile gebelerin ruhsal yönden bilgilendirilmesi sağlanabilecek, gebelikle ilgili korku ve kaygıları azaltılıp, gebeliğe ruhsal uyumları kolaylaşabilecektir. Böylece gebelikte ortaya çıkabilecek birçok ruhsal sorunun erken tanınması, önlenmesi, erken müdahale edilmesi ve tedavisi sağlanacaktır (81).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü

Doğal ya da yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların trimesterlere göre psikososyal sağlıklarının değerlendirmesinin amaçlandığı bu çalışma, tanımlayıcı, gruplar arası karşılaştırmalı olarak planlanmış ve prospektif olarak yürütülmüştür.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Kurumu Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe izlem polikliniğinde Nisan 2012 – Haziran 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın prospektif olması (gebelik süreci ve doğumdan sonraki 8 hafta), gebe izlem polikliniğine başvuran kadınlarda yardımcı üreme tekniği ile gebe kalmış olan kadınların sayısının az olması nedeni ile çalışmanın veri toplama aşaması uzun sürmüştür.

Çalışmanın yapıldığı bu kurum, İstanbul ili Anadolu yakasının en büyük kadın doğum hastanesi olması ve dolayısıyla hasta kapasitesinin fazla olması sebebiyle tercih edilmiştir. Hastanede 150 yataklı kadın doğum kliniği, 200 yataklı çocuk kliniği bulunmakta olup, tüm branşlarda çalışan toplam doktor sayısı 234, hemşire ve ebe sayısı da 307'dir. Kadın doğum kliniğinde 2 adet jinekoloji servisi, 1 adet sezaryen servisi, 3 adet lohusa servisi, 1 adet yüksek riskli gebe servisi bulunmakta olup, poliklinik kısmında 5 adet gebe izlem polikliniği, 1 adet NST odası ve 1 adet tüp bebek merkezi bulunmaktadır. Gebe izlem polikliniklerinde 5 uzman doktor, 5 asistan doktor, NST odasında 3 ebe, tüp bebek merkezinde de 3 uzman doktor ve 3 ebe görev yapmaktadır. Polikliniklerde hekimler tarafından gebelerin rutin kontrol ve muayeneleri yapılırken, ebeler tarafından NST takipleri yapılmakta, gebelere gebelik süreci ve doğum hakkında eğitim verilmektedir. Eğitimler tamamen anne ve bebeklerin fizyolojik sağlıkları hakkında verilmekte olup, psikososyal sağlıkları açısından herhangi bir değerlendirme yapılmamaktadır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe İzlem polikliniğine çalışmanın yapıldığı süre içerisinde başvuran ve gebe izlemlerine bu klinikte devam eden, doğal ya da yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalmış kadınların tümü çalışmanın evrenini oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme: Örneklemi belirlemek amacıyla hastanenin bir yıl önceki istatistik verilerinden yararlanılmış ve bu bağlamda gebe izlem polikliniğinde izlemi yapılan gebe sayısı alınmıştır. Çalışmanın örneklem grubuna alınacak gebe sayısını belirlemek için evreni bilinen örneklem formülünden yararlanılmış ve en az alınması gereken örneklem sayısı belirlenmiştir.

Evrenin bilindiği formüle göre:

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

formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı =1-p

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

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma, olarak simgelenmiştir.

N: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi istatistik verilerine göre bir önceki yıla ait (Ocak 2011-Ocak 2012 tarihleri arasında) izlenen toplam gebe sayısı **28 761'** dir.

$$n = 28\ 761 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.24) \cdot (0.76) / (0.05)^2 \cdot 28\ 760 + (1.96)^2 \cdot (0.24) \cdot (0.76) = 277$$

Yapılan analiz sonucunda toplamda en az alınması gereken örneklem sayısının 277 olduğu belirlenmiştir. Çalışma prospektif olarak yürütüleceğinden örnekleme alınan vakalarda kayıp olacağı düşünülerek bu sayının üzerine çıkılması hedeflenmiştir. Örneklem sayısı belirlendikten sonra çalışma kapsamına alınacak gebeler için **örneklem kriterleri** belirlenmiştir.

Bu kriterlere göre;

- Çalışmanın yapılacağı Nisan 2012- Haziran 2013 tarihleri arasında belirtilen kuruma gebe takip nedeni ile başvuran,
- Doğal yolla gebe kalan primigravida ya da multigravida olan ya da YÜT ile gebe kalan,
- Gebeliğin ilk trimesterinde olup 10 hafta ve üzerinde olan,
- Rutin gebe izlemelerine gelmeyi planlamış olan,
- Kronik hastalığı olmayan,
- Psikolojik problemi nedeniyle mevcut ya da öyküsünde tedavi gerektirecek düzeyde psikolojik problemi olmayan,
- Soruları algılayabilecek düzeyde olup, iletişim kurulabilen,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve onam alınan gebeler örnekleme alınmıştır.

Örneklem kriterlerine uygunluk açısından her bir gebe ortalama 5 dakikalık bir süreç içerisinde ön görüşme yapılarak sorgulanmış ve çalışmaya katılmaya gönüllü olanlardan yazılı onam alınmıştır.

Çalışma kapsamına alınan gebeler 3 grup altında toplanmıştır. Bu amaçla;

1.Grup: Doğal yolla gebe kalan primigravida gebeler (**n=177**),

2.Grup: Doğal yolla gebe kalan multigravida gebeler (**n=60**) ve

3.Grup: YÜT ile (IVF-ET) gebe kalan gebeler (**n=122**) olmak üzere **toplamda 359** gebe ile çalışılmıştır.

Çalışmaya 430 gebe ile başlanmış, ancak normal yolla gebe kalan 44, yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan 26 olmak üzere toplam 70 gebede düzenli takibe gelmeme nedeni ile prospektif olarak yürütülen çalışmanın 4 aşamada yapılan

değerlendirmesinin tümü gerçekleştirilememiş, verilerin toplanması yarım kalmıştır. Bu nedenle 70 gebe örneklem dışı kalmış olup, toplam 359 gebe ile çalışma tamamlanmıştır.

5.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında dört form kullanılmıştır.

1. Hasta Tanılama Formu (Ek1): Gebelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren 20 soru ve trimesterlere göre yaşadıkları şikayet ve sorunları belirlemeyi amaçlayan 16 soru olmak üzere, toplam 36 sorudan oluşan formdur.

2. Gebelikte Risk Değerlendirme Formu (Ek2): Sağlık Bakanlığı'nın risk değerlendirme formundan yararlanarak oluşturulan 8 sorudan oluşan ve araştırmacı tarafından gebelerin trimesterlere göre yaşadıkları riskleri belirlemek amacıyla hazırlanan 13 soru olmak üzere toplam 21 sorudan oluşan formdur.

3. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) (Ek3): Hatice Yıldız tarafından gebelikte psikososyal sağlığın değerlendirilmesini belirlemek amacıyla geliştirilmiş ve geçerlilik güvenilirliği yapılmış olan ölçek formudur. GPSDÖ'nin toplam madde sayısı 46'dır. Ölçeğin 6 alt grubu vardır. Bu alt gruplar; "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler", "Kaygı ve strese ait özellikler", "Aile içi şiddete ait özellikler", "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler", "Ailesel özellikler" (gebenin kendi-eşinin ailesi ile ilişkisine yönelik), "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" i kapsamaktadır. 5'li likert tipi olan GPSDÖ'de puanlama 1den 5e kadardır ve "çok fazla" (5) ile "hiç" (1) arasında değişen ifadelerle derecelendirilmiştir. Ölçekten totalde ve alt boyutlarında alınan puan ortalaması en yüksek 5, en düşük 1'dir. Ölçekten elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve 1 ile 5 arasında sonuç elde edilir. Sonuçta toplam puan 5 ten uzaklaşıp 1 e yaklaştıkça gebelikte psikososyal sağlıkta o düzeyde problem olduğunu gösterir ve 1 puan psikososyal sağlığın çok kötü olduğunu ifade eder. Alt boyutlarda da aynı değerlendirme söz konusudur. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa iç tutarlılık değeri .93 olarak belirtilmiştir (123). Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa değeri .87 bulunmuştur.

GPSDÖ değerlendirmesinde puan aralıkları

$\leq 1.79 \rightarrow$ Çok düşük (çok kötü), $1.80 \approx 2.59 \rightarrow$ Düşük (kötü), $2.80 \approx 3.39 \rightarrow$ Orta, $3.40 \approx 4.19 \rightarrow$ İyi, $\geq 4.20 \approx 5 \rightarrow$ Çok iyi

4. Doğum Sonu Değerlendirme Formu (Ek4): Gebelerin doğum ve doğum sonuna ilişkin verilerini içeren 6 sorudan oluşan formdur.

1. ve 4. formlar araştırmacı tarafından oluşturulmuş formlardır.

5.5. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için uygulama aşaması öncesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan etik onay alınmıştır. Çalışmanın uygulama aşamasında da çalışmayı kabul eden ve örneklem grubuna alınan gebelerden yazılı onam alınmıştır.

5.6. Verilerin Toplanması

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan gerekli izin alındıktan sonra öncelikle 10 gebe ile ön çalışma yapılmış ve soruların anlaşılabilirlik düzeyi doğrulanmış, sonrasında verilerin toplanmasına başlanmıştır. Ön çalışma sonrası araştırmanın verilerinin toplanması mesai saatleri içerisinde araştırmacı için uygun olan genellikle pazartesi ve salı günleri sabahdan öğleye kadar yapılmıştır.

Örneklem kriterlerine uyan gebelere çalışmanın amacı açıklanıp yazılı onam alındıktan sonra, veri toplama araçları olarak kullanılan formlar ile çalışmanın verileri toplanmıştır. Birinci trimesterde hasta tanılama formu, gebelikte risk değerlendirme formu ve GPSDÖ, ikinci ve üçüncü trimesterin son haftalarında ise hasta tanılama formunda bulunan gebelikte yaşanan şikayet/sorun formu, risk değerlendirme formunda bulunan trimesterlerde yaşanan riskler formu ve GPSDÖ uygulanmıştır. Gebeler bu formlarla birinci trimesterden itibaren her üç trimesterde bir kez olmak üzere gebelik sürecinde toplamda üç kez değerlendirilmiştir. Gebelik sürecindeki değerlendirmeler genellikle hastane ortamında ve gebeler izleme geldikleri zaman yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır. Ancak ikinci ve üçüncü trimesterlerde izleme gelmeyen ya da araştırmacının gidebildiği günlerde

görüŖülemeyen gebeler ile telefonla irtibata geçilerek ya izlem için hastaneye gelmeleri istenmiş ve hastanede görüşülmüş ya da telefon aracılığı ile formlar doldurulmuştur (telefon aracılığı ile form doldurulan gebe sayısı 165'dir). Hastane ortamında formlar gebeler tarafından doldurulmuş olup, sonrasında kontrol edilmiş ve boş bırakılan kısımlar gebe ile birlikte doldurulmuştur. Formların doldurulması ortalama 15-30 dk. sürmüştür.

Gebelere doğumlarından 8 hafta sonra telefon ile ulaşılmış ve doğum sonu değerlendirme formu ile gebelerin doğum sonu bilgileri alınmıştır. Sonuçta, çalışma kapsamına alınan olgular gebelik sürecinde üç, doğum sonrası bir kez olmak üzere toplamda dört kez değerlendirilmiştir.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler istatistik uzmanı danışmanlığında, yüzdellik, chi square test, one-way anova, t testi, nonparametric spearman correlation, kruskal wallis test ve Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Zorlukları

- Çalışma bir kurumda yürütüldüğünden kesitseldir ve sonuçlar genellenemez.
- Araştırmacının farklı kurumda çalışıyor olması, çalıştığı kurumdan ancak izinleri yerine nöbet tutarak izin alabiliyor olması nedeni ile çalışma, haftanın iki günü sabahtan öğleye kadar yapılabilmektedir.
- Araştırmanın prospektif olması (gebelik süreci ve doğumdan sonraki 8 hafta), gebe izlem polikliniğine başvuran kadınlarda YÜT ile gebe kalmış olanların sayısının az olması nedeni ile çalışmanın veri toplama aşaması uzun sürmüştür.
- Verilerin 4 aşamada toplanmış olması, bu aşamalarda bazı gebelerin düzenli kontrole gelmemesi ve kontrole gelmeyen gebelerin bazılarında telefon ile ulaşılamaması nedeni ile değerlendirilmeleri tamamlanamayan 70 gebe örneklemden çıkarılmıştır.
- Çalışmanın maliyeti araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

6. BULGULAR

Çalışmamızda elde edilen veriler gruplara göre ve total olarak 4 bölüm altında verilmiştir.

Çalışmadan elde edilen bulgular;

6.1. Tanımlayıcı özelliklere ait veriler (*sosyo-kültürel, demografik ve evliliğe ilişkin veriler yer almaktadır*),

6.2. Gebelik ve gebe kalmaya ilişkin özelliklere ait veriler (*fetüs sayısı, çocuk sahibi olmanın önemi, gebeliğe ilişkin sosyal baskı, bebeği kaybetme korkusu, gebelikte şikayet/risk yaşama durumlarına ilişkin veriler yer almaktadır*),

6.3. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) sonuçlarına ait veriler ve

6.4. Doğum ve doğum sonrasına ait veriler (*gestasyon haftası, doğum şekli, doğum ve doğum sonrası komplikasyon oluşma durumu, kendi ifadelerine göre ruhsal sağlıklarına ilişkin veriler yer almaktadır*) olmak üzere 4 bölümde sunulmuştur.

6.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Veriler

Bulgularda elde edilen sonuçların tümü bu ve diğer alt bölümlerde gruplar ve total veriler üzerinden verilmiştir.

Gruplar;

1. **Grup:** Doğal yolla gebe kalan ve primigravida olan gebeler
2. **Grup:** Doğal yolla gebe kalan ve multigravida olan gebeler
3. **Grup:** Yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan gebeler

Tablo 6.1.1. Gruplara göre gebelerin tanımlayıcı özellikleri

Özellikler	1. Grup (n=177)		2. Grup (n=60)		3. Grup (n=122)		Total (N=359)		İstatistiksel anlamlılık χ^2 , p
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Yaş grupları									
≤18 yaş	4	2.3	1	1.7	-	-	5	1.4	$\chi^2=68.905$ 0.000
19-24 yaş	85	48.0	23	38.3	4	3.3	112	31.2	
25-30 yaş	64	36.2	25	41.7	74	60.7	163	45.4	
31-35 yaş	19	10.7	8	13.3	33	27.0	60	16.7	
≥36 yaş	5	2.8	3	5.0	11	9.0	19	5.3	
Öğrenim düzeyi									
OY/OYD*	-	-	-	-	1	0.8	1	0.3	$\chi^2=2.566$ 0.277
İlkokul	20	11.3	12	20.0	12	9.8	44	12.3	
Ortaokul	68	38.4	22	36.7	43	35.2	133	37.0	
Lise	66	37.3	21	35.0	56	45.9	143	39.8	
YO/Ünv**	23	13.0	5	8.3	10	8.2	38	10.6	
Çalışma durumu									
Çalışan	50	28.2	18	30.0	24	19.7	92	25.6	$\chi^2=3.510$ 0.173
Çalışmayan	127	71.8	42	70.0	98	80.3	267	74.4	
Sosyal güvence									
Var	168	94.9	57	95.0	116	95.1	341	95.0	$\chi^2=0.004$ 0.998
Yok	9	5.1	3	5.0	6	4.9	18	5.0	
Ekonomik durum									
Gelir giderden ↓	29	16.4	9	15.0	18	14.8	56	15.6	$\chi^2=0.476$ 0.788
Gelir giderden ↑	6	3.4	2	3.3	2	1.6	10	2.8	
Gelir gidere denk	142	80.2	49	81.7	102	83.6	293	81.6	
Aile tipi									
Çekirdek aile	148	83.6	47	78.3	108	88.5	303	84.4	$\chi^2=3.336$ 0.189
Geniş aile	29	16.4	13	21.7	14	11.5	59	15.6	

Chi square test ve kruskal wallis testi kullanılmıştır

*OY/OYD.: Okur yazar/Okur yazar değil

**YO/Ünv.: Yüksekokul/Üniversite

Çalışmamızda 1. Grubu oluşturan gebelerin çoğunun (%48.0) 19-24 yaş, 2. ve 3. Gruptaki gebelerin ise çoğunluğunun (sırasıyla %41.7, %60.7) 25-30 yaş grubunda yer aldığı ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.01$). Tüm gruplarda benzer şekilde öğrenim durumunun çoğunlukla ortaokul ve lise düzeyinde olduğu, çalışma durumu açısından çalışmayanların oranının yüksek olduğu (1. Grup %71.8, 2. Grup %70, 3. Grup %80.3), yine her üç gruptaki gebelerin büyük bir kısmının sosyal güvencesinin olduğu (1. Grup 94.9, 2. Grup %95, 3. Grup %95.1) ve de ekonomik durum açısından gelirlerinin giderlerine denk olduğu (1. Grup %80.2, 2. Grup %81.7, 3. Grup %83.6), aile tipi açısından da tüm gruplarda çekirdek aile (1. Grup %83.6, 2. Grup %78.3, 3. Grup %88.5) tipinin çoğunlukta olduğu belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 6.1.1).

Tablo 6.1.2. Gebelerin gruplara göre yaş ve evlilik süresi ortalamaları

Yaş ve evlilik süreleri	1. Grup (n=177)	2. Grup (n=60)	3. Grup (n=122)	Total (N=359)	İstatistiksel anlamlılık F, p
	Ort±SD (Min-Max)	Ort±SD (Min-Max)	Ort±SD (Min-Max)	Ort±SD (Min-Max)	
Yaş ortalaması	25.1±4.65 (17-40)	26.36±4.63(18-40)	29.75±3.7(23-41)	26.89±4.82(17-41)	F=41.70 0.000
Evlilik Süresi/ ay	21.07±20.49 (1.5-216)	51.08±38.36(8-240)	61.57±26.08(36-156)	39.85±32.17(1.5-240)	F=93.38 0.000

Anova testi kullanılmıştır

Gebelerin gruplara göre yaş ortalamaları incelendiğinde 1. Grubun 25.1±4.65 (minimum 17 – maximum 40), 2. Grubun 26.36±4.63 (minimum 18 – maximum 40), 3. Grubun 26.89±4.82 (minimum 23 – maximum 41) olduğu, evlilik süresi incelendiğinde de 1. Grubun 21.07±20.49 (minimum 1.5 – maximum 216) ay, 2. Grubun 51.08±38.36 (minimum 8 – maximum 240) ay, 3. Grubun ise 61.57±26.28 (minimum 36 – maximum 156) ay olduğu gözlenmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0.01$) saptanmıştır (Tablo 6.1.2).

Tablo 6.1.3. Gruplara göre gebelerin gebeliklerinde ve doğum sonu destek aldıkları kişi varlığı ve sorun çözme yaklaşımları

Destek alınan kişi varlığı ve sorun çözme yaklaşımı	1. Grup (n=177)		2. Grup (n=60)		3. Grup (n=122)		Total (N=359)		İstatistiksel anlamlılık χ^2, p
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Gebelikte Destek									
Alınan Kişi									
Aile büyükleri	28	15.8	13	21.7	23	18.9	64	17.8	$\chi^2=4.829$ 0.566
Kardeş	4	2.3	1	1.7	-	-	5	1.4	
Eş	144	81.4	45	75.0	97	79.5	286	79.7	
Arkadaş	1	0.6	1	1.7	2	1.6	4	1.1	
Doğum Sonu Destek									
Alınacak Kişi*									
Aile büyükleri	170	96.0	58	96.7	115	94.3	343	95.5	$\chi^2=3.091$ 0.929
Kardeş	3	1.7	1	1.7	2	1.6	6	1.7	
Arkadaş	2	1.1	-	-	3	2.5	5	1.4	
Profesyonel bakıcı	1	0.6	-	-	1	0.8	2	0.6	
Sorun Çözme									
Davranışı									
Kendim çözerim	25	14.1	13	21.7	14	11.5	52	14.5	$\chi^2=4.240$ 0.375
Eş/ yakınlarımdan destek alırım	150	84.7	47	78.3	106	86.9	303	84.4	
Duygusal tepkiler gösteririm	2	1.1	-	-	2	1.6	4	1.1	

Chi square test kullanılmıştır

*: Doğum sonu destek alınacak kişi açısından kimse olmadığını belirten her bir grupta birer kişi olmak üzere totalde 3 gebeydi.

Çalışmamızda gebelerin gebelik sürecinde ihtiyaç duyduklarında en fazla eşlerinden destek aldığı (1. Grup %81.4, 2. Grup %75, 3. Grup %79.5), doğum sonu çoğunlukla aile büyüklerinden destek alacakları (1. Grup %96, 2. Grup %96.7, 3. Grup %94.3) ve gebelik sürecinde herhangi bir sorunla karşılaştıklarında da en fazla eş veya yakınlarından destek aldıkları saptanmış olup (1. Grup %84.7, 2. Grup %78.3, 3. Grup %86.9), tüm bu özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 6.1.3).

Tablo 6.1.4. Yardımcı üreme tekniği (YÜT) ile gebe kalan kadınların infertilite ve tedaviye ilişkin özellikleri

Özellikler	YÜT Gebelikler (3. Grup) (n=122)	
	Ort±SD	(Min-Max)
İnfertilite süresi/ay	56.16±26.26	(24-156)
İnfertilite tedavi süresi/ay	47.16±24.17	(18-156)
YÜT deneme sayısı	2.36±0.97	(1-4)

T testi kullanılmıştır

Çalışmamızda gebelerin ortalama 56.16±26.26/ay (minimum 24 – maximum 156/ay) infertilite sorunu yaşadığı yani infertilite tanısı aldıkları sürenin 4-5 yıl olduğu, 47.16±24.17/ay (minimum 18 – maximum 156/ay) yaklaşık 4 yıldır tedavi gördükleri ve ortalama 2.36±0.97 (minimum 1 – maximum 4) YÜT denemesi sonrası gebe kaldıkları belirlenmiştir (Tablo 6.1.4).

6.2. Gebelik ve Gebe Kalmaya İlişkin Özelliklere Ait Veriler

Tablo 6.2.1. Gruplara göre gebelerin fetüs sayısı ve gebe kalmaya ilişkin sosyal baskı yaşama durumlarına ait özellikler

Özellikler	1. Grup (n=177)		2. Grup (n=60)		3. Grup (n=122)		Total (N=359)		İstatistiksel anlamlılık F, p
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Fetüs Sayısı									
Tekil Gebelik	170	96	55	91.7	90	73.8	315	87.7	F=18.834
Çoğul Gebelik	7	4.0	5	8.3	32	26.2	44	12.3	0.000
Gebe kalmaya ilişkin sosyal baskı yaşama durumu									
Yaşayan	23	6.40	21	5.84	12	3.34	56	15.59	F=21.143
Yaşamayan	147	93.6	39	94.16	110	96.66	44	84.41	0.311

Frequencies, Anova ve chi square test kullanılmıştır

Çalışmamızda gebelerin büyük bir kısmının tekil gebeliğe sahip oldukları (1. Grup: %96, 2. Grup: %91.7, 3. Grup %73.8) ancak YÜT ile gebe kalan olgularda çoğul gebelik oranının %26.2 ile diğer iki gruptan anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Gebe kalmaya ilişkin sosyal baskı yaşama durumu açısından da normal yolla gebe kalan primigravida gebelerin diğer gruplara göre biraz daha fazla oranda (%6.4) gebe kalmaya ilişkin sosyal baskı yaşadığı saptanmasına karşın, gruplar arası istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 6.2.1).

Tablo 6.2.2. Gruplara göre gebelerin gebelik ve gebe kalmaya ilişkin özellikleri

Özellik	1. Grup (n=177)	2. Grup (n=60)	3. Grup (n=122)	Total (N=359)	İstatistiksel anlamlılık
	Ort±SD (Min-Max)	Ort±SD (Min-Max)	Ort±SD (Min-Max)	Ort±SD (Min-Max)	F, p
Gebe kalmanın kendisi için önemlilik düzeyi	9.60±1.26 (1.4-10)	9.20±1.74 (4.30-10)	9.87±0.68 (5-10)	9.63±1.22 (1.40-10)	F=6.419 0.002
Gebeliğin eşi için önemlilik düzeyi	9.71±1.01 (3-10)	9.34±1.80 (1-10)	9.82±0.97 (2-10)	9.68±1.18 (1-10)	F=3.431 0.033
Sosyal baskı düzeyi	8.35±2.78 (1.40-10)	9.35±1.41 (4.20-10)	8.55±2.12 (3-10)	8.77±2.22 (1.40-10)	F=1.195 0.311
Baskının kadını etkileme durumu	7.99±2.70 (1.50-10)	9.08±1.34 (4.20-10)	7.75±2.77 (2-10)	8.35±2.33 (1.50-10)	F=1.743 0.185
Baskının eşi etkileme durumu	6.79±2.70 (1.70-10)	8.40±1.82 (2.80-10)	7.09±2.83 (2-10)	7.46±2.51 (1.70-10)	F=2.571 0.086
Bebeğini kaybetme korkusu	5.28±3.82 (1-10)	5.92±3.65 (1-10)	8.99±1.78 (2-10)	6.65±3.65 (1-10)	F=48.911 0.000

Anova testi kullanılmıştır

Çalışmamızda en fazla 3. Gruptaki gebelerde gebe kalmanın kendisi ve eşi için önemli olduğu (kendisi: 9.63±1.22, eşi: 9.68±1.18) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.01-0.05). Sosyal baskı düzeyi, kendisi ve eşin sosyal baskıdan etkilenme durumları açısından gruplar arası anlamlı fark olmadığı, bebeğini kaybetme korkusunu en fazla 3. Gruptaki gebelerin yaşadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.01) (Tablo 6.2.2).

Tablo 6.2.3. (A) Gruplara göre gebelerin trimesterlere göre yaşadıkları şikayetlerin dağılımı

Trimesterlere göre yaşanan şikayetler		1. Grup (n=177)		2. Grup (n=60)		3. Grup (n=122)		Total (N=359)	
		n	%	n	%	n	%	N	%
Sık idrara çıkma	1.T*.	170	32.0	58	32.2	121	33.1	349	97.2
	2. T.	168	31.6	54	30.0	122	33.3	344	95.8
	3. T.	177	33.0	58	32.2	122	33.3	357	99.4
Mide yanması	1. T.	44	8.3	13	7.2	40	10.9	97	27.0
	2. T.	124	23.4	40	22.2	96	26.2	260	72.4
	3. T.	153	28.8	51	28.3	112	30.6	316	88.0
Kas krampları	1. T.	23	4.3	5	2.8	12	3.3	40	11.1
	2. T.	71	13.4	14	7.8	45	12.3	130	36.2
	3. T.	115	21.7	35	19.4	68	18.6	218	60.7
Solunum sıkıntısı/Nefes darlığı	1. T.	12	2.3	4	2.2	19	5.2	35	9.7
	2. T.	49	9.2	18	10.0	52	14.2	119	33.1
	3. T.	83	15.6	36	20.0	78	21.3	197	54.9
Bulantı/ Kusma	1. T.	59	11.1	21	11.7	49	13.4	129	35.9
	2. T.	48	9.0	17	9.4	43	11.7	108	30.1
	3. T.	17	3.2	7	3.9	16	4.4	40	11.1
Uyku sorunu	1. T.	115	21.7	43	23.9	99	27.0	257	71.6
	2. T.	132	24.9	47	26.1	110	90.2	289	80.5
	3. T.	146	27.5	55	30.6	111	91.0	312	86.9
Sırt/bel/omuz ağrısı	1. T.	17	3.2	6	3.3	18	4.9	41	11.4
	2. T.	66	12.4	25	13.9	58	15.8	149	41.5
	3. T.	111	20.9	38	21.1	106	29.0	255	71.0
Baş ağrısı/Migren	1. T.	57	10.7	16	8.9	36	9.8	109	30.4
	2. T.	77	14.5	18	10.0	92	25.1	187	52.1
	3. T.	90	16.9	27	15.0	93	25.4	210	58.5

Tablo 6.2.3. (B) Trimesterlere göre yaşadıkları şikayetlerin dağılımı (Devamı)

Trimesterlere göre yaşanan şikayetler	1. Grup (n=177)		2. Grup (n=60)		3. Grup (n=122)		Total (N=359)		
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Çarpıntı/ Göğüs ağrısı	1. T.	9	1.7	2	1.1	4	1.1	15	4.2
	2. T.	46	8.7	15	8.3	33	9.0	94	26.2
	3. T.	69	13.0	25	13.9	58	15.8	152	42.3
Kaşıntı/ Ciltte döküntü	1. T.	8	1.5	2	1.1	8	2.2	18	5.0
	2. T.	57	10.7	10	5.6	40	10.9	107	29.8
	3. T.	78	14.7	20	11.1	57	15.6	155	43.2
Abdominal/ Pelvik ağrı	1. T.	32	6.0	9	5.0	32	8.7	73	20.3
	2. T.	69	13.0	24	13.3	80	21.9	173	48.2
	3. T.	113	21.3	44	24.4	106	29.0	263	73.3
Ciltte renk değişikliği/ Çatlak	1. T.	26	4.9	7	3.9	34	9.3	67	18.7
	2. T.	116	21.8	43	23.9	102	27.9	261	72.7
	3. T.	134	25.2	51	28.3	111	30.3	296	82.5
Kilo alımı/ Vücut şekli görüntüsünde bozulma	1. T.	84	15.8	26	14.4	104	28.4	214	59.6
	2. T.	170	32.0	56	31.1	120	32.8	346	96.4
	3. T.	172	32.4	58	32.2	122	33.3	352	98.1
İstahta azalma	1. T.	24	4.5	12	6.7	27	7.4	63	17.5
	2. T.	22	4.1	9	5.0	21	5.7	52	14.5
	3. T.	17	3.2	12	6.7	15	4.1	44	12.3
Yorgunluk/ Halsizlik	1. T.	95	17.9	25	13.9	92	25.1	212	59.1
	2. T.	120	22.6	39	21.7	114	31.1	273	76.0
	3. T.	137	25.8	49	27.2	117	32.0	303	84.4
Gaz/ Distansiyon/ Kabızlık	1. T.	40	7.5	14	7.8	35	9.6	89	24.8
	2. T.	63	11.9	24	13.3	57	15.6	144	40.1
	3. T.	75	14.1	28	15.6	70	19.1	173	48.2

*Frequencies testi kullanılmıştır. *: T= Trimester*

Gebelerin trimesterlere göre yaşadıkları şikayetler incelendiğinde; sık idrara çıkmanın 1.ve 3. Trimesterde (sırası ile %97.2, %99.4) daha fazla oranda olduğu bulunmuştur. Mide yanması, solunum sıkıntısı, uyku sorunu, sırt/bel/omuz ağrısı, baş ağrısı/migren, abdominal/pelvik ağrı, ciltte renk değişikliği/çatlak, yorgunluk/halsizlik, gaz/distansiyon/kabızlık gibi şikayetlerin her üç trimesterde de 3. Grupta daha fazla oranda yaşandığı ve totalde de gebelerin 3. Trimesterde bu şikayeti daha fazla oranda yaşadıkları (sırası ile %88.0, %54.9, %86.9, %71.0, %58.5, %73.3, %82.5, %84.4, %48.2) belirlenmiştir. Bulantı kusmanın %35.9, iştahta azalmanın da %17.5 oranı ile 1. Trimesterde daha fazla yaşandığı, kas kramplarının %60.7, çarpıntı ve göğüs ağrısının %42.3, kaşıntı ve ciltte döküntünün de %43.2 oranı ile 3. Trimesterde daha yoğun yaşandığı saptanmıştır (Tablo 6.2.3 A ve B).

Tablo 6.2.4. (A) Gruplar açısından gebelerin mevcut gebeliklerinde yaşadıkları risk durumlarının trimesterlere göre dağılımı

Trimesterlere göre yaşanan riskler		1. Grup (n=177)		2. Grup (n=60)		3. Grup (n=122)		Total (N=359)	
		n	%	n	%	n	%	N	%
Kanama	1. T*.	13	2.4	16	8.9	23	6.3	52	14.5
	2. T.	12	2.3	8	4.4	14	3.8	34	9.5
	3. T.	20	3.8	12	6.7	14	3.8	46	12.8
Ödem	1. T.	67	12.6	19	10.6	73	19.9	159	44.3
	2. T.	116	21.8	39	21.7	101	27.6	256	71.3
	3. T.	117	22	43	23.9	103	28.1	263	73.3
Yüksek tansiyon / Preeklampsi/ Eklampsi	1. T.	23	4.3	7	3.9	40	10.9	70	19.5
	2. T.	41	7.7	20	11.1	66	18.0	127	35.4
	3. T.	45	8.5	22	12.2	69	18.9	136	37.9
Gestasyonel diyabet	1. T.	5	0.9	5	2.8	14	3.8	24	6.7
	2. T.	19	3.6	11	6.1	29	7.9	59	16.4
	3. T.	20	3.8	11	6.1	30	8.2	61	17.0
Hemoroid	1. T.	25	4.7	7	3.9	25	6.8	57	15.9
	2. T.	42	7.9	11	6.1	31	8.5	84	23.4
	3. T.	51	9.6	14	7.8	34	9.3	99	27.6
Enfeksiyon	1. T.	19	3.6	13	7.2	7	1.9	39	10.9
	2. T.	23	4.3	12	6.7	17	4.6	52	14.5
	3. T.	28	5.3	14	7.8	27	7.4	69	19.2
Erken membran rüptürü	1. T.	-	-	-	-	1	0.3	1	0.3
	2. T.	1	0.2	2	1.1	3	0.8	6	1.7
	3. T.	4	0.8	3	1.7	8	2.2	15	4.2
Erken doğum tehdidi	2. T.	7	1.3	6	3.3	9	2.5	22	6.1
	3. T.	17	3.2	15	8.3	31	8.5	63	17.5

**Tablo 6.2.4. (B) Trimesterlere göre yaşanan risk durumlarının dağılımı
(Devamı)**

Trimesterlere Göre Yaşanan Riskler		1. Grup (n:177)		2. Grup (n:60)		3. Grup (n:122)		Total (N:359)	
		n	%	n	%	n	%	N	%
Düşük tehdidi	1.T.	13	2.4	12	6.7	25	6.8	50	13.9
	2.T.	5	0.9	6	3.3	13	3.6	24	6.7
Plasental anomaliler	1.T.	-	-	-	-	1	0.3	1	0.3
	2.T.	-	-	2	1.1	3	0.8	5	1.4
	3.T.	5	0.9	7	3.9	7	1.9	19	5.3
Hiperemezis	1.T.	24	4.5	10	5.6	23	6.3	57	15.9
	2.T.	20	3.8	7	3.9	19	5.2	46	12.8
	3.T.	2	0.4	2	1.1	-	-	4	1.1
Servikal yetmezlik	1.T.	5	0.9	4	2.2	2	0.5	11	3.1
	2.T.	7	1.3	5	2.8	2	0.5	14	3.9
	3.T.	9	1.7	7	3.9	3	0.8	19	5.3
İntrauterin gelişme geriliği	1.T.	7	1.3	4	2.2	4	1.1	15	4.2
	2.T.	11	2.1	4	2.2	5	1.4	20	5.6
	3.T.	11	2.1	4	2.2	5	1.4	20	5.6

Frequencies testi kullanılmıştır

**: T= Trimester*

Gebelerin trimesterlere göre yaşadıkları riskler incelendiğinde; ödem, yüksek tansiyon, gestasyonel diyabet, erken membran rüptürü ve erken doğum tehdidinin her üç trimesterde 3. Grupta diğer gruplardan daha fazla oranlarda yaşandığı belirlenmiştir. Enfeksiyon (%7.8), plasental anomali (%3.9), servikal yetmezlik (%3.9) ve intrauterin gelişme geriliğinin (%2.2) daha çok 2. Grupta ve de 3. Trimesterde yaşandığı tespit edilmiştir. Kanama %14.5, hiperemezis %15.9 ve düşük tehdidinin %13.9 oranı ile 1. Trimesterde, hemoroidin de %27.6 oranı ile en fazla 3. Trimesterde daha yoğun yaşandığı saptanmıştır (Tablo 6.2.4 A ve B).

6.2.5. Gebelerin trimesterlere göre kümülatif olarak totalde yaşadıkları risk durumlarının gruplara göre dağılımı

Trimesterler ve Risk Yaşama (Total)	1. Grup (n=177)		2. Grup (n=60)		3. Grup (n=122)		İstatistiksel anlamlılık χ^2, p
	n	%	n	%	n	%	
1.Trimesterde Risk Yaşama	118	66.7	47	78.3	97	79.5	$\chi^2=7.086$ 0.029
2.Trimesterde Risk Yaşama	146	82.5	52	86.7	109	89.3	$\chi^2=2.820$ 0.244
3.Trimesterde Risk Yaşama	149	84.2	55	91.7	111	91.0	$\chi^2=4.139$ 0.126
Gebelikte Totalde Risk Yaşama	157	88.7	56	93.3	115	94.3	$\chi^2=7.086$ 0.203

Chi square test kullanılmıştır

Her üç gruptaki gebelerin trimesterlere göre kümülatif olarak totalde risk yaşama durumları incelendiğinde; özellikle 2. ve 3. Trimesterler ile tüm gebelik sürecinde totalde 2. ve 3. Grupta risk yaşama oranlarının birbirine çok yakın olduğu ve gruplar arasında bu anlamda anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). 1. Trimesterde risk yaşama durumu açısından da özellikle 2. ve 3. Gruptaki gebelerde risk yaşama oranlarının 1. Gruptaki gebelere göre daha yüksek olduğu (sırası ile %78.3, %79.5) ve farkın istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 6.2.5).

6.3. Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) Sonuçlarına Ait Veriler.

6.3.1. Trimesterlere göre GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı

GPSDÖ alt boyutları ve total	T*	1. Grup	2. Grup	3. Grup	Total	İstatistiksel anlamlılık	
		(n=177)	(n=60)	(n=122)	(n=359)	F	p
Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler	1.T.	4.80±0.27	4.71±0.27	4.85±0.14		7.07	0.001
	2.T.	4.79±0.28	4.71±0.26	4.82±0.14	4.78±0.23	4.785	0.009
	3.T.	4.79±0.28	4.69±0.26	4.81±0.14		5.482	0.005
Kaygı ve strese ait özellikler	1.T.	4.32±0.46	4.09±0.44	3.88±0.35		40.348	0.000
	2.T.	4.30±0.51	4.11±0.42	3.88±0.34	4.12±0.45	32.715	0.000
	3.T.	4.31±0.50	4.14±0.41	3.91±0.33		30.020	0.000
Aile içi şiddete ait özellikler	1.T.	4.80±0.27	4.75±0.27	4.90±0.11		11.510	0.000
	2.T.	4.81±0.25	4.76±0.27	4.90±0.11	4.82±0.22	9.974	0.000
	3.T.	4.81±0.25	4.75±0.27	4.90±0.11		12.021	0.000
Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler	1.T.	4.60±0.36	4.46±0.37	4.43±0.39		7.880	0.000
	2.T.	4.58±0.36	4.45±0.38	4.46±0.39	4.51±0.37	5.211	0.006
	3.T.	4.54±0.40	4.46±0.37	4.45±0.39		1.972	0.005
Ailesel özellikler	1.T.	4.75±0.36	4.71±0.31	4.86±0.27		6.386	0.002
	2.T.	4.71±0.37	4.68±0.33	4.86±0.27	4.75±0.33	9.939	0.000
	3.T.	4.69±0.39	4.65±0.33	4.85±0.27		10.478	0.000
Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişimlere ait özellikler	1.T.	4.66±0.39	4.43±0.38	4.64±0.25		10.443	0.000
	2.T.	4.47±0.48	4.25±0.47	4.40±0.24	4.44±0.38	6.778	0.001
	3.T.	4.38±0.53	4.18±0.50	4.26±0.28		5.079	0.007
Total	1.T.	4.66±0.26	4.53±0.22	4.60±0.16		8.306	0.000
	2.T.	4.63±0.28	4.51±0.24	4.57±0.15	4.59±0.23	6.410	0.002
	3.T.	4.61±0.29	4.50±0.26	4.55±0.16		4.919	0.008

Anova testi kullanılmıştır.

*: T= Trimester

GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamalarına göre her üç gruptaki gebelerin üç trimesterde de psikososyal sağlıklarının iyi ya da çok iyi düzeyde olduğu ve trimesterler açısından her üç grupta da bu puanın 1. Trimesterden sonra 2. ve 3. Trimesterlerde azalma gösterdiği belirlenmiştir. Bu özelliğin "Kaygı ve strese ait özellikler" dışındaki alt boyutlarda da benzer özellikler gösterdiği saptanmıştır. Bu sonuçlar bize kadınların psikososyal sağlığa ilişkin puanlarının ilk trimesterde kaygı ve strese ait özellikler dışında daha iyi olduğu, 2. ve 3. Trimesterlerde ise kaygı ve strese ait özelliklerde iyileşme olurken, diğer özellikler açısından psikososyal sağlıklarında negatif etkilenme olduğunu göstermiştir. Gruplar açısından baktığımızda; 3. Gruptaki gebelerin tüm trimesterlerde GPSDÖ "Kaygı ve strese ait özellikler" (trimesterlere göre sırası ile 3.88 ± 0.35 , 3.88 ± 0.34 , 3.91 ± 0.33) ile 1. ve 3. Trimesterde "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalamalarının (sırası ile 4.43 ± 0.39 , 4.45 ± 0.39) diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.01-0.001$ düzeyinde). Doğal yolla gebe kalan ve multigravida olan 2. Gruptaki gebelerin ise her üç trimesterlerde GPSDÖ "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler", "Aile içi şiddete ait özellikler", "Ailesel özellikler" ve "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklere ait özellikler" ile 2. Trimesterde "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalamaları ile total puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.01-0.001$ düzeyinde) (Tablo 6.3.1).

Tablo 6.3.1 deki sonuçlar için yapılan Tukey HSD testi analizine göre; üç trimestere ait GPSDÖ "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler", "Ailesel özellikler" ve "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyutlarındaki anlamlılığın 2. Gruptaki gebelerin puanlarının 1. ve 3. Gruptaki gebelerin puanlarından daha düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Ölçeğin "Kaygı ve strese ait özellikler" alt boyutundaki anlamlılığın 3. Gruptaki gebelerin puanlarının 1. ve 2. Gruptaki gebelerin puanlarına göre daha düşük, 2. Gruptaki gebelerin puanlarının da 1. Gruptaki gebelerin puanlarına göre daha düşük olmasından kaynaklandığı, "Aile içi şiddete ait özellikler" alt boyutundaki anlamlılığın 1. ve 2. Gruptaki gebelerin puanlarının 3. Gruptaki gebelerin puanlarından daha düşük olmasından kaynaklandığı bulunmuştur. "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyutundaki anlamlılığın da 2. ve 3. Gruptaki gebelerin puanlarının 1. Grup gebelerin puanlarından daha düşük olmasından kaynaklandığı saptanmıştır.

6.3.2. Gebelerin gebelikleri süresince üç trimesterde aldığı GPSDÖ alt boyutları ve total puan ortalamaları toplamının gruplara göre dağılımı

GPSDÖ alt boyutları ve total	1. Grup (n=177) Ort.±SD	2. Grup (n=60) Ort.±SD	3. Grup (n=122) Ort.±SD	İstatistiksel anlamlılık F, p
Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler	4.79±0.27	4.70±0.25	4.82±0.13	F=5.817 0.003
Kaygı ve strese ait özellikler	4.30±0.46	4.11±0.39	3.88±0.31	F=37.855 0.000
Aile içi şiddete ait özellikler	4.80±0.25	4.75±0.26	4.90±0.10	F=11.412 0.000
Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler	4.57±0.35	4.45±0.36	4.44±0.37	F=4.905 0.008
Ailesel özellikler	4.71±0.36	4.67±0.31	4.85±0.26	F=9.320 0.000
Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklere ait özellikler	4.50±0.44	4.28±0.42	4.43±0.23	F=7.359 0.001
Total	4.63±0.27	4.51±0.23	4.57±0.15	F=6.596 0.002

Anova testi kullanılmıştır

Gebelerin gebelikleri süresince her üç trimesterdeki GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları toplamının gruplara göre dağılımı incelendiğinde; ölçeğin "Kaygı ve strese ait özellikler" ile "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyutlarının 3. Grupta, diğer alt boyutlar ve totalin ise 2. Gruptaki gebelerde anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir (p<0.01- 0.001 düzeyinde) (Tablo 6.3.2).

6.3.3. Her üç gruptaki gebelerin 1. Trimesterde risk yaşama durumuna göre GPSDÖ 1. Trimester alt boyut ve total puan ortalamalarının dağılımı

GPSDÖ alt boyutları ve total	Risk yaşama *	1. Grup (n=177)	İstatistiksel anlamlılık	2. Grup (n=60)	İstatistiksel anlamlılık	3. Grup (n=122)	İstatistiksel anlamlılık
		Ort.±SD	t, p	Ort.±SD	t, p	Ort.±SD	t, p
Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler	●Yaşayan	4.83±0.23	t= 1.720	4.71±0.27	t= 0.052	4.83±0.15	t= -4.889
	●Yaşamayan	4.75±0.34	0.087	4.70±0.28	0.958	4.92±0.06	0.000
Kaygı ve strese ait özellikler	●Yaşayan	4.40±0.35	t= 2.724	4.05±0.40	t= -1.510	3.83±0.35	t= -3.541
	●Yaşamayan	4.17±0.59	0.008	4.25±0.54	0.136	4.09±0.26	0.001
Aile içi şiddete ait özellikler	●Yaşayan	4.85±0.18	t= 2.520	4.75±0.27	t= 0.144	4.90±0.12	t= -1.626
	●Yaşamayan	4.72±0.37	0.015	4.74±0.30	0.886	4.94±0.06	0.107
Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler	●Yaşayan	4.61±0.33	t= 0.827	4.46±0.38	t= -0.091	4.41±0.42	t= -1.071
	●Yaşamayan	4.57±0.42	0.410	4.47±0.32	0.928	4.51±0.28	0.287
Ailesel özellikler	●Yaşayan	4.77±0.35	t= 1.158	4.73±0.31	t= 1.216	4.86±0.28	t= -0.521
	●Yaşamayan	4.71±0.37	0.248	4.62±0.32	0.229	4.89±0.25	0.604
Gebeliğe ilişkin fiziksel- psikososyal değişiklere ait özellikler	●Yaşayan	4.72±0.29	t= 2.279	4.42±0.34	t= -0.434	4.63±0.26	t= -1.082
	●Yaşamayan	4.55±0.51	0.025	4.47±0.51	0.666	4.69±0.22	0.281
Total	●Yaşayan	4.70±0.20	t= 2.466	4.53±0.21	t= -0.429	4.58±0.17	t= -4.056
	●Yaşamayan	4.59±0.34	0.016	4.56±0.26	0.670	4.68±0.10	0.000

T testi kullanılmıştır

*:1. Trimesterde risk yaşayanların sayısı (n): 1. Grup: n=118, 2. Grup: n=47, 3. Grup: n=9

Her üç gruptaki gebelerin 1. Trimesterde risk yaşama durumlarına göre GPSDÖ 1. Trimester alt boyut ve total puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 1. Gruptaki gebelerde risk yaşamayanlarda ölçeğin "Kaygı ve strese ait özellikler", "Aile içi şiddete ait özellikler", "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyutları ile "total" puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). 2. Gruptaki gebelerde 1. Trimesterde risk yaşayıp yaşamama durumlarına göre GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). 3. Gruptaki gebelerde ise 1. Trimesterde risk yaşayanların GPSDÖ "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler" ve "Kaygı ve strese ait özellikler" alt boyutları ve de "total" puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 6.3.3).

6.3.4. Her üç gruptaki gebelerin 2. Trimesterde risk yaşama durumuna göre GPSDÖ 2. Trimester alt boyut ve total puan ortalamalarının dağılımı

GPSDÖ alt boyutları ve total	Risk yaşama*	1. Grup (n=177) Ort.±SD	İstatistiksel anlamlılık t, p	2. Grup (n=60) Ort.±SD	İstatistiksel anlamlılık t, p	3. Grup (n=122) Ort.±SD	İstatistiksel anlamlılık t, p
Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler	●Yaşayan	4.82±0.23	t=1.992	4.71±0.25	t=0.082	4.82±0.14	t= -1.637
	●Yaşamayan	4.67±0.43	0.055	4.70±0.31	0.935	4.88±0.07	0.104
Kaygı ve strese ait özellikler	●Yaşayan	4.35±0.46	t=2.102	4.09±0.44	t= -0.915	3.86±0.35	t= -1.789
	●Yaşamayan	4.08±0.67	0.043	4.23±0.24	0.364	4.04±0.23	0.076
Aile içi şiddete ait özellikler	●Yaşayan	4.83±0.19	t=1.892	4.76±0.26	t=0.268	4.89±0.11	t= -1.260
	●Yaşamayan	4.69±0.41	0.067	4.73±0.36	0.789	4.93±0.06	0.210
Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler	●Yaşayan	4.60±0.34	t=1.075	4.45±0.40	t=0.169	4.46±0.40	t=0.311
	●Yaşamayan	4.52±0.45	0.284	4.43±0.29	0.867	4.43±0.29	0.757
Ailesel özellikler	●Yaşayan	4.70±0.37	t= -0.543	4.70±0.33	t=1.079	4.86±0.28	t= -0.831
	●Yaşamayan	4.74±0.36	0.588	4.56±0.29	0.285	4.92±0.12	0.407
Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklere ait özellikler	●Yaşayan	4.50±0.39	t=1.109	4.27±0.38	t=0.444	4.40±0.24	t= -0.705
	●Yaşamayan	4.34±0.77	0.275	4.13±0.89	0.670	4.45±0.24	0.482
Total	●Yaşayan	4.66±0.24	t=1.882	4.51±0.24	t=0.168	4.56±0.16	t= -1.395
	●Yaşamayan	4.51±0.41	0.068	4.50±0.31	0.867	4.62±0.11	0.166

T testi kullanılmıştır

*:2. Trimesterde risk yaşayanların sayısı (n): 1.Grup: n=146, 2.Grup: n=52, 3.Grup:109

Her üç gruptaki gebelerin 2. Trimesterde risk yaşama durumlarına göre GPSDÖ 2. Trimester alt boyut ve total puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 1. Gruptaki gebelerde risk yaşamayanlarda ölçeğin "Kaygı ve strese ait özellikler" alt boyut puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). 2. Grup ve 3. Gruptaki gebelerde 2. Trimesterde risk yaşayıp yaşamama durumlarına göre GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 6.3.4).

6.3.5. Her üç gruptaki gebelerin 3. Trimesterde risk yaşama durumuna göre GPSDÖ 3. Trimester alt boyut ve total puan ortalamalarının dağılımı

GPSDÖ alt boyutları ve total	Risk yaşama*	1. Grup (n=177) Ort.±SD	İstatistiksel anlamlılık t, p	2. Grup (n=60) Ort.±SD	İstatistiksel anlamlılık t, p	3. Grup (n=122) Ort.±SD	İstatistiksel anlamlılık t, p
Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler	●Yaşayan	4.81±0.23	t=1.876	4.69±0.25	t=0.232	4.80±0.15	t= -1.634
	●Yaşamayan	4.65±0.44	0.070	4.66±0.36	0.818	4.87±0.04	0.105
Kaygı ve strese ait özellikler	●Yaşayan	4.36±0.42	t=2.638	4.13±0.43	t= -0.502	3.89±0.33	t= -1.839
	●Yaşamayan	3.99±0.74	0.013	4.23±0.27	0.617	4.08±0.34	0.068
Aile içi şiddete ait özellikler	●Yaşayan	4.83±0.21	t=1.560	4.76±0.25	t=0.540	4.90±0.10	t=0.856
	●Yaşamayan	4.71±0.38	0.129	4.65±0.45	0.617	4.88±0.15	0.394
Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler	●Yaşayan	4.56±0.37	t=1.623	4.48±0.38	t=1.110	4.46±0.40	t=0.555
	●Yaşamayan	4.40±0.51	0.114	4.29±0.25	0.271	4.39±0.32	0.580
Ailesel özellikler	●Yaşayan	4.69±0.39	t=0.515	4.65±0.34	t=1.537	4.84±0.28	t= -2.871
	●Yaşamayan	4.65±0.37	0.607	4.55±0.11	0.148	4.95±0.10	0.007
Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklere ait özellikler	●Yaşayan	4.41±0.47	t=1.686	4.23±0.42	t=1.529	4.26±0.29	= -0.363
	●Yaşamayan	4.17±0.73	0.102	3.60±0.92	0.198	4.29±0.20	0.717
Total	●Yaşayan	4.64±0.25	t=2.248	4.51±0.25	t=1.099	4.54±0.16	t= -1.053
	●Yaşamayan	4.44±0.44	0.032	4.38±0.35	0.276	4.59±0.14	0.294

T testi kullanılmıştır

*:3. Trimesterde risk yaşayanların sayısı (n): 1.Grup: n=149, 2.Grup: n=55, 3.Grup: n=111

Her üç gruptaki gebelerin 3. Trimesterde risk yaşama durumlarına göre GPSDÖ 3. Trimester alt boyut ve total puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 1. Gruptaki gebelerde risk yaşamayanlarda ölçeğin "Kaygı ve strese ait özellikler" alt boyut ve "total" puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). 2. Gruptaki gebelerde 3. Trimesterde risk yaşayıp yaşamama durumlarına göre GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). 3. Gruptaki gebelerde ise 3. Trimesterde risk yaşayanların GPSDÖ "Ailesel özellikler" alt boyut ve puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 6.3.5).

Her üç gruptaki gebelerin gebelikleri süresince riskli bir durum yaşayıp yaşamama durumlarına göre GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 6.3.6. Gruplardaki gebelerin yaş, öğrenim ve ekonomik durumları ile GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamalarının* ilişkisi

GPSDÖ alt boyutları ve total	Yaş, öğrenim, ekonomik durum	1. Grup (n=177)		2. Grup (n=60)		3. Grup (n=122)	
		rs	p	rs	p	rs	p
Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler	Yaş	0.254	0.472	-0.137	0.297	-0.104	0.254
	Öğrenim durumu	-0.029	0.704	0.105	0.423	0.055	0.546
	Ekonomik durum	0.177	0.018	0.119	0.367	0.146	0.108
Kaygı ve strese ait özellikler	Yaş	0.064	0.395	-0.144	0.272	0.010	0.910
	Öğrenim durumu	-0.085	0.258	0.101	0.444	0.025	0.788
	Ekonomik durum	0.033	0.661	0.166	0.206	0.206	0.023
Aile içi şiddete ait özellikler	Yaş	0.060	0.425	-0.132	0.314	-0.093	0.310
	Öğrenim durumu	-0.005	0.946	0.097	0.460	0.000	0.998
	Ekonomik durum	0.088	0.246	0.085	0.521	0.147	0.105
Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler	Yaş	0.003	0.965	-0.032	0.805	-0.235	0.009
	Öğrenim durumu	-0.023	0.758	-0.073	0.580	0.015	0.866
	Ekonomik durum	0.124	0.099	0.134	0.306	0.236	0.009
Ailesel özellikler	Yaş	0.139	0.065	0.000	1.000	-0.005	0.956
	Öğrenim durumu	0.038	0.619	-0.003	0.982	-0.064	0.482
	Ekonomik durum	0.116	0.123	0.078	0.552	0.208	0.022
Gebeliğe ilişkin fiziksel- psikososyal değişiklere ait özellikler	Yaş	0.066	0.383	-0.006	0.963	-0.288	0.001
	Öğrenim durumu	0.059	0.434	0.080	0.543	-0.064	0.486
	Ekonomik durum	0.101	0.180	0.211	0.106	0.089	0.329
Total	Yaş	0.051	0.504	-0.091	0.963	-0.164	0.071
	Öğrenim durumu	-0.039	0.602	0.076	0.565	0.026	0.776
	Ekonomik durum	0.084	0.269	0.211	0.106	0.268	0.003

Değişkenler nonparametrik dağılım gösterdiğinden sperman korelasyon testi kullanılmıştır.

**: Her üç trimesterdeki puanların toplamının ortalaması*

Her üç gruptaki gebelerin yaş, öğrenim ve ekonomik durumları ile GPSDÖ'nin üç trimestere ait alt boyut ve total puanları toplamının ortalamasıyla ilişkisine bakıldığında; 1. Gruptaki gebelerin ekonomik durumu ile GPSDÖ'nin "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler" alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı çok zayıf bir ilişkinin olduğu ($p < 0.05$), ölçeğin diğer alt boyutları ve total puan ortalaması açısından ise belirtilen özellikler açısından anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). 2. Gruptaki gebelerin yaş, öğrenim ve ekonomik durum ile GPSDÖ alt grup ve total puanları toplamının ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). 3. Grup gebelerin (YÜT ile gebe kalan) ekonomik durumları ile GPSDÖ "Kaygı ve strese ait özellikler", "Ailesel özellikler" alt boyutları ve de "Total" puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı ($p < 0.05$ ile $p < 0.01$ arasında) ve zayıf bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Yine 3. Gruptaki gebelerin yaşları ile GPSDÖ "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" ve "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklere ait özellikler" alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı ve zayıf bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p < 0.01$). Bu gebelerin ekonomik durumları ile "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$) (Tablo 6.3.6).

Her üç gruptaki gebelerin çalışma durumlarına göre GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 6.3.7. Üçüncü gruptaki gebelerin infertiliteye ait özellikleri ile trimesterlere göre GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamalarının ilişkisi

GPSDÖ alt boyutları ve total	Trimesterler	İnfertiliteye ait özellikler					
		İnfertilite süresi (ay)		İnfertilite tedavi süresi (ay)		YÜT deneme sayısı	
		rs	p	rs	p	rs	p
Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler	1.T.	-0.234	0.009	-0.226	0.012	-0.241	0.007
	2.T.	-0.235	0.009	-0.237	0.009	-0.227	0.012
	3.T.	-0.282	0.002	-0.260	0.004	-0.252	0.005
Kaygı ve strese ait özellikler	1.T.	-0.128	0.161	-0.140	0.125	-0.186	0.040
	2.T.	-0.117	0.199	-0.118	0.195	-0.128	0.160
	3.T.	-0.075	0.409	-0.087	0.342	-0.114	0.209
Aile içi şiddete ait özellikler	1.T.	-0.066	0.470	-0.091	0.318	-0.092	0.311
	2.T.	-0.020	0.829	-0.034	0.714	-0.052	0.571
	3.T.	0.048	0.603	0.026	0.778	-0.002	0.985
Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler	1.T.	-0.154	0.091	-0.190	0.036	-0.194	0.032
	2.T.	-0.053	0.561	-0.075	0.412	-0.133	0.145
	3.T.	-0.066	0.468	-0.100	0.271	-0.094	0.303
Ailesel özellikler	1.T.	-0.024	0.791	-0.047	0.609	-0.033	0.152
	2.T.	-0.054	0.552	-0.055	0.544	-0.068	0.456
	3.T.	-0.072	0.434	-0.089	0.328	-0.072	0.432
Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklere ait özellikler	1.T.	-0.099	0.277	-0.118	0.196	-0.131	0.152
	2.T.	-0.140	0.125	-0.134	0.141	-0.160	0.078
	3.T.	-0.123	0.176	-0.174	0.055	-0.211	0.019
Total	1.T.	-0.177	0.052	-0.191	0.035	-0.229	0.011
	2.T.	-0.165	0.070	-0.157	0.085	-0.200	0.027
	3.T.	-0.178	0.050	-0.202	0.026	-0.221	0.014

Sperman korelasyon testi kullanılmıştır.

3. Gruptaki gebelerin infertilite süreleri, infertilite tedavi süreleri ve YÜT deneme sayıları ile GPSDÖ'nin her üç trimestere ait "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler" alt boyut puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı negatif yönde zayıf bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). İnfertilite tedavi süreleri ile GPSDÖ 1. Trimesterdeki "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyutu ve total puan ortalamaları arasında anlamlı negatif yönde zayıf bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Gebelerin YÜT deneme sayıları ile GPSDÖ 1. Trimesterdeki "Kaygı ve strese ait özellikler", "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyutları ve total puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). İnfertilite tedavi süresi ile ölçeğin 3. Trimester total puan ortalaması arasında, YÜT deneme sayısı ile ise 2. ve 3. Trimester total puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 6.3.7).

6.4. Doğum ve Doğum Sonrasına Ait Veriler

6.4.1. Gebelerin doğum şekli, doğum ve doğum sonu komplikasyon yaşama durumlarına ait özellikler

Özellikler	1. Grup (n=177)		2. Grup (n=60)		3. Grup (n=122)		Total (N=359)		İstatistiksel anlamlılık χ^2 , p
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Doğum şekli									
Normal Doğum	127	71.8	25	41.7	–	–	152	42.3	$\chi^2=152.171$ 0.000
Sezaryen	50	28.2	35	58.3	122	100.0	207	57.7	
Doğumda komplikasyon durumu									
Evet	8	4.5	3	5.0	6	4.9	17	4.7	$\chi^2=0.026$ 0.982
Hayır	169	95.5	57	95.0	116	95.1	342	95.3	
Doğum sonu komplikasyon durumu									
Evet*	30	16.9	17	28.3	29	23.8	76	21.2	$\chi^2=2.122$ 0.121
Hayır	147	83.1	43	71.7	93	76.2	283	78.8	

Chi square test kullanılmıştır

*: DS gelişen komplikasyonlar; kanama, hipertansiyon, mastit, üriner enfeksiyon, sezaryen kesisinde enfeksiyon, hipoglisemi

Çalışmamızda 1. Gruptaki gebelerin doğumlarını çoğunlukla (%71.8) normal vajinal doğum ile gerçekleştirdiği, 2. Gruptaki multigravida gebelerde ise sezaryen oranının arttığı (%58.3), YÜT ile gebe kalan 3. Gruptaki gebelerin ise tamamının doğumlarını sezaryen ile gerçekleştirdiği ve gruplar arasındaki bu farklılığın ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir (p<0.001). Doğum sonu komplikasyon gelişme oranı 2. ve 3. Gruptaki gebelerde 1. Gruptaki gebelere göre yüksek olmasına rağmen doğum ve doğum sonrası komplikasyon yaşama durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 6.4.1).

6.4.2. Gruplara göre gebelerin total gestasyon haftası (miad) ve doğum sonu (DS) ruhsal sağlık düzeyleri

Gestasyon haftası ve DS ruhsal sağlık düzeyi	1. Grup (n=177) Ort±SD (Min-Max)	2. Grup (n=60) Ort±SD (Min-Max)	3. Grup (n=122) Ort±SD (Min-Max)	Total (N=359) Ort±SD (Min-Max)	İstatistiksel anlamlılık F, p
Gestasyon haftası	39.3±1.1 (36-41)	39.2±0.97 (37-41)	38.1±0.76 (36-40)	38.9±1.12 (36-41)	F=51.320 0.000
Ruhsal sağlık düzeyi*	9.39±0.94 (5-10)	9.25±0.89 (7-10)	9.77±0.60 (7-10)	9.50±0.85 (5-10)	F=10.698 0.000

Anova testi kullanılmıştır

*: Gebelerden doğum sonrası ruhsal durumlarını 1 ile 10 arasında puanlandırmaları istenmiştir (1 çok kötü, 10 çok iyiyi ifade etmektedir).

Çalışmamızda gebelerin doğumlarının gerçekleştiği gestasyon haftaları (miad) incelendiğinde, 1. ve 2. Gruptaki gebelerin gestasyon haftası ortalamaları birbirine çok yakın iken, 3. Gruptaki gebelerin gestasyon haftası ortalamalarının daha düşük olduğu (38.1±0.76) ve gruplar arası bu farkın istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir (p<0.001). Gebelerden doğumlarından 8 hafta sonra ruhsal durumlarını 1 ile 10 arasında puanlandırmaları istenmiştir. Tüm gebelerin puan ortalamalarının 9'un üzerinde olduğu, 2. Gruptaki gebelerin puanlarının diğer gruptaki gebelerden biraz daha düşük (9.25±0.89), 3. Gruptaki gebelerin ise daha yüksek (9.77±0.60) olduğu ve farklılığın ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (p<0.001) (Tablo 6.4.2).

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu bölümde çalışmamızın bulguları dört başlık altında tartışılmıştır.

7.1. Tanımlayıcı özelliklere ait bulguların tartışılması,

7.2. Gebelik ve gebe kalmaya ait bulguların tartışılması,

7.3. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) sonuçlarına ait bulguların tartışılması,

7.4. Doğum ve doğum sonrasına ait bulguların tartışılması.

7.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Bulguların Tartışılması

Ülkemizde 2006 yılı öncesine kadar en yüksek yaşa özel doğurganlık hızına sahip yaş grubu 20-24 iken (115), TNSA 2008 verilerinde ve de TÜİK 2012 doğum istatistikleri sonuçlarında Türkiye'de en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaş grubu arasında olduğu bildirilmiştir (115, 116). Çalışmamızda ise primigravida gebelerin 19-24 yaş, multigravida ve infertilite sonrası yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan gebelerin 25-30 yaş grubunda yer aldıkları belirlenmiştir (Tablo 6.1.1-2). Çalışma sonuçlarımız multigravida ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlar açısından Türkiye'deki verileri desteklemekle birlikte özellikle primigravidalar açısından durumun 2006 yılı öncesi verileri ile benzerlik gösterdiği görülmüş ve bu da bize son yıllarda doğurganlık yönünde izlenen politikanın bir etkisi sonucunda ilk gebelikler erken yaşlara mı kayıyor sorusunu aklımıza getirmiştir. TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de doğurganlık çağındaki kadınların en az %82'sinin ortaokul mezunu ve en az %21'inin lise mezunu olduğu bildirilmiş olup (116), çalışma grubumuzdaki kadınların eğitim düzeyleri ile benzerlik gösterdiği görülmüştür (Tablo 6.1.1). TNSA 2008 ve TÜİK 2012 verilerine göre ülkemizdeki üreme çağındaki kadınların çoğunluğunun gelir getiren bir işte çalışmadığı fakat büyük bir kısmının sosyal güvencesinin olduğu ve aile tiplerinin çekirdek ailede yoğunluk kazandığı bildirilmektedir (115, 116). Çalışma

sonuçlarımız ülkemizdeki bu verilerle paralellik göstermektedir (Tablo 6.1.1). Yine TNSA 2008 sonuçlarına göre kadınların çoğunlukla evliliklerinin ilk 4 yılında bir bebeğe sahip oldukları bildirilmektedir (116). Çalışmamızdaki sonuçlara göre primigravida gebelerimizin evliliklerinin ilk iki yılında gebelik yaşamış olmaları ve de multigravida gebelerimiz açısından ülkemiz sonuçları ile benzerlik göstermekle birlikte, yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınlar açısından bunu söylemek mümkün değildir (Tablo 6.1.2). Ancak bu gruptaki gebelerde evlilik yıllarına göre daha geç gebeliğinin oluşması yaşadıkları infertilite sorunu nedeniyle beklenen bir sonuçtur.

Ülkemizde gebelik dönemi ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınların gebelik döneminde eşlerinden, doğum sonu dönemde ise aile büyüklerinden destek aldıkları bildirilmiştir (1, 14, 37, 58, 72, 84, 102, 104) Bizim çalışmamızda da yapılan çalışmalarla paralel olarak aynı sonuçlar bulunmuştur (Tablo 6.1.3).

Ataman (2007), Kuş (2008), Kırca (2011) ve Seven'in (2008) infertilite üzerine yaptıkları çalışmalarda yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların infertilite sürelerinin ortalama 4-5 yıl arasında olduğu ve yaklaşık 4 yıl tedavi gördükleri bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da yapılan çalışmalarla benzer olarak yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların infertilite yaşama sürelerinin ortalama 4.5 yıl olduğu ve bu süreçte yaklaşık dört yıl tedavi gördükleri belirlenmiştir (Tablo 6.1.4). Yapılan bir çok araştırmada tüp bebek tedavisinde en iyi başarı oranının ikinci ve üçüncü denemelerde gerçekleştiği bildirilmektedir

(<http://www.tupbebek.name.tr/tup-bebek/embriyo-transferi/> Erişim Tarihi: 22.01.2014). Yapılan çalışmalara paralel olarak bizim çalışma sonuçlarımıza göre de infertilite tedavisi gören kadınların tedavi aşamasından sonra genellikle ikinci veya üçüncü yardımcı üreme tekniği denemelerinde gebe kaldıkları belirlenmiştir (Tablo 6.1.4).

7.2. Gebelik ve Gebe Kalmaya Ait Bulguların Tartışılması

Çoğul gebelik oluşma riski doğal yolla oluşan gebeliklerden farklı olarak yardımcı üreme tekniği ile gebe kalındığında daha fazladır. Öyle ki Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları 2010 Yönetmeliği'nde çoğul gebeliklerin önlenmesi için tek embriyo transferi yapılması esas alınmış, ancak üçüncü ve dördüncü uygulamada ve de 35 yaş üzeri kadınlarda en fazla 2 embriyo transferine izin

verilmiştir (112). Çalışmamızdaki verilere göre literatürü destekler yönde çoğul gebeliklerin %26.2 oranı ile yardımcı üreme tekniği (YÜT) ile gebe kalan kadınlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Tablo 6.2.1). Çalışmamızla benzer olarak Tummers ve arkadaşlarının (2003) yurtdışında gerçekleştirdikleri IVF sonrası tekil ve ikiz gebelikler hakkındaki çalışmalarında da %73.3 tekil, %39.6 çoğul gebelik görüldüğü bildirilmiştir. Steenhout ve Hubinont'un (2012), ikiz gebeliklerle ilgili yaptıkları çalışmalarında da Amerika Birleşik Devletleri'nde %32, Latin Amerika'da %25, Avrupa'da %23, Asya ve Orta Doğu'da %22 ve Avustralya'da %21 çoğul gebelik görüldüğü bildirilmiş fakat kadınların doğal yolla ya da yardımcı üreme tekniği ile gebe kalıp kalmadığı hakkında bilgi verilmemiştir. Türkiye'de ise bu konu ile ilgili yapılmış istatistiksel bir çalışma bulunmamaktadır.

Yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınlar uzun süren bir tedavi süreci, zor ve yıpratıcı işlemler ve de maddi-manevi yaşanan sıkıntılar sonrası gebe kaldıklarından, doğal yolla gebe kalan kadınlara göre gebe kalmak ve bir bebek sahibi olmak onlar için daha önemlidir ve daha fazla bebeklerini kaybetme korkusu yaşamaktadırlar (14). Koçyiğit'in (2012), infertil kadınlar üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasında %71.7 oranında çocuk sahibi olmak önemli olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınlarda gebe kalmanın diğer gruplara oranla daha önemli olduğu ve bebeklerini kaybetme korkusunu daha fazla yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 6.2.2).

Ülkemizde çocuk sahibi olmak son derece önemli olduğundan, çiftlerden evlilik sonrası hemen çocuk doğurma beklentisine girilmektedir (7, 41, 102). Koçyiğit'in (2012) çalışmasında infertil çiftlerin daha fazla sosyal baskıya maruz kaldıkları ve infertilite tedavisi gören kadınlarda sosyal baskının %48.3 oranında olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda ise anlamlı farklılık göstermemekle birlikte multigravida gebelerin ve eşlerinin yaşadıkları sosyal baskının ve bundan etkilenme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 6.2.1-2). Bu sonuç bize gebeliğe ilişkin sosyal baskının yalnızca infertil çiftlerde değil tüm çiftler üzerinde etkili olabildiğini, özellikle multigravida gebelerin bu konuda göz ardı edilmemesi gerektiğini göstermiştir.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda gebelikte yaşanan şikayetlerin 3. Trimesterde arttığı bildirilmiştir (37, 72, 104). Bizim çalışmamızda da gebelik sürecinde yaşanan şikayetlerin genellikle 3. Trimesterde arttığı ve bu şikayetleri yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların doğal yolla gebe kalan kadınlara göre daha fazla yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 6.2.3 A ve B). Bu sonuçlar bize yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların bebeklerini kaybetme korkularının fazla olması ve bu korkunun kendilerinde kaygı ve stres yaratmasından dolayı gebelik şikayetlerini fazla yaşadıklarını düşündürmüştür. Benzer şekilde gebelikte yaşanan risklerin de her üç trimesterde genellikle yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınlarda, sonrasında ise doğal yolla gebe kalan multigravida gebelerde fazla görüldüğü belirlenmiştir (Tablo 6.2.4-5).

7.3. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) Sonuçlarına Ait Bulguların Tartışılması

Gebelik sırasında psikososyal sağlığın olumsuz etkilenmesi hem anne hem de fetus ve yeni doğan sağlığını, dolayısıyla da aile ve toplum sağlığını etkilemektedir. Bu nedenle gebelerin fizyolojik olarak değerlendirilmesinin yanında psikososyal sağlıklarının da değerlendirilmesi, koruyucu sağlık hizmetleri açısından oldukça önemlidir (97). Blackmore ve arkadaşlarının (2006), Kanada'da ALPHA değerlendirme formu kullanarak yaptıkları çalışmalarında gebelerin psikososyal sağlıklarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da GPSDÖ'ne göre gebelerin genel olarak psikososyal sağlıklarının "iyi" ve "çok iyi" düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak ise Sözeri'nin (2011), gebelikte psikososyal sağlığın değerlendirilmesinin doğum sonu depresyonu belirlemedeki etkisi ve Yıldız'ın (2011), gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışmasında gebelerin psikososyal sağlıklarının orta düzeyde olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç bize her iki çalışmanın da sağlık ocağında yapılmış olması, gebelerin çoğunlukla eğitim düzeylerinin ilkökul seviyesinde olması, bizim çalışmamızın ise kadın doğum hastanesinde gerçekleştirilmiş ve de gebelerin öğrenim durumlarının daha yüksek olması sebebi ile gebelerimizin psikososyal sağlıklarının daha iyi olduğunu düşündürmüştür.

GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamalarının her üç grupta 1. Trimesterden sonra 2. ve 3. Trimesterlerde azalma gösterdiği ve bu özelliğin "Kaygı ve strese ait özellikler dışında tüm alt boyutlarda benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Bu sonuçlar bize kadınların psikososyal sağlığa ilişkin puanlarının ilk trimesterde kaygı ve strese ait özellikler dışında daha iyi olduğu, 2. ve 3. Trimesterlerde ise kaygı ve strese ait özelliklerde iyileşme olurken, diğer özellikler açısından psikososyal sağlıklarında negatif etkilenme olduğunu göstermiştir. "Kaygı ve strese ait özellikler" alt boyutunda sorun yaşayan grubun ise yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınlar olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların gebeliği zor elde eden ve gebelik şikayetleri ile risklerini en fazla yaşayan grubu oluşturmasından dolayı daha fazla kaygı ve stres yaşadıkları söylenebilir. Ayrıca aynı grubun psikososyal destek gereksinimine olan ihtiyacının fazla olduğu belirlenmiş ve bu durumun genel gebelik süreci ile birlikte kaygı ve streslerinin yüksek olmasının da etkisi ile olduğu düşünülmüştür. GPSDÖ "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler", Aile içi şiddete ait özellikler", "Ailesel özellikler" ve "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyutlarında ise multigravida gebelerin daha fazla sorun yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 6.3.1-2). Yardımcı üreme tekniği ile gerçekleşen gebeliklerde kaygı ve stresin yüksek olması ve de buna bağlı olarak psikososyal desteğe daha fazla ihtiyaç duymaları çalışmamızın beklenen bir sonucu olmasına rağmen, ölçeğin diğer tüm alt boyutlarında multigravida gebelerin daha fazla sorun yaşıyor olması dikkat çekici bir sonuçtur. Bu sonuç bize tecrübeli gebeler olarak değerlendirilen multigravida gebelerin sağlık çalışanları tarafından daha dikkatli değerlendirilmeleri gerektiğini düşündürmüştür.

Gebelik sürecinde kadınlar bir takım risklerle karşılaşabilmekte ve bu riskler gebeyi, karnındaki bebeği etkilediği kadar eşini ve aile yaşamını da olumsuz etkileyebilmektedir (<http://www.annelikbilinci.com/makaleler/riskli-gebeliklerde-neler-hissedersiniz.html> Erişim tarihi 10.01.2014). Öyle ki bu durum yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınlarda daha fazla olmak üzere gebelerde stres ve anksiyete yaratmaktadır (73, 82, 104). Çalışmamızdaki sonuçlara göre yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların 1. Trimesterde risk yaşama durumlarının kendilerinde kaygı ve stres yarattığı ve de gebelik ve eş ilişkilerini olumsuz etkilediği

belirlenmiştir. Gebelik döneminde kadın fizyolojik, psikolojik ve ruhsal bir takım değişiklikler yaşamaktadır. Fakat fizyolojik değişiklikleri yalnızca gebe yaşarken, psikolojik ve sosyal değişimlerden gebenin eşi ve diğer aile bireyleri de etkilenmekte, aile bireylerinin davranış ve tepkileri de gebeyi olumlu veya olumsuz etkilemektedir (14). Çalışmamızda doğal yolla gebe kalan ve gebeliklerinde risk yaşamayan primigravida gebelerin GPSDÖ "Kaygı ve strese ait özellikler", "Aile içi şiddete ait özellikler", "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyutu ile total puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.3.3). Bu sonuçlar doğrultusunda primigravida gebelerin risk yaşamamalarına rağmen ilk gebelikleri olması nedeniyle kaygılarının olduğu ve de aile içi ve gebeliklerine bağlı fiziksel-psikososyal değişimlerden etkilendikleri söylenebilir. Aynı şekilde 2. ve 3. Trimesterde de primigravida gebelerde risk yaşamama durumunun GPSDÖ "Kaygı ve strese ait özellikler" alt boyut puanını, 3. Trimesterde ise total puan ortalamalarını düşürdüğü gözlenmiştir (Tablo 6.3.4-5). Yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların 3. Trimesterde gebeliklerinde risk yaşama durumunun ailesel özelliklerini etkilediği belirlenmiştir (Tablo 6.3.5). Bu sonuç bize, zor bir sürecin son aşamasına gelmişken gebelikte risk durumunun yaşanmasının ailevi dengeleri bozduğunu düşündürmüştür.

Yapılan çalışmalarda ekonomik durumun eş ilişkisini paralel olarak olumlu veya olumsuz etkilediği bildirilmiştir (<http://www.armagansamanci.com/site/makaledetay.aspx?sn=69> Erişim Tarihi: 29.01.2014). Çalışmamızda da yapılan çalışmalara benzer olarak doğal yolla gebe kalan primigravida gebelerin ekonomik durumlarının iyi olmasının gebelik ve eş ilişkilerine yönelik psikososyal sağlıklarını pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir. Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların ekonomik durumlarının iyi olmasının da kaygı ve strese ve de ailesel özelliklere ilişkin psikososyal sağlıklarını pozitif yönde etkilediği saptanmıştır. Yardımcı üreme tekniği ile gerçekleşen gebeliklerde maddi açıdan zorlayan bir tedavi süreci olduğundan ve gebeler genellikle bu konuda sıkıntı yaşadıklarından ekonomik durumlarının kötü olmasının kaygı ve streslerini arttırması çalışmamızın beklenen bir sonucudur. Bu sonuç doğrultusunda da ekonomik durumun aile içi sorun yaşanmasına sebep olması kaçınılmazdır. Aynı zamanda YÜT gebeliklerde GPSDÖ total puan ortalaması açısından da ekonomik durumun etkili olduğu görülmüştür.

Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda yaş arttıkça psikososyal destek gereksinimlerinin arttığı ve de gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişimlere ait özellikler açısından psikososyal sağlıklarının bozulduğu/negatif etkilendiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda psikososyal sağlık yönünden ekonomik durumun ve yaş faktörünün önemli olduğu, özellikle değerlendirme yapılırken ekonomik durumu kötü olan tüm gebelere ve yaşı büyük olan YÜT ile gebe kalanlara dikkat edilmesi gerektiği söylenebilir. (Tablo 6.3.6).

Yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların infertilite yaşama ve infertilite tedavi süreleri ile YÜT deneme sayıları arttıkça her üç trimesterde de gebelik ve eş ilişkisinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. 1. Trimesterde; infertilite tedavi süresi ve YÜT deneme sayısı arttıkça gebelerin psikososyal destek gereksinimlerinin arttığı bulunmuştur. Ölçeğin total puan ortalamasına göre tedavi süresi arttıkça gebelerin 1. ve 3. Trimesterdeki genel psikososyal sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır. YÜT deneme sayısı arttıkça da gebelerin her üç trimesterde de genel olarak psikososyal sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. (Tablo 6.3.7). Bu sonuçlar doğrultusunda GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalaması açısından infertilite yaşama ve infertilite tedavi süreleri ile YÜT deneme sayılarının azalmasının genel olarak gebelerin psikososyal sağlıklarında pozitif yönde etki ettiği söylenebilir.

7.4. Doğum ve Doğum Sonrasına Ait Bulguların Tartışılması

TNSA 2008 verilerinde sezaryen ile doğum hızının TNSA 2003 verilerine göre artış gösterdiği ve son beş yılda gerçekleşen doğumların %37'sinin sezaryen ile gerçekleştiği bildirilmiştir. Ayrıca doğu bölgesi hariç diğer bölgelerde sezaryen oranının %40'ın üzerine çıktığı, eğitim ve refah seviyesine göre artış gösterdiği ve en yüksek eğitim ve refah seviyesinde %60'ın üzerinde olduğu belirtilmektedir (116). Çalışmamızda primigravida gebeler doğumlarını %71.8 oranı ile normal doğum ile gerçekleştirirken, multigravida gebelerin %58.3 oranı ile sezaryeni tercih ettikleri ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların tamamının sezaryen ile doğum yaptıkları saptanmıştır (Tablo 6.4.1). İlk kez doğum eylemini tecrübe eden gebelerin normal doğumu tercih etmesi sevindirici bir durum olmakla birlikte bu sonuç bize Sağlık Bakanlığı'nın normal doğumu teşvik etmek için yaptığı

çalışmaların faydası olduğunu göstermektedir. Multigravida gebelerin sezaryen oranının daha yüksek olması ise bize mükerrer sezaryen olduğunu düşündürürken, yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların tamamının sezaryen ile doğumlarını gerçekleştirmesi bebeği zor elde ettikleri için normal doğum yapmaya korktuklarını düşündürmüştür. Araştırmamızla paralel olarak Seven'in (2008), infertilite tedavisi sonrası doğum yapan kadınlar üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasında gebelerin %92.3 oranıyla doğumlarını sezaryen ile gerçekleştirdikleri bildirilmektedir.

Sözeri'nin (2011) gebelerin psikososyal sağlıkları hakkındaki çalışmasında gebelerin tamamının doğum anında komplikasyon yaşamadıkları, Seven'in (2008), infertilite tedavisi sonrası doğum yapan kadınlar hakkındaki çalışmasında gebelerin %70'inin ve Eren'in (2007), postpartum depresyon hakkındaki çalışmasında da gebelerin %85.9'unun doğum sonu sorun yaşamadıkları bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarla benzer olarak bizim çalışmamızda da gebelerimizin büyük bir kısmının doğum anında ve doğum sonu komplikasyon yaşamadıkları saptanmıştır (Tablo 6.4.1).

Durukan ve arkadaşlarının (2011), gebeler üzerinde yaptığı çalışmasında gebelerin %87.9'unun ≥ 37 haftada doğum yaptıkları bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer olarak primigravida ve multigravida gebelerin gestasyon haftası olarak ortalama 39. haftada doğum yaptıkları, yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan gebelerimizin ise ortalama 38. haftada doğum yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 6.4.2). Çoğul gebeliği olan kadınların yaklaşık %50'sinin 37. haftadan önce doğum yaptıklarından (<http://ilgeliforum.com/cogul-gebelik-nedir-cogul-gebelik-nasil-gerceklestir-184529.0.html> Erişim tarihi: 22.01.2014). ve çalışmamızda yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların çoğul gebelik oranının diğer gruplara oranla daha yüksek olmasından dolayı YÜT gebeliklerin gestasyon haftalarının daha düşük olduğu düşünülmüştür.

Eren'in (2007), postpartum depresyon isimli çalışmasında gebelerin %82.5'inin doğum sonu depresyon yaşamadıkları bildirilmiştir. Çalışmamızda gebelerimizin doğumlarından 8 hafta sonra ruhsal durumlarını 1 ile 10 arasında puanlandırmaları istenmiş ve tüm gebelerin puan ortalamalarının 9'un üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Multigravida gebelerin puanlarının diğerk gruplara oranla daha düşük, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların ise daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 6.4.2). Bu sonuç bize yardımcı üreme tekniğı ile gebe kalan kadınların tüm yaşanan sıkıntılar ve zorlu bir süreç sonrası sağlıklı bir bebeğı kucaklarına almalarının ruhsal sağlıklarını olumlu yönde etkilediğini düşündürmüştür.

7.5. Sonuç ve Öneriler

Sonuçlarımız:

- Çalışmaya katılan gebelerin yarıya yakınının 25-30 yaş grubunda yer aldığı, öğrenimlerinin ortaokul ve lise düzeyinde yoğunluk kazandığı, çoğunluğunun gelir getiren bir işte çalışmadığı ancak tamama yakınının sosyal güvencesinin olduğu, büyük çoğunluğunun çekirdek aile yapısına sahip oldukları ve gruplar arasında yaş dışında diğerk tanıtıcı özellikler açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 6.1.1).
- Evlilik yıllarına göre primigravida ve multigravida gebelerin genellikle evliliklerinin ilk yıllarında gebe kaldığı fakat yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanlarda bu sürecin daha uzun olduğu ve gruplar açısından bu bağlamda anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 6.1.2).
- Gebelerimizin gebelik döneminde genellikle eşlerinden, doğum sonrası dönemde ise aile büyüklerinden destek aldıkları ve herhangi bir sorun ile karşılaştıklarında da yine eşleri ve yakınlarından destek aldıkları saptanmış, tüm özelliklerde gruplar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 6.1.3).
- Yardımcı üreme tekniğı ile gebe kalan kadınların infertilite tanısı aldıkları sürelerinin ortalama 4.5 yıl olduğu ve yaklaşık dört yıldır infertilite tedavisi gördükleri, ikinci veya üçüncü yardımcı üreme tekniğı denemelerinden sonra gebe kaldıkları belirlenmiştir (Tablo 6.1.4).
- Çalışmamızdaki gebelerin büyük bir kısmının tekil gebeliğe sahip oldukları, çoğul gebelik oranının ise 3. Grup olan yardımcı üreme tekniğı ile gebe

kalan kadınlarda daha fazla görüldüğü ve bu bağlamda gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 6.2.1).

- Gebe kalmanın önemlilik düzeyinin ve bebeğini kaybetme korkusunun yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınlar ve eşleri için diğer gruplara oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01-0.05$). Gebe kalmaya ilişkin sosyal baskı düzeyinin ise gruplar arasında anlamlı farklılık olmamakla birlikte multigravida gebelerde ve eşlerinde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 6.2.2).
- Gebelikte yaşanan şikayetlerin 3. Trimesterde genellikle artış gösterdiği ve bu şikayetleri yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 6.2.3 A ve B). Benzer şekilde gebelikte yaşanan risklerin de her üç trimesterde genellikle yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınlarda (ödem, hipertansiyon/preeklampsi, gestasyonel diyabet, EDT, vb.), sonrasında ise multigravida gebelerde (kanama, enfeksiyon, EDT, vb.) fazla oranda görüldüğü belirlenmiştir. Kümülatif olarak totalde gebelikteki trimesterlere göre risk yaşamının birinci trimesterde ve YÜT ile gebe kalanlarda anlamlı olarak daha yüksek oranda (%79.5) olduğu, 3. Trimesterde ise multigravida ve YÜT ile (sırasıyla; %91.7, %91.0) gebe kalanlarda anlamlı olmasa da oranların benzer şekilde yükseldiği bulunmuştur (Tablo 6.2.4 A ve B).
- GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamalarına göre her üç gruptaki gebelerin üç trimesterde de psikososyal sağlıklarının iyi ya da çok iyi düzeyde olduğu ve trimesterler açısından her üç grupta da bu puanın birinci trimesterden sonra 2. ve 3. Trimesterlerde azalma gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 6.3.1).
- Gruplar açısından trimesterlere göre gebelerin psikososyal sağlıklarına baktığımızda; 3. Gruptaki gebelerin tüm trimesterlerde GPSDÖ "Kaygı ve strese ait özellikler" ile 1. ve 3. Trimesterde "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalamalarının diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.01-0.001$). Doğal

yolla gebe kalan ve multigravida olan 2. Gruptaki gebelerin ise her üç trimesterlerde GPSDÖ "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler", "Aile içi şiddete ait özellikler", "Ailesel özellikler" ve "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişimlere ait özellikler" ile 2. Trimesterde "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyut puan ortalamaları ile total puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 6.3.1).

- Gebelerin gebelikleri süresince her üç trimesterdeki GPSDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları toplamının gruplara göre dağılımı incelendiğinde; ölçeğin "Kaygı ve strese ait özellikler" ile "Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler" alt boyutlarının 3. Grupta, diğer alt boyutlar ve totalin ise 2.Gruptaki gebelerde anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.01-0.001$) (Tablo 6.3.2).
- Yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların 1. Trimesterde risk yaşama durumlarının kendilerinde kaygı ve stres yarattığı ve de gebelik ve eş ilişkilerini etkilediği belirlenmiştir. Doğal yolla gebe kalan ve gebeliklerinde risk yaşamayan primigravida gebelerin GPSDÖ "Kaygı ve strese ait özellikler", "Aile içi şiddete ait özellikler", "Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler" alt boyutu ile total puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.3.3). 2. ve 3. Trimesterde de aynı şekilde risk yaşamayan primigravida gebelerde GPSDÖ "Kaygı ve strese ait özellikler" alt boyut puanının, 3. Trimesterde ise total puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur. 3. Trimesterde yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların gebeliklerinde risk yaşama durumunun ailesel özelliklerini etkilediği belirlenmiştir (Tablo 6.3.4-6.3.5).
- Çalışmamızdaki primigravida gebelerin ekonomik durumlarının iyi olmasının gebelik ve eş ilişkilerine yönelik psikososyal sağlıklarını pozitif yönde etkilediği, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların da ekonomik durumlarının iyi olmasının kaygı ve strese ve de ailesel özelliklere ilişkin psikososyal sağlıklarını pozitif yönde etkilediği saptanmıştır. Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda yaş

arttıkça psikososyal destek gereksinimlerinin arttığı ve de gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişimlere ait özellikler açısından psikososyal sağlıklarının bozulduğu/negatif etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 6.3.6).

- Yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların infertilite yaşama ve infertilite tedavi süreleri ile YÜT deneme sayıları artıkça her üç trimesterde de gebelik ve eş ilişkisinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. 1. Trimesterde; infertilite tedavi süresi ve YÜT deneme sayısı artıkça gebelerin psikososyal destek gereksinimlerinin arttığı bulunmuştur. Ölçeğin total puan ortalamasına göre tedavi süresi artıkça gebelerin 1. ve 3. Trimesterdeki genel psikososyal sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır. YÜT deneme sayısı artıkça da gebelerin her üç trimesterde de genel olarak psikososyal sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 6.3.7).
- Doğal yolla gebe kalan primigravida gebelerin doğumlarının %71.8 oranı ile normal vajinal doğum olarak gerçekleştiği, doğal yolla gebe kalan multigravida gebelerin %58.3'nün ve YÜT ile gebe kalan kadınların da tamamının doğumlarını sezaryen ile gerçekleştirdikleri belirlenmiştir ($p<0.001$). Doğum anında ve doğum sonunda gebelerimizin büyük bir kısmının komplikasyon yaşamadıkları saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 6.4.1).
- Doğal yolla gebe kalan primigravida ve multigravida gebelerin gestasyon haftası olarak ortalama 39. gestasyon haftasında doğum yaptıkları, YÜT ile gebe kalanların ise ortalama 38. gestasyon haftasında doğum yaptıkları belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 6.4.2).
- Gebelerimizin doğum sonu ruhsal sağlıkları herhangi bir ölçekle değerlendirilmemiş, sadece 1'den 10'a kadar ruhsal sağlıklarını puanlandırmaları istenmiştir. Bu veriye dayanarak elde ettiğimiz sonuca göre tüm gruptaki gebelerin puan ortalamalarının 9'un üzerinde ve çok iyi düzeyde olduğu, ancak doğal yolla gebe kalan multigravida gebelerin puanlarının diğer gruplara oranla daha düşük (9.25 ± 0.89), yardımcı üreme

teknikleri ile gebe kalan kadınların ise daha yüksek (9.77 ± 0.60) olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 6.4.2).

Çalışmada elde ettiğimiz sonuçlara göre önerilerimiz:

- Gebelerin yalnızca fiziksel olarak değil, psikososyal yönden de değerlendirilmesi için başta kadın sağlığı alanında çalışan ebe, hemşire ve hekimler olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin konuya ilişkin var olan bilgi ve becerilerinin uygulamaya dönüştürülmesi amacıyla hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi. Lisans ve lisansüstü eğitimlerde de bu konuya yönelik beceri odaklı eğitimlerin verilmesi.
- Klinik uygulama alanlarında (gebe izlem, aile sağlığı merkezleri, vb.) anne adaylarının gebelik sürecinde sadece fiziksel değil, psikososyal yönden değerlendirilerek izlenmesi, bunun rutin uygulamalar içine alınması ve bu konuda standardı sağlamak açısından da Sağlık Bakanlığı Gebe İzlem Protokolü içerisinde psikososyal sağlıkla ilgili değerlendirme verilerinin de eklenmesi yararlı olacaktır. Psikososyal sağlıkla ilgili verilerin değerlendirilerek puanlandırıldığı ve kayıt edildiği bir protokolde, psikososyal sağlığı kötü olan gebelerin profesyonel destek alınmasının sağlanması açısından danışmanlık verilmesi ve sevk sisteminin oluşturulması.
- Sonuçlarımız göre gebelerin psikososyal sağlıklarındaki etkilenmenin 2. ve 3. Trimesterde artmaya başladığı belirlendiğinden, bu anlamda da değerlendirmenin 2. Trimester itibarıyla yapılmaya başlanması.
- Yalnızca YÜT ile gebe kalan kadınların değil, doğal yolla gebe kalan multigravidaların psikososyal sağlıklarının üzerinde de önemle durulması.
- Gebelerin ekonomik durumlarının kötü olmasının eş ilişkilerini olumsuz etkilediği ve yaşları arttıkça psikososyal sorunları daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir. Bu bağlamda danışmanlık yapılırken gebelerin ekonomik durumlarının ve yaşlarının göz ardı edilmemesi önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Akbaş E. (2006). Gebe kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülümser Sertbaş).
2. Akdeniz F, Gönül S. (2004). Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2: 70-74.
3. Akgün S, Bakar C. (2006). Üreme sağlığı epidemiyolojisi: Türkiye’de doğurganlık ve aile planlaması. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi*, 3(1).
4. Akın A. (2008). Türkiye’de kadın çalışmalarında sağlık nerede? 1. Kadın Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Ankara.
5. Akın H. (2005). Kontrollü overyan hiperstimulasyon uygulanan infertil olgularda GNRH antagonist ve agonist uzun protokollerinin karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. Süha Sönmez).
6. Aktaş S, Yeşilçiçek ÇK, Dinçkol M, Kara H, Budak S, Güney S. (2009). Gebelikte depresyon, depresyona etki eden faktörler ve gebelik depresyonu ile sosyal destek arasındaki ilişki. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 459-460.
7. Aktürk F. (2006). Türk toplumunun yardımcı üreme tekniklerine bakışı. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Doç. Dr. Mehmet Yılmazer).
8. Amanak K, Kavlak O. (2013). Etik boyutu tartışılan yardımcı üreme teknikleri ve yasal düzenlemeler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(1): 68-75.
9. American Society for Reproductive Medicine. Infertility: An Overview A Guide for Patients Revised. (2012).

10. Amin M, Abdel-Kareem O, Takekida S. (2003). Up-date management of non-responder to clomiphene citrate in polycystic ovary syndrome. *Kobe J Med. Sci*, 49(3): 59-73.
11. Annagür B, Annagür A. (2012). Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3): 279-292.
12. Arı S. (2011). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi asistanları ve 6. sınıf öğrencilerinin üreme sağlığı hakkındaki bilgilerinin incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Isparta, (Danışman: Doç. Dr. A. Nesimi Kışoğlu).
13. Aşçı Ö, Beji N. (2012). İnfertilite danışmanlığı. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(2): 154-159.
14. Ataman H. (2007). Doğal ve infertilite tedavisi sonucu oluşan gebeliklerde psiko-sosyal bakım gereksinimleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Hediye Arslan).
15. Bahar L, Kahraman S, Akkuş M, Baykal T. (2012). Fertil kadınlar ve implantasyon başarısızlığı olan infertil kadınlarda endometriumun ince yapı ve immünohistokimyasal değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(2): 269-275.
16. Bakacak ZB. (2005). Antimüllarian hormonun IVF sikluslarında over rezarvini belirlemedeki rolü. SB. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
17. Barbieri RL. (2004). Female infertility. *Reproductive endocrinology, Pennsylvania: Elsevier Inc*, 5: 633-668.
18. Baybek H, Oflaslı F, Peker Ö. (2003). Muğla Devlet Hastanesi'nde yatan gebelerin doğum sonu egzersizler hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2).
19. Bayram G, Beji N. (2008). İnfertilitenin psikososyal etkileri açısından cinsiyet farklılıkları var mıdır? İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu. *Androloji Bülteni*, 35: 51-54.

20. Beatens P. (2002). Pregnancy after infertility treatment. ESHRE Monographs: *Guidelines for Counselling in Infertility*, 21-22.
21. Beck CT. (2001). Predictors of postpartum depression, an update. *Nursing Research*, 50(5):275.
22. Bell K. (2006). An overview of assisted reproduction in Avustralia and directions for social research. *Australian Journal of Emerging Technologies and Society*, 4(1): 15-27.
23. Berkiten A. (1999). Babaların gebelik ve doğum sürecine ilişkin beklenti ve katılımlarının anneler ve babalar tarafından değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Hediye Arslan).
24. Berktaş F. (2004). Kadınların insan haklarının gelişimi ve Türkiye. İstanbul Bilgi Üniversitesi, Sivil Toplum Kuruluşları Eğitim ve Araştırma Birimi, Sivil Toplum ve Konferans Yazıları, no:7.
25. Beydağ DK. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6): 474-484.
26. Bora A. (2008). Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı. 1. Kadın Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Ankara.
27. Chesney MA, Chambers DB, Taylor JM, Johnson LM, Folkman S. (2003). Coping effectiveness training for men living with hiv: Results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. *Psychosom Med*, 65(6): 1038-46.
28. Chukwu EN. (2003). Goodness through optimal dynamics of the wealth of nations. nonlinear analysis: *Real World Application*, 4: 653-666.
29. Cousineau T, Domar A. (2007). Psychological impact of infertility. *best. Practice&Research*, 21(2): 293-308.
30. Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol*, 117:126-131.
31. Çalık K, Aktaş S. (2011). Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1): 142-162.

32. Çıgırıkçı S. (2001). Durumsal kriz yaşayan ailelerin gereksinimlerinin ve bu gereksinimleri hemşirelerin anlayışının belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. D. Sever).
33. Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. (2006). Kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. 2. Baskı, Güneş Kitabevi Ltd. Şti. Öncü Basımevi.
34. Çoban A, Yanıkkereem E. (2010). Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. *Ege Tıp Dergisi*, 49(2): 87-94.
35. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: Factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *J PsychosomRes*, 47(6): 609-21
36. Davis B. (2001). Prenatal maternal Stress. *Nursing Research*, 15: 215-216.
37. Demiryay A. (2006). Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nihal Cengiz).
38. Denson V. (2006). Diagnosis and management of infertility. *J Nurse Pract*, 1: 380386.
39. Devran A, Doğan M, Mollamahmutoglu L. (2009). IVF tedavisi alan kadın hastaların yaşadığı psikososyal sorunlar. *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Dergisi*, 4(16): 588-592.
40. Dickens BM, Cook RJ. (2008). Multiple Pregnancy: Legal and ethical Issues. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 103: 270-274.
41. Doyurgan T. (2009). Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların uyum düzeyleri. Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mehmet E. Sardoğan).
42. Durukan E, İlhan M, Bumin M, Aycan S. (2011). 2 hafta - 18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Med*, 28: 385-393.

43. Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. (2005). Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21(1).
44. Dyer SJ. (2007). The value of children in africa countries- insights from studies on infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(2): 69-77.
45. Efe H. (2006). Gebeliğin kadın cinselliği üzerine etkileri. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Op. Dr. Ahmet Çetin).
46. Ekşi Z. (1999). 1. Trimesterde bebeğini kaybeden ve kaybetme riski olan kadınların kaygı düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Nuran Kömürcü).
47. Erdem Ö, Bucaktepe G, Özen Ş, Kara İ. (2010). Prepartum ve postpartum dönemde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Düzce Tıp Dergisi*, 12(3): 24-31.
48. Eren Tİ. (2007). Postpartum depresyon. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Dr. Refik Demirtunç).
49. Ertem G, Sevil Ü. (2009). Gebeliğin cinselliğe etkisi. *Dirim Tıp Gazetesi*, 1(85): 40-47.
50. Etiler N, Yavuz C. (2004). Sağlık reformlarının ana sağlığı hizmetleri üzerine etkileri: Ülke örnekleri. *Toplum ve Hekim*, 19(4): 285- 292.
51. Evans J, Heron J, Framcomb H. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 4:323(7307):257-260.
52. Faramarzi M, Alipor A, Esmaelzadeh S, Kheirkhah F, Poladi K, Pash H. (2008). Treatment of depression and anxiety in infertile women: Cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *J Affect Disord*, 108:159-164.
53. Genez D. (2002). Hamile kadınların kaygı düzeyleri. Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, (Danışman: Prof. Dr. Kurtman Ersanlı).

54. George SS, Gearge K, Irwin C. (2003). Squential treatment of metformin and clomiphene citrate in clomiphene-resistant women with polycystic ovary syndrome: a randomised, controlled trial. *Human Reproduction*, 18(2) 299-304.
55. Gezinç K, Çiçek NM, Çolakoğlu M, Çelik Ç, Çapar M, Akyürek C. (2004). İntrauterin inseminasyon uygulama zamanı ve sayısının gebeliğin oluşumuna etkisi. Perinatoloji ve Endokrinoloji Derneği, *Kadın Doğum Dergisi*, 2(4).
56. Gibson FL, Ungerer JA, Tennant CC, Saunders DM. (2000). Parental adjustment and attitudes to parenting after in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 73(3), 565-574.
57. Görgel E, Çakıroğlu F. (2007). Menopoz döneminde kadın. Ankara Üniversitesi Basımevi, ISBN: 978-975-01761-1-1.
58. Gözüyeşil E, Şirin A, Çetinkaya Ş. (2003). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9): 39-66.
59. Güleç G, Hassa H, Yalçın E, Yenilmez Ç. (2011). Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3): 166-176.
60. Hahn CS. (2001). Review: Psychosocial well-being of parents and their children born after assisted reproduction. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(8): 525-538.
61. Hjelmstedt A, Widström AM, Wramsby H, Collins A. (2003). Patterns of emotional responses to pregnancy, experience of pregnancy and attitudes to parenthood among ivf couples, a longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 24, 153-162.
62. İlhan HA. (2003). Overyan rezervi değerlendirmede bazal over hacmi ve antral folikül sayısının önemi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
63. Johnson RC, Slade P. (2003). Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship? *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 24(1): 1-14.

64. Karaçam Z, Öz F, Taşkın L. (2004). Postpartum depresyon: Önleme, erken tanı ve hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 14(3): 14-24.
65. Karataş T, Mete S. (2012). Gebelikte bulantı kusma sorunu yaşama durumu ile sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(2): 47-52.
66. Karataylı S. (2007). Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Konya, (Danışman: Doç. Dr. Ali Savaş Çilli).
67. Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sütçigil L, Özmenler KN. (2007). Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4): 311-22.
68. Karlsson E, Ostergren PO. (2003). Psychosocial factors, lifestyle, and fetal growth. the added value of both pre- and post-natal assessments. *European Journal of Public Health*, 13(3): 210-7.
69. Kaya T. (2005). İnfertil çiftlerle iletişim ve danışmanlıkta hemşirelik. 4.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, İnfertilite Hemşireliği Kursu, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Ankara.
70. Kesgin C, Topuzoğlu A. (2006). Sağlığın tanımı; Başa çıkma. *Journal of İstanbul Kültür University*, 3: 47-49.
71. Kılıç M, Apay S, Beji N. (2011). İnfertilite ve kültür. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(2): 109-115.
72. Kılıçarslan S. (2008). Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. E. M. Şahin).
73. Kırca N. (2011). İnfertilite tedavisinde başarılı olmuş kadınların tedavi sürecinde yaşadıkları psikososyal sorunların değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu).

74. Kısa C, Yıldırım SG. (2004). Gebelik; Postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *3P Dergisi*, 12(4): 7-30.
75. Kızılkaya Beji N, Yavan T, Dikencik K, Akın N, Dinç A. (2001). İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Emek Matbaacılık, 4.
76. Kitapçioğlu G, Yanıkekrem E, Sevil Ü, Yüksel D. (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(1): 47-54.
77. Klock SC. (2004). Psychological adjustment to twins after infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics*, 18(4), 645-656.
78. Koç G, Tezcan S. (2005). Gebelerin emzirmeye ilişkin tutumları ve emzirme tutumunu etkileyen bazı faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1-13
79. Koçyiğit O. (2012). İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsanbilim Dergisi*, 1(1): 27-38.
80. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1): 67-99.
81. Kuğu N, Akyüz G. (2001). Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1): 61-64.
82. Kuş C. (2008). İnfertilite durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nimet Sevgi Gençalp).
83. Lenzi A, Lombardo F, Salacone P, Gandini L, Jannini EA. (2003). Stres, sexual dysfunctions and male infertility. *J Endocrinol Invest*, 26 (3): 72-76.
84. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2): 71-76.

85. Mithwally MFM, Casper RF. (2003). Aromatase inhibition reduces gonadotropin dose required for controlled ovarian stimulation in women with unexplained infertility. *Human Reproduction*, 18(8): 1588-1597.
86. Nelson A. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric and Gynecologic Nursing*, 32(4): 465-77.
87. Oğuz H. (2004). İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. M Tosun).
88. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. (2003). Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4: 98-105.
89. Olshansky E, Sereika S. (2005). The transition from pregnancy to postpartum in previously infertile women, a focus on depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(6), 273-280.
90. Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Özçelik A. (2007). İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 140-148.
91. Özdeğirmenci Ö, Dölen İ. (2009). Yardımcı üreme teknikleri ve etik, A'dan Z'ye yardımcı üreme teknikleri. Palme Yayıncılık, 397-405.
92. Özvarış Ş, Ertan A. (2002). Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
93. Özvarış Ş. (2008). Toplumsal cinsiyet-Sağlık ilişkisi ve Türkiye'de durum. 1. Kadın Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Ankara.
94. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Hum Reprod*, 21(9): 2443-9.
95. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH. (2003). Examining congruence between partner's perceived infertility-related stress and it's relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42(1):59-70.
96. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*, 55:227-239.

97. Potur D. (2003). İlk gebelikte beden imajının algılanma durumunun değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu).
98. Repokari L, Punamaki RL, Unkila-Kallio L, Vilks S, Poikkeus P, Sinkkonen J, Almqvist F, Tiitinen A, Tulppala M. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated art couples and their controls. *Human Reproduction*, 22(5), 1481-1491.
99. Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ. (2005). Comphell üroloji. Çeviren: Anafarta MK., Yaman MÖ. Güneş Kitapevi Ltd. Şti., 8. Baskı, 2. Cilt, İstanbul. s. 1437-1587.
100. Roupa Z, Polikandrioti M, Sotiropoulou P, Faras E, Koulouri A, Wozniak G, Gourni M. (2009). Causes of infertility in women at reproductive age. *Health Science Journal*, 3:2.
101. Sağ V. (2001). Tarihsel süreç içerisinde Türk kadını ve Atatürk. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(1).
102. Seven M. (2008). İnfertilite tedavisi sonrası doğum yapan kadınlarda postpartum depresif belirtilerin incelenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sağ. Yb. Aygül Akyüz).
103. Sevil Ü, Özhan N. (2004). Adölesan gebelerin kaygı düzeylerinin ve prenatal risk faktörlerinin incelenmesi. *Kadın Doğum Dergisi*, 3(2): 443.
104. Sevindik F. (2005). Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. Ferdane Oğuz Öncül).
105. Sözeri C. (2011). Gebelikte psikososyal sağlığın değerlendirilmesinin doğum sonu depresyonu belirlemedeki etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hatice Yıldız).

106. Steenhout P, Hubinant C. (2012). Perinatal mortality in multiple pregnancy. ISBN: 978-953-51-0659-3, 73-100.
107. Şentürk V. (2008). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Kriz Dergisi*, 16(1): 25-34.
108. Şimşek E. (2008). Sağlık Bakanlığı'nın adölesan sağlığına yaklaşımı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 23-27.
109. Şirin A. (2008). Kadın sağlığı. Bedray Yayıncılık Ltd. Şti. Birinci Baskı. ISBN: 978-605-5989-07-1.
110. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2009). Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, Ankara, ISBN 975-590-132-9.
111. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1998). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. World Health Organization, Bakanlık Yayın No: 814, ISBN: 978-975-590-361-3.
112. T.C. Sağlık Bakanlığı.(2010). Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik
113. Taşkın L. (2002). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Genişletilmiş V. Baskı, Sistem Ofset, Ankara.
114. Tummers P, Sutter P, Dhont M. (2003). Risk of spontaneous abortion in singleton and twin pregnancies after IVF/ICSI. *Human Reproduction*, 18(8):1720-1723.
115. Türkiye İstatistik Kurumu (2012).
116. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
117. Uludağ A, Ünlüoğlu İ. (2012). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 4(3): 19-26.
118. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. (2000). T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Üçüncü Basım, Cilt I, Damla Yayıncılık, Ankara.

119. Ünal S, Kargın M, Akyüz A. (2010). İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5): 481-486.
120. Yahşi S. (2010). Primer infertil kadınlarda psikososyal sorunların IVF başarısı üzerine etkileri. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Kocaeli, (Danışman: A. Tamer Eker).
121. Yanıkerem E, Kavlak O, Ümran S. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11: 4.
122. Yıldırım M. (2000). Klinik infertilite. Ankara, Eryılmaz Ofset, 2. Baskı.
123. Yıldız H. (2011). Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1): 63-74.
124. Yılmaz A. (2003). Kullanılan kontraseptif yöntemlerin kadınların cinsel fonksiyonu üzerine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hatice Yıldız Eryılmaz).

9. EKLER

Ek 1. Hasta Tanılama Formu

Soru No	İçerik	İtem	Kolon
1	Gebelik şekli () 1. Doğal yolla gebelik (primigravida) () 2. Doğal yolla gebelik (multigravida) () 3. Yardımcı üreme tekniği (YÜT) ile gebelik a) Kaç yıldır bu sorunu yaşıyorsunuz? (.....) b) Kaç yıldır tedavi görüyorsunuz? (.....) c) Kaçınıcı deneme sonrası gebelik oluştu? (.....)	1-3	1
2	Gebelikteki fetüs sayısı () 1. Tekil gebelik () 2. Çoğul gebelik	1-2	2
3	Yaş (.....)		3
4	Evlilik süresi (.....)		4
5	Öğrenim durumu () 1. Okur yazar değil / Okur yazar () 2. İlkokul () 3. Ortaokul () 4. Lise () 5. Yüksekokul / Üniversite	1-5	5
6	Çalışma durumu () 1. Çalışan () 2. Çalışmayan	1-2	6
7	Sosyal güvence durumu () 1. Var () 2. Yok	1-2	7
8	Ekonomik durumu (Kadının ifadesine göre) () 1. Gelir giderden az () 2. Gelir giderden fazla () 3. Gelir gidere denk	1-3	8
9	Aile durumu () 1. Çekirdek aile () 2. Geniş aile	1-2	9
10	Gebelik süresince ihtiyaç duyduğunuzda en çok kimden yardım/destek alırsınız? () 1. Yardım alabileceğim kimse yok () 2. Aile büyükleri () 3. Kardeşlerim () 4. Eşim () 5. Arkadaşım () 6. Diğer (.....)	1-6	10
11	Doğumdan sonra destek alabileceğiniz kişi ya da kişiler var mı? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz) () 1. Yardım alabileceğim kimse yok () 2. Aile büyükleri () 3. Kardeşlerim () 4. Arkadaşlarım () 5. Profesyonel bakıcı () 6. Diğer (.....)	1-6	11

12	<p>Herhangi bir sorunla karşılaştığınızda sorun çözmede nasıl bir davranış gösterirsiniz?</p> <p>() 1. Desteksiz hiçbir şeyi çözemem () 2. Yardım aramam, kendim çözerim () 3. Eşimden ya da yakınlarımdan açıkça yardım isterim () 4. Ağlama, öfkelenme gibi duygusal tepkilerle yardıma ihtiyaç duyduğumu göstermeye çalışırım () 5. Diğer (.....)</p>	1-5	12
13	<p>Gebe kalmanın, çocuk sahibi olmanın sizin için önemlilik düzeyi nedir? (1-Hiç, 10-Çok fazla)</p> <p>Siz 1 _____ 10</p> <p>Eşiniz 1 _____ 10</p>	1-10	13
14	<p>Gebe kalma, çocuk doğurma konusunda üzerinizde sosyal baskı oluştu mu?</p> <p>() 1. Evet () 2. Hayır *cevabınız “evet” ise baskı size göre ne düzeydeydi işaretleyiniz. (1-Hiç, 10-Çok fazla)</p> <p>1 _____ 10</p>	1-2	14
15	<p>Bu baskının sizi ve eşinizi etkileme düzeyi nedir? (1-Hiç, 10-Çok fazla)</p> <p>Siz 1 _____ 10</p> <p>Eşiniz 1 _____ 10</p>	1-10	15
16	<p>Gebeliğinizde bebeğinize herhangi bir şey olması ya da kaybedeceğiniz korkusu yaşama düzeyiniz nedir? (1-Hiç, 10-Çok fazla)</p> <p>1 _____ 10</p>	1-10	16

17	Bu gebeliğinizin sorunlu, sıkıntılı geçme düzeyi nedir? (1-Hiç, 10-Çok fazla) FİZİKSEL AÇIDAN 1 _____ 10 DUYGUSAL AÇIDAN 1 _____ 10 SOSYO-EKONOMİK AÇIDAN 1 _____ 10	1-10	17
18	Kendinizi anneliğe hazır hissetme durumunuz? (1-Hiç, 10-Çok fazla) 1 _____ 10	1-10	18
19	Aile yaşamı ve ev sorumluluklarınızı yerine getirebilme düzeyiniz? (1-Hiç, 10-Çok fazla) 1 _____ 10	1-10	19
20	Doğum hakkında korku yaşama düzeyiniz? (1-Hiç, 10-Çok fazla) 1 _____ 10	1-10	20

Gebelikte Yaşanan Şikayetler / Sorunlar ve Yaşama Düzeyi

ŞİKAYETLER	1.TRİMESTER Hafif(H) Orta(O) Şiddetli(Ş)	2.TRİMESTER Hafif(H) Orta(O) Şiddetli(Ş)	3.TRİMESTER Hafif(H) Orta(O) Şiddetli(Ş)
Sık idrara çıkma, İdrar yaparken yanma/ağrı			
Mide yanması			
Kas krampları			
Solunum sıkıntısı, Nefes darlığı			
Bulantı-kusma			
Uyku sorunu			
Sırt-bel- Omuz ağrısı			
Baş ağrısı / Migren			
Çarpıntı / Göğüs ağrısı			
Kaşıntı, ciltte döküntü vb .cilt sorunları			
Abdominal / Pelvik ağrı			
Vücutta bazı bölgelerde renk değişikliği, çatlaklar			
Kilo alımı, vücut şeklinin, görüntüsünün bozulması			
İştahta azalma			
Yorgunluk / Halsizlik			
Gaz / Distansiyon/Kabızlık			

Ek 2. Risk Değerlendirme Formu

Aşağıdaki tüm soruları okuyarak, evet için “✓” hayır için “-“ işareti koyunuz.

- () 1. Önceki gebeliklerde intrauterin ex
() 2. 3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü
() 3. Anomalili fetüs öyküsü
() 4. Üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon (*Myomektomi, septum ameliyatı, konizasyon, klasik CS servikal serklaj vb.*)

Mevcut Gebelik

- () 5. Mevcut veya daha önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu
() 6. Pelvik kitle
() 7. Anemi öyküsü

Genel Tıbbi Öyküsü

- () 8. Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı

Gebelikte Yaşanan Riskler	1.TRİMESTER Hafif(H) Orta(O) Şiddetli(Ş)	2.TRİMESTER Hafif(H) Orta(O) Şiddetli(Ş)	3.TRİMESTER Hafif(H) Orta(O) Şiddetli(Ş)
Kanama			
Ödem			
Yüksek tansiyon ya da Preeklampsi/eklempsi			
Gestasyonel diyabet			
Hemoroid			
Enfeksiyon			
EMR			
EDT			
Düşük tehdidi			
Plasental anomaliler			
Hiperemezis			
Servikal yetmezlik			
İntrauterin gelişme geriliği			
Diğer (.....)			

Ek 3. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme leği

Tarih:

Gebelik haftası/ayı:

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

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

Katılımınız için teşekkür ederiz.

<i>Aşağıdaki maddeler “ok fazla”dan “hiç” ifadesine kadar derecelendirilmiştir. Lütfen her bir maddede sizin duygu, düşünce ve genel durumunuzu en iyi- en uygun olarak tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz</i>					
	çok Fazla	Fazla	Orta	Az	Hiç
1. Gebeliğinizin planlı/istenen bir gebelik olduğuna ilişkin inancınız					
2. Gebe olduğunuzu ğrendiğinizdeki mutluluk düzeyiniz					
3. Gebeliğinize ilişkin şu andaki mutluluk düzeyiniz					
4. Gebeliğinizde yaşadığınız sorun/sıkıntılarınız					
5. Eşinizin gebeliğinizle ilgili mutluluk düzeyi					
6. Eşinizin gebeliğinizde size gösterdiği ilgi					
7. Ailelerinizin gebeliğinize yönelik davranışlarının sizi olumsuz etkilemesi					
8. Gebeliğinizde eşinizin sizi her yönden desteklediği/ destekleyeceği inancınız					
9. Gebeliğinizde duygusal destek ihtiyacınız					
10. Gebeliğinize yönelik endişe/ stres düzeyiniz					

11. Anne olmaya yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
12. Gebeliğinize ya da anne olmanıza yönelik korku/panik duygusu					
13. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızdaki değişim düzeyi					
14. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızda yaptığımız değişikliklerden olumsuz etkilenme düzeyiniz					
15. Gebeliğinizde vücudunuzda oluşan değişikliklerin sizde yarattığı stres/kaygı düzeyi					
16. Doğumdan sonra bebeğinizin bakımında alabileceğiniz destek düzeyi					
17. Doğumdan sonra kendi bakım ve ihtiyaçlarınızda alabileceğiniz destek düzeyi					
18. Evlilik ilişkinizde kendinizi mutlu hissetme düzeyiniz					
19. Bebeğin doğumuyla birlikte evlilik ilişkinizin daha iyi olacağına inancınız					
20. Eşinizin size değer vermesi/ saygı göstermesi					
21. Evliliğinizin devamına ilişkin kaygı/korku düzeyiniz					
22. Eşinizden çekinme, korkma düzeyiniz					
23. Eşinizden fiziksel şiddet (itme, vurma vb.) görme					
24. Eşinizden sözel, psikolojik şiddet (aşağılama, hakaret, küçük düşürme vb.) görme					
25. Eşinizden cinsel şiddet (zorla cinsel ilişki, zarar verme vb) görme					
26. Eşinizin aile, akraba, arkadaş vb. ile görüşmelerinizi kısıtlaması					
27. Eşinizin sizi rahatsız eden/kaygılandırıcı zararlı alışkanlıkları (sigara, alkol, kumar vb)					
28. Şu anda yaşamınızdaki stres, sıkıntı düzeyi					
29. Şu anda maddi/ekonomik sorun yaşama durumunuz					
30. Gebelik öncesi veya şu anda tedavi gerektirecek düzeyde yaşadığınız psikolojik (ruhsal) sorunlar					

31. Kendi ailenizle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
32. Eşinizin ailesiyle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
33. Aileniz tarafından sevildiğiniz inancı					
34. Eşiniz tarafında sevildiğiniz inancı					
35. Ailenizin size her konuda destek olduğu/ olacağı düşüncesi					
36. Çocuğunuza iyi bir bakım verebilme kaygısı					
37. Çocuğunuza iyi bir gelecek sağlama kaygısı					
38. Eşinizin iyi bir baba (ilgili, sorumluluk sahibi vb.) olacağına yönelik kaygınız					
39. Doğumdan sonra sosyal yaşantınızın olumsuz etkileneceği endişesi					
40. Her şeyin kötü gittiği/gideceği düşüncesi (inancı)					
41. Nedenini bilemediğiniz sıkıntı, endişe, üzüntü, mutsuzluk hissi					
42. Gebeliğinizde rahat ve güvende olma hissiniz					
43. Gebeliğinizde sorunlarla baş etme yolu olarak sigara, alkol vb madde kullanmanız					
44. Gebeliğiniz nedeniyle iş yaşamınızda olumsuz değişikliklerin (işinizi yada işinizdeki statüü kaybetme vb) olduğuna/ olacağına ilişkin endişeniz					
45. Eşinizin iş değiştirme, bırakma ya da iş kaybı yaşamasına yönelik endişeniz					
46. Gebeliğiniz nedeniyle sosyal yaşamınızın (arkadaşlık, eğlence, gezi, tatil vb.)olumsuz etkileneceği/ etkilendiği inancınız					

Ek 4. Doğum Sonu Değerlendirme Formu

SORU NO	İÇERİK	İTEM	KOLON
1	Doğum sonu kaçınıcı ayda anket yapıldı? (.....)		1
2	Kaçınıcı gebelik haftasında doğum yaptınız? (.....)		2
3	Doğum şekliniz nedir? () 1.Normal doğum () 2.Sezaryen doğum	1-2	3
4	Doğum anında komplikasyon yaşadınız mı? () 1.Evet () 2.Hayır *cevabınız “evet” ise açıklayınız. (.....)	1-2	4
5	Doğum sonu komplikasyon yaşadınız mı? () 1.Evet () 2.Hayır *cevabınız “evet” ise açıklayınız. (.....)	1-2	5
6	Ruhsal sağlık açısından kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (1-Çok kötü, 10 Çok iyi) 1 10 -----	1-10	6

Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Çalışmanın Adı: Doğal ya da yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan kadınların trimesterlere göre psikososyal sağlıkları

Gebelik ister doğal isterse yardımcı üreme teknikleri ile meydana gelsin anne karnında bebeğin varlığı, gebeliğe özgü fizyolojik değişiklikler, aile ve sosyal yaşamda meydana gelen farklılıklar bu süreçteki psikososyal tepkilerin kaynağını oluşturmaktadır. Bu çalışma, doğal ya da yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların trimesterlere göre gebeliklerindeki psikososyal sağlıklarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmada yer almanız sizin için hayati bir risk taşımamaktadır. Verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve yalnızca araştırmacı tarafından bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bu çalışma karşılığı sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size de çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Siz bu çalışmaya katılma ya da katılmama veya istediğiniz zaman çalışmayı bırakma hakkına sahipsiniz. Sorulara vereceğiniz samimi ve doğru cevaplar gebelerin psikososyal sağlıklarının daha iyi olması için neler yapılabileceği konusunda rehber olacaktır.

İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı:
Gülfidan KESKİN

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum

İsim Soyisim İmza:



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ZEYNEP KAMIL KADIN ve ÇOCUK HASTALIKLARI
EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ



BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL TARİH / NO	4667/ 16.02.2012
	PROTOKOL ADI	"Doğal ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda emmelerine göre psikososyal sağlığını."
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANIADI	Doç.Dr. Semih TUĞRUL
	ARAŞTIRMA YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANIADI	Yard. Doç. Dr. Hatice YILDIZ, Ebe Gülşadan KESKİN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	BAŞVURULAN BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu
	DESTEKLEYİCİ FIRMA	YOK
	FAZİ	YOK
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 8	Tarih: 24.02.2012
	Doç.Dr. Semih TUĞRUL'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen tek merkezli araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği amaç, kapsam ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etki sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu üyelerinin oy birliği / çokluğu ile karar verilmiştir.	

BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KLAVUZU
ÜYELER	

Unvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Başkan Doç. Dr. Ayşenur CELAYİR	Çocuk Cerrahisi	ZKH	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Züleyha AYSU SAY	Çocuk Sağ.ve Hast.	ZKH	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Aktuğ ERTEKİN	Kadın Hast.ve Doğ.	Özkalın Üniversitesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Güner KARATEKİN	Neuroloji Hast.	ZKH	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Hülya CABADAK	Biyo fizik Uzmanı	Marmara Üniversitesi	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr. Ayten ARIKAN	Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Uzmanı	Yeni Yüzyıl Üniversitesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yard.Doç.Fulya İçin GÖNENÇ	Hekim Uzmanı	Marmara Üniversitesi	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uzm.Dr. Mutlu Şeyda ÖCALMAZ	Endokrin Hastalıkları ve Mikrobiyoloji	ZKH	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Eczacı Umut İŞİK	Eczacı	ZKH	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Başhekimine Yrd. Yeliz DOĞAN MERİH	Başhekimine Yrd.	ZKH	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gülfıdan	Soyadı	Keskin
Doğum Yeri	Osmaniye	Doğum Tarihi	07.07.1984
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	64168393572
E-mail	bagriacik.g@gmail.com	Tel	0 542 550 70 77

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	2008
Lise	Çemberlitaş Kız Lisesi	2003

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Eğitim Hemşiresi	İnnovex	2014-
Eğitim Hemşiresi	Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri	2013-2013
Uzman	Acıbadem Sigorta	2011-2013
Ebe	Kadıköy Acıbadem Hastanesi	2008-2011

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Zayıf	Zayıf

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
MS Office	İyi
SPSS for Windows	Orta

