



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI
MERKEZİNE KAYITLI ANNE ADAYLARININ
GEBELİKLE İLGİLİ KAYGI VE FETAL SAĞLIK
DENETİM ODAĞI DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Rabia Nur ERYAZAR
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN**

ADANA-2024



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI
MERKEZİNE KAYITLI ANNE ADAYLARININ
GEBELİKLE İLGİLİ KAYGI VE FETAL SAĞLIK
DENETİM ODAĞI DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Rabia Nur ERYAZAR
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN**

ADANA-2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana yol gösteren, bilgi ve deneyimlerini cömertçe paylaştan, akademik yolculuğumun her adımında yanımda olan, karanlık yolumu aydınlatan, bazen bir anne şefkati ile sarıp sarmalayan tez danışmanım, kıymetli hocam Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN'a derin şükranlarımı sunmak isterim. Rehberliğinde, yalnızca akademik anlamda değil, hayatın her alanında öğrenme ve gelişmenin önemini daha derinden anladım. Bilimsel bilgiye duyduğu bağlılık ve öğrencilerine verdiği değeri her an hissettirdiği için minnettarım. Yaptığı katkılar, sadece bu tezin değil, tüm akademik yolculuğumun yapı taşlarını oluşturdu. Tez sürecimin zorluklarını aşarken yanımda olması, gösterdiği sabır ve güven, bana ilham kaynağı oldu.

Aile hekimliği asistanlığı sürecimde ilk hocam, bana bu branşı sevdiren, asistanlarını bir baba gibi kucaklayan, bilgi ve tecrübesi ile hayatıma yön veren değerli hocam Prof. Dr. Mustafa ÇELİK'e ayrıca teşekkür ederim.

Üzerimde emeği olan değerli hocalarım Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR, Prof. Dr. Esra SAATÇI, Prof. Dr. Hatice KURDAK, Prof. Dr. Ersin AKPINAR, Doç. Dr. İsmail ARSLAN, Doç. Dr. Duygu YENGİL TACI, Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Yelda ÖZER ve Öğr. Gör. Dr. Ayşe Nur TOPUZ'a,

Tanımdan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma ve bölüm personeline, tez yazım sürecimde her an ulaşabildiğim ve bana teknik, motivasyonel destek sağlayan Dr. Bahadır ERGÜN'e, dostum kız kardeşim Dr. Derya GÜZELKAYA'ya,

Sonsuzluğa uğurladığım, tüm başarılarımın mimarları kanatsız meleğim, altın kalpli, güzel anneciğim Züleyha DOĞAN'a, doğruluğu, adaleti ve başarılarını örnek aldığım canım babacığım İrfan DOĞAN'a, biricik kardeşim İbrahim Emir DOĞAN'a çok teşekkür ederim.

Hayat dayanağım, canım kardeşim Ali Burak DOĞAN'a ve canıma can katan, gurur kaynağım, her şeyim, yoldaşım, sırdaşım, sevgili eşim Dr. Batur ERYAZAR'a,

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Rabia Nur ERYAZAR

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLolar LİSTESİ	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
KISALTMALAR LİSTESİ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kadın Ruh Sağlığında Gebelik Döneminin Önemi	3
2.2. Gebelik Sürecindeki Psikolojik Değişiklikler.....	4
2.3. Gebelikle İlişkili Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları.....	8
2.3.1. Risk Faktörleri.....	12
2.3.2. Yüksek Anksiyete Düzeyinin Anne ve Çocuk Sağlığına Etkileri	12
2.4. Fetal Sağlık Denetim Odağı	14
2.5. Gebelikle İlişkili Anksiyetenin Yönetiminde Aile Hekiminin Rolü	16
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	24
3.3. Araştırma İçin Alınan İzinler.....	24
3.4. Verilerin Toplanması.....	25
3.5. Veri Toplama Araçları	25
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	27
4. BULGULAR	28

5. TARTIŞMA.....	45
5.1. Birinci Basamaktan Hizmet Alan Gebelerin Gebelikle İlgili Kaygı Durumları Nasıldır?	45
5.2. Birinci Basamaktan Hizmet Alan Gebelerin Gebelikle İlgili Kaygı Durumlarının Sosyodemografik Ve Gebelik Özellikleri İlişkisi Nasıldır?	46
5.3. Birinci Basamaktan Hizmet Alan Gebelerin Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Durumları Nasıldır?	53
5.4. Birinci Basamaktan Hizmet Alan Gebelerin Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Durumlarının Sosyodemografik ve Gebelik Özellikleri İlişkisi Nasıldır?	54
5.5. Birinci Basamaktan Hizmet Alan Gebelerin Gebelikle İlgili Kaygı Durumları İle Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Arasında İlişki Var Mıdır?	58
5.6. Birinci Basamaktan Hizmet Alan Gebelerin Gebelikle İlgili Kaygılarına Yönelik Danışmanlık Alma Gereksinimleri Nasıldır?	58
5.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri.....	61
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	63
6.1. Sonuçlar.....	63
6.2. Öneriler.....	65
7. KAYNAKLAR	66
8. EKLER.....	86
8.1. Aydınlatılmış Onam Formu.....	86
8.2. Anket Formu	87

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	28
Tablo 2. Katılımcıların gebelik özelliklerine göre dağılımı	30
Tablo 3. Katılımcıların sigara, alkol, çay-kahve kullanım durumları.....	31
Tablo 4. Katılımcıların gebelikte sigara, alkol, çay-kahve kullanımı konusunda endişe durumları.....	32
Tablo 5. Katılımcıların gebelikte tetanoz, grip ve COVID aşılarının yapılması konusunda endişe durumları.....	32
Tablo 6. Katılımcıların PHQ2 Depresyon Ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı.....	33
Tablo 7. Katılımcıların PHQ2 Depresyon Ölçeği kesme değerine göre risk durumları.....	33
Tablo 8. Katılımcıların gebelikte ve/veya doğacak bebekle ilişkili kaygıları için yardım veya tavsiye arama durumları ve kimden yardım/tavsiye aldıklarına ilişkin yanıtların dağılımı.....	34
Tablo 9. Katılımcıların gebelikte ve/veya doğacak bebekleri ile ilişkili kaygıları için aile hekimlerinden destek isteme durumları.....	34
Tablo 10. Katılımcıların anne karnındaki bebek sağlık denetim odağı ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı	34
Tablo 11. Anne karnındaki bebek sağlık denetim odağı ölçeği alt boyut puanları	35
Tablo 12. Katılımcıların gebelikte ilişkili anksiyete ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı	36
Tablo 13. Gebelikte ilişkili anksiyete ölçeği toplam ve alt boyut puanları	37
Tablo 14. Katılımcıların GİA ve AKBSDO puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması.....	38
Tablo 15. Katılımcıların GİA ve AKBSDO puanlarının gebelik özelliklerine göre karşılaştırılması.....	40
Tablo 16. Katılımcıların GİA ve AKBSDO puanlarının sigara, alkol, çay-kahve kullanım durumlarına göre karşılaştırılması.....	41
Tablo 17. Katılımcıların GİA ve AKBSDO puanlarının PHQ2 Ölçeği risk grubuna göre karşılaştırılması.....	41
Tablo 18. Katılımcıların GİA ve AKBSDO ölçek puanlarının korelasyon analizleri	42
Tablo 19. Katılımcıların gebelikte tetanoz, grip, COVID aşılarının yapılması konusundaki endişe durumları ilgili puanların GİA ve AKBSDO puanları ile korelasyon analizleri.....	44

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sekil No

Sayfa No

Şekil 1. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri ve özellikleri 17



KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji)
AKBSDO	: Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı
CES-D	: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FHLC	: Fetal Health Locus of Control (Fetal Sağlık Denetim Odağı)
GİA	: Gebelikle İlişkili Anksiyete
GİAÖ	: Gebelikle İlişkili Anksiyete Ölçeği
PAS	: Pregnancy Anxiety Scale (Gebelik Kaygısı Ölçeği)
PrA	: Pregnancy-related Anxiety (Gebelikle İlişkili Kaygı)
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Anne Adaylarının Gebelikle İlgili Kaygı ve Fetal Sağlık Denetim Odağı Durumlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada birinci basamaktan hizmet alan anne adaylarının gebelikle ilgili kaygı ve fetal sağlık denetim odağı durumların değerlendirilmesi ve bu konuda danışmanlık alma gereksinimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte planlanan çalışmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezindeki dört birime kayıtlı gebeler oluşturdu (N=121). Çalışma 15.10.2023-15.12.2023 tarihleri arasında herhangi bir nedenle merkeze başvuran ve çalışmayı kabul eden 110 gebe ile yürütüldü. Verilerin toplanmasında sosyodemografik bilgiler, gebelik özellikleri ilgili soruları içeren anket formu, “Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği” ve “Gebelik ile İlişkili Anksiyete Ölçeği” uygulandı.

Bulgular: Yaş ortalaması $28,9 \pm 4,6$ (18-39) yıl olan katılımcıların Gebelik ile İlişkili Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması $59,68 \pm 13,83$ olarak bulundu. Test değeri alınabilecek puanın %50’si olarak kabul edildiğinde ölçek ortalama puanının daha düşük olduğu saptandı ($p < 0,001$). Katılımcıların %16,4’ü gebelikle ve/veya doğacak bebekleri ile ilişkili kaygıları için hiçbir yardım aramadığını belirtirken, “Aile hekiminizden bu konuda destek almak ister misiniz?” sorusuna katılımcıların %36,4’ü olumlu yanıt verdi. Gebelikle İlişkili Anksiyete Ölçeği toplam puanı ile sağlık denetim odağı alt boyut puanları arasında bir ilişki saptanmadı. Ancak alt boyutlarından “doğuma yönelik tutumlar” ile “güçlü diğerlerine bağlı sağlık denetim odağı” puanları arasında “tıbbi personele yönelik tutumlar” alt boyut puanı ile içsel, şansa bağlı ve güçlü diğerleri sağlık denetim odağı puanları arasında negatif yönde zayıf-orta derecede ilişki bulundu ($p < 0,05$).

Sonuç: Merkezimize kayıtlı gebelerin çalışmanın yapıldığı dönemdeki gebelik ile ilişkili kaygı düzeyleri yüksek bulunmamakla birlikte her 10 gebeden yaklaşık 8’inin gebelikle ve/veya doğacak bebekleri ile ilişkili kaygıları için yardım arayışında olduğu saptanmıştır. Her üç gebeden birinin aile hekiminden bu konuda destek almak istediği bulgusu göz önüne alındığında gebe izlemlerinde anne adaylarının kaygılarını gidermeye yönelik girişimlerde bulunulması ve ileri araştırmalarda anne adaylarının aile hekimlerinden özellikle hangi konularda ve hangi yöntemlerle destek istediklerine yönelik araştırmalar yapılması önerilir.

Anahtar Sözcükler: Aile hekimliği, gebelik, gebelikle ilişkili anksiyete, fetal sağlık denetim odağı

ABSTRACT

Evaluation of Pregnancy-Related Anxiety and Fetal Health Locus of Control in Expectant Mothers Registered at Çukurova University Education Family Health Center

Aim: This study aims to evaluate pregnancy-related anxiety and fetal health locus of control in expectant mothers receiving primary healthcare services, and to determine their need for counseling on these issues.

Materials and Methods: The population of this cross-sectional study consisted of pregnant women registered in four units at the Çukurova University Education Family Health Center (N=121). The study was conducted with 110 pregnant women who visited the center for any reason and agreed to participate, between 15.10.2023 and 15.12.2023. Data were collected using a questionnaire form covering sociodemographic information and pregnancy characteristics, as well as the 'Health Locus of Control Scale for the Fetus' and the 'Pregnancy-Related Anxiety Scale'.

Results: The mean age of participants was 28.9 ± 4.6 years (range 18-39), and the mean total score of the Pregnancy-Related Anxiety Scale was found to be 59.68 ± 13.83 . When the test value was considered as 50% of the possible score, the average scale score was found to be lower ($p < 0.001$). While 16.4% of the participants stated that they had not sought any help regarding pregnancy-related or baby-related concerns, 36.4% responded positively to the question, 'Would you like to receive support on this issue from your family physician?' No relationship was found between the total score on the Pregnancy-Related Anxiety Scale and the subscale scores for health locus of control. However, a weak to moderate negative correlation was found between the 'attitudes toward birth' and 'powerful others' health locus of control' subscales, as well as between the 'attitudes toward medical personnel' subscale score and the internal, chance, and powerful others health locus of control scores ($p < 0.05$).

Conclusion: Although the pregnancy-related anxiety levels of the pregnant women registered at our center were not found to be high during the study period, it was determined that approximately 8 out of 10 were seeking help for concerns related to pregnancy and/or their unborn babies. Considering the finding that one in three pregnant women expressed a desire for support from their family physician on this issue, it is recommended that interventions to address the concerns of expectant mothers be incorporated into prenatal care. Future research should also investigate the specific topics and methods of support expectant mothers seek from their family physicians.

Keywords: Family medicine, pregnancy, pregnancy-related anxiety, fetal health locus of control

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelikle ilgili kaygı, bir kadının gebeliği, doğumu, fetüsün veya bebeğin sağlığını ve gebelikle ilgili sosyal ve mali konuları içeren korku, endişe veya kuşkuyu ifade eder.¹ Gebelikle ilgili kaygının çok boyutlu olduğu ve bunun ülke ve bağlama göre değiştiği bildirilmiştir.² Düşük ve orta gelirli ülkelerde gebelikle ilgili kaygı üzerine daha az araştırma yapılmış olmasına rağmen, nitel çalışmalar, yüksek gelirli ülkelerle karşılaştırıldığında bazı farklılıklar olduğunu öne sürmektedir.³ Düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelerdeki gebelerin aksine, maternal mortalite, yeterli sağlık hizmetlerine erişim, yüksek gelirli ülkelerde ise beden imajı, fetus kaybı, ebeveynlik ve çocuk bakımının bazı yönleri gebelikle ilgili kaygı kaynakları olarak saptanmıştır.³ Yüksek perinatal kaygı, artmış maternal mortalite, preterm doğum, çocuklarda bozulmuş bilişsel fonksiyon, düşük doğum ağırlığı, zayıf maternal bağlanma ve daha düşük çocuk sağlığı ve gelişimi ile ilişkili bulunmuştur.⁴⁻⁸

Anne ve bebek sağlığını etkileyen faktörlerden biri de anne adaylarının sağlık inanç ve tutumlarıdır. Doğum öncesi bakımın kalitesinin artırılması için anne adaylarının sağlık inanç ve davranışlarının anlaşılmasının ve buna uygun hareket edilmesinin gerektiği vurgulanmaktadır.⁹⁻¹³ Sağlık inanç ve davranışlarını anlamada ve açıklamada önemli kavramlardan biri olan “kontrol odağı” sosyal öğrenme kuramında ilk kez Rotter tarafından kullanılmıştır.¹⁴ Yaşamları üzerinde kişisel olarak kontrol sahibi olduklarına inananlar içsel kontrol odağına sahip olarak tanımlanırken, yaşamlarının başka bir şey (başka insanlar, kader, şans veya Tanrı gibi) tarafından kontrol edildiğine inananlar ise dış kontrol odağına sahip olarak tanımlanmaktadır.¹⁵ Labs ve Wurtele, güçlü içsel inançlara sahip olmayan kadınların, doğmamış çocuklarının sağlığını riske atabileceğini öne sürmüş, daha sonraki araştırmalar, dış inançlara sahip kişilerin hamilelik sırasında daha fazla risk aldığını ve içsel inançlara sahip hamile kadınların yaşam tarzlarını değiştirme ve pozitif sağlığı benimseme olasılıklarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.¹⁵

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelerde kaygı düzeyini saptayan birçok çalışmaya rastlanmıştır.¹⁶⁻¹⁹ Ancak bunların çoğunda genel anksiyete ölçekleri kullanılmış gebeliğe özgü kaygı alanları değerlendirilmemiştir. Gerek uluslararası gerekse ulusal birçok çalışmada gebeliğe bağlı kaygıların değerlendirilmesinin ve

danışmanlık verilmesinin önemi ve gerekliliği ortaya konmuş olmasına rağmen ülkemizde birinci basamakta bu konuda yapılan çalışmaların sınırlı olduğu dikkati çekmiştir. Oysa ülkemizde gebe izlemlerinin yapıldığı birinci basamak hem sorunun tespiti hem de çözümü için sayısız fırsata sahiptir. Ayrıca anne adaylarında gebelikle ilgili kaygı ile fetal sağlık denetim odağı ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada birinci basamaktan hizmet alan anne adaylarının gebelikle ilgili kaygı ve fetal sağlık denetim odağı durumların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca gebelerin kaygılarına yönelik danışmanlık alma gereksinimlerinin belirlenmesi ve buna yönelik girişimlerde bulunulması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadın Ruh Sağlığında Gebelik Döneminin Önemi

Kadın sağlığı, aile ve toplum sağlığını doğrudan etkilemesi nedeniyle sağlık hizmetlerinde öncelikli konulardan biridir. Kadınların, intrauterin dönemden başlayarak çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık süreçleri boyunca erkeklere kıyasla daha fazla risk faktörüne maruz kaldıkları bildirilmiştir. Dünya genelinde kadınlar, şiddet, yoksulluk ve aşırı iş yükü gibi olumsuz deneyimlerle karşılaşmakta ve bu durum psikolojik sorunların daha yaygın hale gelmesine yol açmaktadır.²⁰

Kadınlara özgü en yaygın sağlık sorunlarının, genellikle üreme çağında ve üreme ile ilgili özellikler nedeniyle ortaya çıktığı bildirilmiştir.²¹ Özellikle hormonal değişiklikler yaşanabilecek sorunları etkileyebilmektedir. Kadınların hormonal durumları ile ruhsal durumları arasındaki ilişki, Hipokrat döneminden beri ilgi çekmektedir. On dokuzuncu yüzyıldan itibaren menstruasyon ile davranış değişiklikleri arasındaki ilişki hem deneysel hem de klinik açıdan incelenmektedir. Menarş, gebelik, doğum ve menopoz, bir kadının yaşamındaki en önemli dönemlerdir.²²

Kadınların yaklaşık %90'ı hayatları boyunca en az bir kez gebe kalmaktadır. Gebelik, bir kadının hayatına dair birçok noktada bakış açısını değiştiren ve kadınların sağlığı, refahı ve sosyal rolleri açısından potansiyel olarak önemli etkileri olan bir olaydır.^{23,24} Son adet döneminin ilk gününden itibaren 280 gün veya 40 hafta olarak hesaplanan gebelik sürecinde kadın vücudu doğuma hazır hale gelir. Döllenmenin hemen ardından başlayan ve gebelik süresince devam eden anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler hem annenin hem de fetüsün sağlığını korumak, metabolik ihtiyaçları karşılamak ve doğum sürecine uygun anatomik ile fizyolojik adaptasyonları sağlamak amacıyla gerçekleşir.^{25,26}

Gebelik süreci, üç ana döneme ayrılır:

- **Birinci Trimester (0-14 hafta):** Bu dönem, gebeliğin ilk üç ayını kapsar. Döllenme gerçekleşir, embriyo rahme yerleşir ve hızlı bir gelişim sürecine başlar.
- **İkinci Trimester (15-27 hafta):** Bu aşamada fetüsün organları gelişim gösterir ve işlevsel hale gelir. Anne, gebelikle ilgili fiziksel belirtileri daha belirgin bir şekilde hissetmeye başlar.

- **Üçüncü Trimester (28 ve üzeri hafta):** Bu, gebeliğin son üç ayıdır ve bu süreçte fetus doğuma hazırlanmaya başlar. Bebek, doğum pozisyonunu alırken anne de doğuma yönelik fiziksel hazırlık yapar.²⁷⁻²⁹

Gebelik, psikolojik, fizyolojik ve duygusal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir ve genellikle anne adayları için bir mutluluk dönemi olarak algılanmaktadır. Bu süreç, kadın için neşe, tatmin, olgunlaşma, öz yeterlilik ve mutluluk kaynağı olabilmekle birlikte; aynı zamanda endişe, kaygılı bir beklenti ve yüklenme gibi olumsuz duyguları da beraberinde getirebilir.²² Kadın, bu değişimlere uyum sağlama konusunda zorluk yaşayabilir. Bu nedenle, gebelik süreci bazen kadın ve ailesi için bir kriz dönemi haline gelebilir.³⁰ Bu kriz dönemi, gelişim fırsatları sunabileceği gibi uyum güçlüğü yaratan bir sorun haline de gelebilir. Eğer bu sorun çözülmezse, duygusal baskılar artarak bireyin kaygı ve depresyon yaşamasına yol açabilir.³¹

2.2. Gebelik Sürecindeki Psikolojik Değişiklikler

Gebelik, kadın için çok boyutlu anlamlar taşımaktadır. Bu süreçte gebelerin tepkileri mutluluk, iğrenme, öfke, kaygı, korku ve depresyon gibi çeşitli duygularla ifade edilebilir. Bu duyguların ortaya çıkmasında, gebeliğe uyum süreci önemli bir rol oynamaktadır. Uyum süreci, her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine bağlı olarak farklılık gösterebilir. Örneğin; çocukluk anıları, annesiyle olan ilişkisi, kadınlık rolüne dair algısı (bağımlı, bağımsız, aşırı verici, paylaşılan gibi), benlik kavramı, önceki annelik deneyimleri (kardeşlere bakma gibi), çevresindeki olumlu veya olumsuz rol modelleri, gebeliğini planlama durumu, gebeliği kadınlığın bir kanıtı olarak görme anlayışı ve sosyoekonomik koşullar, annenin gebeliği kabullenmesinde belirleyici faktörler arasında yer almaktadır.^{25,32}

Her gebelik, planlı ya da plansız olsun, bilinçli ve bilinçdışı motivasyonlarla şekillenmektedir. Bu motivasyonlar arasında sevmek, sevgi görme, narsistik ihtiyaçlar, yetiştirme arzusu, kadınlığın onaylanması ve bazen kayıpların telafisi yer almaktadır. Ancak bu durumlar, endişe, kaygılı beklenti ve psikolojik yüklenmelere de yol açabilir. Gebelik, ambivalans ve çatışmalarla birlikte, olgunlaşma potansiyeli sunan normal bir gelişim deneyimi olarak değerlendirilebilir.^{33,34}

Gebelik sürecinde her trimesterin kendine özgü bir psikolojik uyum süreci olduğu belirtilmektedir. Bu süreçte meydana gelen değişiklikler aşağıda sunulmuştur.

Birinci Trimester Birinci trimesterde karşıt duyguların hâkimiyeti gözlenir. Bu dönem, genellikle gebeliğe ve yeni duruma uyum sağlama süreciyle ilişkilidir. Kadının aile yapısı, iş durumu, partneriyle olan ilişkisi ve gebeliğin getireceği yeni zorluklar ve gereksinimler, gebelik durumuna verilen tepki üzerinde etkili faktörlerdir. Menstruasyonun kesilmesi, mide bulantıları, yorgunluk hissi ve genel sağlık durumu iyi olmasına rağmen kendini rahatsız hissetmesi, kadının ambivalan (çelişkili) duygular yaşamasına yol açabilir. Bu fiziksel rahatsızlıklar, zaman zaman kadının gebeliği istememesine neden olabilir. Bu dönem, genellikle gebeliğe dair çok az sevinç duyulan bir süreç olarak tanımlanır. Ancak, diğer yandan kadın, bu süreçte sağlıklı olduğuna inanmak ve gebeliğinin sorunsuz ilerlediğini öğrenmek ister. Gebe kadın, yalnızca kendisi değil, çevresindeki önemli kişiler tarafından da hamileliğinin fark edilmesini ve bu durumun istenmiş olduğunu bilmek ister. Bu da gebelik sürecindeki kadının desteğe olan ihtiyacını açık bir şekilde ortaya koyar. Bu desteğin sağlanması, hekim ve aile üyeleri tarafından üstlenilmesi gereken önemli bir sorumluluk olarak değerlendirilir. Fetüse yönelik psikolojik bağlanma ise uterus içinde başlar ve çoğu kadında ikinci trimesterin başına kadar fetüsle zihinsel bir bağ kurulur. Doğumdan önce bile fetüs, bağımsız bir varlık olarak hissedilir ve ona belirli bir kişilik atfedilir. Annelerin büyük bir kısmı doğmamış çocuklarıyla konuşurlar. Bu emosyonel iletişim, sadece erken dönemde anne-bebek bağlanmasını değil, aynı zamanda annenin sağlıklı bir gebelik sürdürmek için sigara ve kafein gibi zararlı alışkanlıklardan vazgeçme çabalarını da yansıtır. Psikoanalitik teorilere göre, fetüs, annenin umutlarını ve korkularını yansıtan bir boş ekran gibi algılanır.^{25,33,34}

İkinci Trimester İkinci trimesterde yaşanan fiziksel değişiklikler, kadının ambivalan duygularının hızla ortadan kalkmasına katkı sağlar. Bu dönemde kadının enerjisi giderek artar; daha sağlıklı ve iyi hisseder, olumlu duygular geliştirmeye başlar. Kadın, hamilelik görünümünü tam anlamıyla kazanmış olur. İkinci trimester, genellikle ebeveynler için mutluluk dönemi olarak kabul edilir. Yorgunluk ve mide bulantısı gibi rahatsızlıklar azalır, bu dönem gebeliğe psikolojik ve fiziksel uyumun başladığı bir zaman dilimi olarak öne çıkar. Anne adayı, artık bebeğin sağlığına odaklanır, hamilelik gerçeğini ve hayatına getireceği değişiklikleri kabullenir.

İkinci trimesterde fetüsün hareketlerinin hissedilmeye başlandığı ve “kuking” (quickening) olarak adlandırılan süreç devreye girer. Bu, kadının dikkatini içsel

dünyasına yöneltmesine neden olur. Kadın, karnında bir canlı hissettiğini ifade eder. İlk etapta, fetüsü kendi bedeninin bir parçası olarak görürken, hamileliğin ilerleyen dönemlerinde bebeğin kendinden bağımsız bir varlık olduğunu kabul etmeye başlar. Kadın, bebeği ayrı bir birey olarak tanıdıkça, annelik rolünü de daha çok benimser. Birinci trimesterde yaşadığı sorunları çözmüş olan kadın, bu dönemde daha dengeli bir psikolojik duruma ulaşır.^{25,36}

Üçüncü Trimester Son trimesterde anne adayları bebeği ile iletişim kurmaya başlar. Bir yandan anne adayının günlük yaşamı kısıtlanırken diğer yandan da bebeğine kavuşmak için sabırsızlanır. Doğum ile ilgili merak artar. Üçüncü trimesterde, hareket kısıtlılığına rağmen annelik duygularının güçlenmesiyle, annelerin doğacak çocuklarına karşı daha korumacı davrandıkları düşünülmektedir. 32. haftadan itibaren engelli bir bebek doğurma, zor bir doğum geçirme, doğum ağrısı yaşama, ölüm korkusu ve iyi bir anne olamayacağı endişesi gebelerde anksiyete ve strese yol açabilir. Bu dönemde kadın, çevresindeki insanları daha dikkatli davranmaları konusunda uyarma eğilimindedir. Fetüsün hareketleri bu dönemde kuvvetli tekmelere dönüşür. Bebeğin fiziksel ve duygusal anlamda eve kabulü için hazırlıklar yapılır. Bebeğin reddedilmesi, kadının kendisinin reddedildiği şeklinde algılanabilir. Ayrıca, kadın bu dönemde eşinin hamilelik, doğum ve bebekle ilgili duygularını ve düşüncelerini paylaşmasını bekler. Aile üyelerinin desteği daha da önem kazanmaktadır. Anne adayına her anlamda destek sağlanması gerekmektedir. Anne adayının, doğumunu gerçekleştireceği sağlık kuruluşuna ve doktoruna güven duyması, doğum ve bebek ile ilgili kaygılarının azalmasını sağlar.³⁷

Kadın, bebeğin sağlıklı olup olmayacağı ve doğumun sorunsuz gerçekleşip gerçekleşmeyeceği konusunda endişeler taşır. Doğum sırasında yaşayacağı acının düşüncesi dahi gebe kadında yoğun kaygıya neden olabilir. Bu süreçte kadın, bir an önce doğum yapıp sağlıklı bir şekilde bebeğine kavuşmayı arzulamaktadır.^{25,38-40}

Üzerinde durulan bir konu da hamileliğin sonlarına yaklaştıkça kadının ruhsal durumu üzerine önemli tehditlerden biri olan doğum korkusunun belirlenmesidir. Doğum korkusu; biyolojik (ağrıya ilişkin korkular), psikolojik (kişilik özellikleri, geçmişte yaşanan travmatik olaylar ve gelecekte annelik rolüne dair endişeler), sosyal (destek sistemlerinin yetersizliği, ekonomik kısıtlılıklar) ve ikincil nedenlere (önceki doğum deneyimlerinden kaynaklanan kaygılar) bağlı olarak gelişebilir.⁴¹ Literatür taramaları, doğum korkusunun düşük eğitim ve sosyo-ekonomik düzey, sosyal destek

eksikliği, eşle yaşanan ilişkisel sorunlar,⁴² sağlık profesyonellerinin yeterli danışmanlık sağlamaması, doğuma ilişkin belirsizlikler, yabancı bir ortamda yalnız kalma kaygısı,^{41,42} doğum odasında duyulan çığlıklar ve çevreden işitilen olumsuz doğum deneyimlerinden⁴⁴ kaynaklanabileceğini ortaya koymaktadır.⁴¹⁻⁴³ Doğum korkusunun, gebelik sürecindeki psikososyal sağlığı, doğum sürecini ve doğum sonrasını olumsuz etkileyebileceği literatürde belirtilmektedir. Özellikle gebeliğin son trimesterinde artan doğum korkusu, kadının bu özel dönemi huzursuzluk ve gerginlik içinde geçirmesine yol açabilir.⁴⁵ Doğum esnasında yoğun doğum korkusu yaşayan kadınlarda, kasılmaların daha şiddetli algılanması, etkisiz kontraksiyonların oluşması ve buna bağlı olarak doğum eyleminin uzaması gözlenebilir.⁴⁶ Doğum sonrası dönemde ise doğum korkusunun postpartum depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik etkiler,⁴⁵ cinsel işlev bozuklukları,⁴⁷ gelecekteki doğumlara ilişkin olumsuz düşünceler ve anne-bebek ilişkisinde bozulmalar ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.^{45,47}

Ağrı korkusu, doğum korkusunun temel nedenlerinden biri olarak yaygın şekilde tanımlanmıştır. Doğum sırasında analjezik ilaçlara erişim sağlayabilen kadınlar dahi bu süreci olumsuz bir deneyim olarak algılama ve doğum sonrası dönemde ciddi duygusal dengesizlikler yaşama eğiliminde olmuştur. Bu durum, Batı toplumlarında “ağrı korkusu” ifadesinin, aslında daha karmaşık bir korku durumunu kültürel olarak yansıtmının kabul gören bir yolu olabileceğini düşündürmektedir.⁴⁸⁻⁵²

Gebelikte doğum korkusu, aşırı boyutlara ulaştığında “tokofobi” olarak tanımlanmaktadır. Tokofobi; doğum ve sancı fobisi olarak tanımlanır. Bu durum başlangıçta ilk hamilelikte ortaya çıkabileceği gibi, ilk doğumda yaşanan olumsuz bir deneyimin etkisiyle daha sonraki doğumlarda da ortaya çıkabilir. Olumsuz bir deneyim sonucu ortaya çıkan doğum fobisine sekonder tokofobi denir.^{45,53} Tokofobi nedeniyle isteğe bağlı sezaryen isteyen kadın sayısı bilinmemektedir. Ekim 2001’de yayımlanan Ulusal Sezaryen Doğum Denetim Raporu, İngiltere ve Galler’deki doğumların %21,5’inin sezaryenle yapıldığını; bu sezaryenlerin %7’sinin tıbbi bir neden olmaksızın annenin isteğiyle gerçekleştiğini ortaya koymuştur.⁵⁴ Gamble’ın araştırması, hastaların çoğunlukla tokofobi nedeniyle sezaryen doğumu tercih ettiklerini göstermiştir.⁵⁵

Gebelik dönemi, birçok insan için özel bir zaman dilimi olarak kabul edilse de yenidoğan çocuğunu kucağına almayı bekleyen anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından riskli bir süreç olmaktadır. Gebelerde görülen

fizyolojik değişiklikler, hızlı hormonal değişimlerin varlığı ve duygu durumu ile diğer psikiyatrik sendromların ortaya çıkmasının bir nedeni olarak öne sürölmektedir.⁵⁶

Özellikle yaşı küçük gebeler, evliliğe uyum sağlamakta güçlük çeken, ciddi aile içi problemleri olanlar, eşi ölmüş, boşanmış, eşinden ayrı yaşayan, sosyal desteği zayıf olan, ekonomik sorunları olan, stresli yaşantıya sahip, plansız ve istenmeyen bir şekilde gebe kalan, bebekte belli bir cinsiyet beklentisi içinde olan, tedavi yöntemleri kullanılarak oluşın gebeliği olan, gebelikle beraber ek tıbbi bir sorunu olan, daha öncesinde geçirilmiş olumsuz gebelik öyküsü (düşük, ölü doğum, zor doğum) olan, gebelikle birlikte psikiyatrik hastalıkları olan anne adaylarının psikolojik açıdan uzman desteği alması önerilmelidir.³⁷

2.3. Gebelikle İlişkili Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete (kaygı), Latince “anxietas” kelimesinden türemiş olup, zihinsel sıkıntı, rahatsızlık, endişe ve eziyet gibi anlamlara gelmektedir. “Anxietas”, daralma ve baskı anlamına gelen “angh” kökünden gelmektedir ve çeşitli dillerde benzer anlamlar taşır. Türk Dil Kurumu sözlüğünde ise kaygı, endişe ve tasa kavramları ile örtüşmektedir. Anksiyete, korku, gerginlik ve endişe gibi subjektif olarak hissedilen bir duygu olup, bireyin bütönlüğünü tehdit eden herhangi bir durumda ortaya çıkabilir. Özellikle akut anksiyete, fizyolojik belirtiler (örneğin, bulantı, kusma, ishal, sık idrara çıkma) ve davranışsal bozukluklara yol açabilir. Anksiyete, genellikle belirgin olmayan ve çok boyutlu bir deneyimdir. Bu durumdaki bir birey, “duygusal ya da psikolojik” olarak adlandırılan korku, heyecan, huzursuzluk, panik ve yaklaşın tehlike hissinin yanı sıra başka belirtiler de yaşar. Anksiyete temel olarak bir duygusal durum olmakla birlikte, her türlü anksiyete haline genellikle üç ana ögenin eşlik ettiği gözlemlenir.

İlk öge, bedensel (somatik) belirtilerdir. Anksiyetenin yol açtığı çarpıntı, terleme, kasılmalar, sinirlilik, gevşeyememe, uykusuzluk gibi fiziksel semptomlar görölebilir. Hiperventilasyon meydana geldiğinde ise kandaki karbondioksit seviyeleri düşer ve bu durum baş dönmesi, sersemlik, ellerde ve ayaklarda kasılmalar, çeşitli vücut bölgelerinde uyuşma veya karıncalanma gibi belirtilere yol açabilir. Hiperventilasyon, anksiyeteyi dengelemeye çalışın bir savunma mekanizmasıdır. Kas gerginliği baş ağrıları, sırt ağrıları gibi fiziksel rahatsızlıklara neden olabilir.

İkinci öge, bilişsel boyuttur. Anksiyete bozukluklarında, bireyin düşünceleri genellikle “tehlike odaklı” olup, var olan kaygıyı tetikleyen ve sürdüren unsurlar içerir.

Üçüncü öge ise davranışsal boyuttur. Anksiyetenin dışı vurumuyla birey, kendisinde huzursuzluk yaratabilecek olaylar, yerler veya durumlardan kaçınma eğilimindedir. Kaçınma davranışı bazen oldukça yoğun olabilir ve birey bu duruma zorlandığında, panik atak boyutuna ulaşan şiddetli bir anksiyete atağı yaşayabilir. Bu anksiyete öğeleri, sebep-sonuç ilişkisi içinde birbirine bağlıdır ve farklı anksiyete bozukluklarında çeşitli derecelerde rol oynarlar.⁵⁷⁻⁶¹

Anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %4,1 ile %6,6 arasında değişmekte olup, bu rahatsızlığa sahip bireylerin doktora başvuru oranı diğer hastalık gruplarına kıyasla iki kat daha yüksek bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre küresel olarak kadınlarda anksiyete görülme sıklığı, erkeklere göre yaklaşık 2 kat daha yaygındır. Bu durumla ilişkili üç faktör üzerine daha çok durulmuştur Birincisi, kadınlar erkeklerden daha uzun yaşama eğilimindedir ve bu da onları yaşamları boyunca daha fazla sağlık sorununa maruz bırakır. İkincisi, çeşitli bölgelerde yapılan araştırmalar kadınların erkeklerden daha sık ruhsal sağlık semptomları yaşadığını göstermektedir. Üçüncüsü, kadınların üreme sağlığı sorunlarıyla karşılaşma olasılığı daha yüksektir ve bu da stres ve anksiyete seviyelerini artırabilir. Ek olarak, yaşamın farklı evrelerinde kadınlarda görülen daha yüksek anksiyete ve depresyon oranları genellikle yoksulluk ve cinsiyet ayrımcılığına atfedilir.^{20,25,62}

Genellikle anksiyete belirtileri yavaş yavaş artar ve zamanla şiddetini artırır. Başlangıç yaşı genellikle 20 yaşından öncedir ve alevlenme ve düzelleme dönemleriyle ilerleyen kronik bir seyir izler. Yaşam boyunca erkeklerin %19’u, kadınların ise %31’i anksiyete bozukluklarının çeşitli türlerini deneyimlemektedir.^{35,61-64}

Kaygı, hamilelik sırasında yaygın bir ruh sağlığı sorunudur.^{65,66} Her biri farklı klinik sunumlara sahip çeşitli kaygı bozukluğu kategorileri mevcuttur ve DSM-V tarafından tanınmıştır. Gebelik, yaygın anksiyete bozukluğu gibi bazı kaygı bozukluklarının daha yüksek oranlarıyla ilişkili olmasına rağmen,^{67,68} hamilelik sırasında kaygıdaki önemli miktardaki değişim, yaygın anksiyete ile açıklanamaz veya depresyonla birlikte görülen bir hastalık olarak açıklanamaz.^{69,70} Bu nedenle, gebelik ilişkili kaygı (PrA), diğer yaygın ruh sağlığı sorunlarının kapsamına tam olarak girmeyen, bağımsız bir yapı olarak değerlendirilir. Huizink ve arkadaşları 2004 yılında,

gebelikle ilişkili kaygı ile genel kaygı ve depresyon arasındaki ilişkileri incelemiş ve erken ve orta gebelik döneminde fetal sağlık ve doğumla ilgili kaygılardaki değişimlerin yalnızca %8-27'sinin genel kaygı ve depresyonla açıklanabildiğini bulmuşlardır. Geç gebelik döneminde ise herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon (CES-D) ölçeği ile altı maddeden oluşan bir PrA ölçeği üzerinde yapılan faktör analizinde, PrA'nın depresyondan bağımsız bir yapı olduğunu desteklemektedir.⁷⁰ Bu kanıt, genel anksiyetenin tek başına değerlendirilmesinin gebeliğe özgü anksiyeteyi hafife alabileceğini ve PrA'nın genel anksiyete veya depresyondan ayrı bir kavram olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir.⁷¹

Gebelikle ilişkili kaygının zayıf kavramsallaştırması nedeniyle ölçülmesi ve değerlendirilmesi sınırlı kalmıştır.¹ Gebelik sırasında anksiyete, zayıf anne sağlığı, olumsuz doğum sonuçları ve çocukların yaşamları boyunca olumsuz davranışsal ve biyolojik gelişimi ile ilişkilidir.⁷²⁻⁷⁴ Ancak, gebelik sırasında yaygın anksiyete ölçümleri, fetal sağlık ve doğum sonuçlarındaki değişikliklerin yalnızca küçük bir kısmını açıklama eğilimindedir.¹ Gebelikle ilgili anksiyetenin, genel anksiyetelerden ve depresyondan benzersiz ve farklı olan gebelikle ilgili anksiyete tarafından daha iyi yakalanan gebelik sırasında anksiyete bileşenleri var gibi görünmektedir.^{69,72,75} Örneğin, kendiliğinden erken doğum üzerine yapılan çok merkezli prospektif bir kohort çalışmada Kramer ve arkadaşları Kanada'daki 5337 kadın arasında çok sayıda stres faktörü ve psikolojik sıkıntı ölçüsünü incelemişler, tıbbi ve obstetrik riskler, gebelik riski algısı ve depresyon için ayarlama yapıldıktan sonra, yalnızca PrA'yı tutarlı ve bağımsız bir şekilde kendiliğinden erken doğumla ilişkili bulmuşlardır.⁷⁶

Çalışmalar, hamile kadınların yetersizlik korkusu ve doğum sırasında ağrı ve kontrol kaybı endişeleri, kendi hayatlarından ve bebeklerinin hayatından korkma ve hamilelik ve doğum nedeniyle kişisel hayatlarında değişiklikler olması konusunda endişeler gibi belirli ve yoğun korkular yaşayabileceğini öne sürmektedir.⁷⁷ Wadhwa ve diğerlerinin^{78,79} çalışması, doğum sonucunun öngörücüsü olarak genel kaygıdan ziyade gebelik kaygısının rolüne dair kanıt sunmaktadır.⁷⁸

Birkaç çalışma, gebelikle ilgili belirli korku ve endişeleri ve gebelik kaygısının yapısını sistematik olarak değerlendirmiştir. Burstein ve arkadaşları tarafından 1970'lerin başında Gebelik Kaygısı Ölçeği (PAS) oluşturulmuştur.⁸⁰ Doğumdan sonra retrospektif olarak toplanan PAS'ın orijinal maddeleri üzerinde gerçekleştirilen daha

sonraki bir doğrulayıcı faktör analizi, gebelik kaygısının üç boyutlu bir modelini önermiştir: ‘gebe kalma kaygısı’, ‘doğum kaygısı’ ve ‘hastaneye yatma kaygısı’.⁸¹ Standley ve arkadaşları, nullipar gebe kadınlarda gebeliğin son ayında bir genel kaygı ve beş belirli gebelik kaygısının (fiziksel kaygı, fetüsün bütünlüğüyle ilgili kaygı, doğum kaygısı, çocuk bakımı kaygısı ve bebek besleme kaygısı) varlığına ilişkin veri elde etmişlerdir. Belirli gebelik kaygılarının iki boyutta kümelenebileceğini göstermişlerdir: ‘gebelik ve doğumla ilgili kaygı’ ve ‘gelecekteki ebeveynlikle ilgili kaygı’.⁸² Gebelikte gözlenen fizyolojik durumların birçoğu anksiyete belirtilerine çok benzediğinden, gebe kadınlarda anksiyete bozuklukları maskelenmektedir.⁸³

Anksiyete bozukluklarının prevalansının hamilelik sırasında genel popülasyona ve doğum sonrasına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.⁸⁴⁻⁸⁶ Otuz dört farklı ülkeden 221.974 kadını içeren bir meta-analiz çalışmasında, perinatal dönemde kaygı belirtilerinin ilk trimesterde %18,2, ikinci trimesterde %19,1 ve üçüncü trimesterde %24,6 oranında görüldüğü tespit edilmiştir. Hamilelik sırasında anksiyete bozukluğunun prevalansı %15,2 olarak rapor edilmiştir. Doğum sonrası dönemde ise anksiyete belirtilerinin %15,0, anksiyete bozukluğu tanısının ise %9,9 olduğu belirlenmiştir.⁷² Ülkemizde yapılan araştırmalar, gebelerde anksiyete bozukluklarının orta düzeyde olduğunu, son yıllarda gebelerde depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunların arttığını göstermektedir.^{87,88} Yücel ve ark. araştırmasına göre, birinci trimesterdeki gebe kadınların %13,5’inde anksiyete bozukluğu, %21,6’sında ise anksiyete ile birlikte depresif bozukluk olduğu tespit edilmiştir.¹⁹

Hamilelik öncesi anksiyete bozukluğunun türü ile anksiyete konusu arasında da bir ilişki bulunmuştur. Örneğin panik bozukluğu tanısı alan kadınlarda bebek ölüm korkusunun daha belirgin olduğu, spesifik fobileri olan hastalarda ise epidural anestezi korkusunun daha belirgin olduğu bildirilmektedir. Gebelik öncesi semptomların şiddetine göre gebelik seyri değişmekle birlikte panik bozukluğunun özellikle ikinci trimesterde arttığı gösterilmiştir. Gebeliğe bağlı olarak vücut su tutulumu ve sıvı hacmindeki artışın, kardiyovasküler değişikliklerin abartılı yorumlanmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.⁸⁹⁻⁹²

2.3.1. Risk Faktörleri

Perinatal anksiyete bozukluğu üzerine yapılan araştırmalarda çeşitli risk faktörleri ve öngörücü etmenler saptanmıştır, ancak bazı çalışmalarda bu bulgular çelişkili olabilmektedir. Bazı araştırmalarda, perinatal anksiyete bozukluğu için risk faktörleri arasında ilk doğum, çoklu doğumlar, düşük gelir düzeyi, genç yaş ve yetersiz sosyal destek yer almıştır.⁹³ Arch ve ark. perinatal anksiyete için risk faktörlerini etnik köken, evli olmamak, genç yaş, düşük eğitim düzeyi, ilk gebelik ve düşük sosyo-ekonomik durum olarak bildirmişlerdir.⁹⁴ Ayrıca birçok çalışmada, geçmişte ruh hali ya da anksiyete bozukluğu öyküsüne sahip olmanın en güçlü öngörücü olduğu belirlenmiştir.⁹⁵⁻⁹⁷

Gebelikte anksiyete riskini artıran faktörlerden biri çocukluk döneminde istismar öyküsü iken, postpartum anksiyete için ise gebelikte uyku sorunları yaşanması, annelikle ilgili işlevsel olmayan mükemmeliyetçilik ve stresli yaşam olayları risk faktörleri arasında gösterilmektedir.^{93,98}

Zor doğum, daha önce anksiyete bozukluğu öyküsü olmayan bireylerde anksiyete riskini artırırken, geçmişte anksiyete sorunu yaşayanlarda bu risk artmamaktadır.^{99,100}

Fiziksel aktivitenin azalması ise hem anksiyete hem de depresyon için önemli bir risk faktörü olarak belirtilmiştir.¹⁰¹

Son zamanlarda, ekran süresi, internet ve mobil uygulama kullanımı, açık havada geçirilen süre gibi faktörlerin anksiyete ve depresyonla ilişkisi araştırılmaktadır.¹⁰²⁻¹⁰⁴ İnfertilite tedavisi sonrası gebelik de anksiyete bozuklukları için risk faktörü olarak değerlendirilmektedir.⁷¹

2.3.2. Yüksek Anksiyete Düzeyinin Anne ve Çocuk Sağlığına Etkileri

Önemli ve üzerinde durulması gereken diğer bir konu olan kadınların gebelik sırasındaki ruh sağlığının perinatal sonuçlar üzerindeki etkisidir.^{105,106} Olumsuz perinatal sonuçlar üzerinde kaygının rolü ile ilgili birçok neden öne sürülmüştür. İlk olarak, gebelik esnasında kaygı yaşayan kadınlarda sigara-alkol kullanımı, doğum öncesi kontrollerine düzenli gitmemesi gibi sağlıksız davranışlarda bulunma eğilimi daha yüksek olabilir; bu davranışlar kaygıyı azaltmaya yönelik olumsuz tutumlardır ve daha sonra olumsuz sonuçlar yaşama riskini artırır.^{105,106} Bir diğer olasılık ise yaşanan yüksek düzeyde kaygının stres hormonlarında artışa yol açabilmesidir. Bu artış uterus

kan akışının azalmasına ve erken doğumun başlamasına yol açabilir.¹⁰⁵⁻¹⁰⁷ Kaygının bir sonucu olarak immünolojik işlevlerdeki değişiklikler, kaygılı kadınların preeklampsi ve erken doğuma karşı duyarlılığını da artırabilir.¹⁰⁶

Yüksek perinatal kaygı anne sağlığını, çocuğun bilişsel, duygusal ve davranışsal gelişimini ve anneye bağımlı olumsuz etkiler. Gebe kadının, gelişmekte olan fetüsün yaşam ortamı olduğu düşünülürse, psikolojik değişiklikler veya bilişsel bozukluklar fetüsü daha fazla etkileyebilir.¹⁰⁸ Peripartum anksiyete bozukluklarının taranması ve tedavisi, anksiyetenin çocuklar üzerindeki olası etkileri dikkate alındığında büyük bir önem taşımaktadır.¹⁰⁹

Yüksek anksiyete düzeylerinin düşük doğum ağırlığı^{78,108,110,111} ve daha küçük bir baş çevresi¹¹¹ ile ilişkisine dair önemli kanıtlar vardır. Bir diğer bulgu da olumsuz beyin gelişimi ve bozulmuş bilişsel gelişimle ilgilidir.¹¹² Yapılan bir çalışma, gebelikte yaşanan yüksek stresin bebeklerin doğum sonrası gelişimi üzerindeki etkisini araştırmıştır. Son trimesterde genel anksiyete ölçümleri, doğumdan 10 hafta ve 7 ay sonra bebeğin zor bir mizaça pozitif korelasyon göstermiştir, ancak bebeğin zihinsel veya motor gelişimi ile ilgisi gösterilememiştir.¹¹³

Anksiyetenin nöroendokrin, immün/inflamatuar ve vasküler olmak üzere en az üç ana yol üzerinden fetal gelişim üzerinde olumsuz etkiler oluşturabileceği belirtilmiştir. Gebelik döneminde hipotalamus-hipofiz-adrenal ekseninde aktivite artışı ve inhibisyonun azalmasıyla birlikte opioid, GABA, serotonin ve dopamin sistemlerinde aktivite azalması ile sempatik-adrenal aktivitede bir artış gözlenmiştir. Ayrıca, yüksek düzeyde anksiyete yaşayan annelerin çocuklarıyla daha az etkileşimde bulunduğu, çocuklarına daha az güldüğü ve onlarla daha az oyun oynadığı saptanmıştır. Bu annelerin çocuklarının ise daha az gülümseme ve daha fazla ağlama eğilimi gösterdiği, aynı zamanda annelerine güvensiz bağlanma olasılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.^{69,109,114-121} Ayrıca perinatal anksiyete bozukluğu olan kadınların doğum sonrası emzirme süresinin kısaldığı görülmüştür.^{122,123}

Anneleri hamilelik sırasında yüksek kaygı yaşayan çocukların uzun süreli gözlemlerinde, 8 veya 9 yaşlarında daha dürtüsel oldukları ve 14 veya 15 yaşlarında yapılan bilişsel testlerde diğer çocuklara göre daha kötü performans gösterdikleri ortaya konmuştur.^{124,125}

Yüksek kaygı düzeyleri anne adayları için de sıkıntılı durumlara yol açabilir. Ross ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı bir araştırmada perinatal depresyon tanısı alan kadınlarda anksiyete bozukluklarının da eşlik ettiği saptanmıştır.¹²⁶ Andersson ve arkadaşları, üçüncü trimesterde psikiyatrik tanı alan hamile kadınların yarısında hem anksiyete hem de depresyona sahip olduğunu bulmuşlardır.¹²⁷ Perinatal anksiyeteye sahip olan kadınların %64'ünde postpartum anksiyete bozuklukları görülmüştür.^{128,129} Matthey ve arkadaşları da çalışmaları sonucunda hamilelik sırasındaki anksiyete bozukluklarının, doğum sonrası anksiyete ve depresyon için önemli bir risk oluşturduğunu, bu nedenle hamilelik sırasında tarama yapılması ve perinatal anksiyetesi olan kadınların yakından izlenmesi ve tedavi edilmesinin önemi üzerinde durmuşlardır.¹³⁰ Ayrıca yüksek kaygı anne adayları için bedensel yakınmalara da neden olabilir. Sırt ve pelvik ağrısı olan kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada, ağrının perinatal kaygıyla ilişkili olarak arttığı bulunmuştur.^{105-107,114,132-137}

2.4. Fetal Sağlık Denetim Odağı

'Kontrol odağı' kavramı ilk olarak Rotter tarafından sosyal öğrenme teorisinde kullanılmıştır.¹³ İnsanların hayatlarında meydana gelen şeyler üzerinde kontrolü olma inanışları farklılık gösterir. Wallston'ın modifiye ettiği Rotter'ın sosyal öğrenme teorisine göre, bir kişinin sağlık kontrol odağı yönelimi kişinin sağlıkla ilgili hangi davranışları gerçekleştireceğini belirleyen faktörlerden biridir. Kişilerin sağlıkla ilgili davranışları kişinin sağlık durumunu belirlemede rol oynar. Sağlık kontrol odağı yönelimi sağlık durumunun dolaylı bir belirleyicisidir.¹³⁸

Fetal Sağlık Denetim Odağı (Fetal Health Locus of Control, FHLC) kavramı, hamile kadınların gebelik ve doğum sürecindeki sağlıkla ilgili olayların kontrolünü nasıl algıladıklarını ve bu olaylar üzerindeki kontrolün kime veya neye bağlı olduğunu açıklayan bir psikolojik çerçevedir. Bu kavram, genel sağlık denetim odağı teorisinin bir alt kategorisi olup, özellikle hamilelik sürecinde anne adaylarının hem kendi sağlıklarını hem de fetüsün sağlığını nasıl algıladıkları üzerine odaklanır.

FHLC, bireylerin hamilelik ve doğum sürecinde yaşadıkları olayların kontrolünü nasıl algıladıklarını üç ana kategoriye ayırır. Bu alt bölümler, genel sağlık denetim odağı teorisinde olduğu gibi içsel, dışsal ve şansa bağlı olmak üzere farklı kontrol inançlarını kapsar.

İçsel Fetal Sağlık Denetim Odağı: İçsel sağlık denetim odağına sahip anne adayları, hamilelik ve fetüsün sağlığının kendi davranışlarıyla (örneğin beslenme, egzersiz, tıbbi önerilere uyma) doğrudan bağlantılı olduğuna inanırlar. Bu inanca sahip kadınlar, gebelik süreçlerini yönetme konusunda daha aktif bir rol oynar ve sorumluluk alırlar. Örneğin, prenatal vitaminler kullanma, sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıklardan kaçınma ve düzenli doktor kontrollerine gitme gibi sağlık davranışlarını benimserler.¹³⁹

Dışsal Fetal Sağlık Denetim Odağı: Bu inanca sahip olan anne adayları, gebelikle ilgili olayların kontrolünün büyük ölçüde doktorlar, hemşireler veya diğer sağlık profesyonelleri gibi dışsal faktörlere bağlı olduğuna inanırlar. Sağlıklarını ve bebeklerinin sağlığını koruma konusunda daha pasif bir tutum sergileyebilirler ve tıbbi müdahalelerin hamilelik sonuçlarını belirlemede anahtar rol oynadığına inanırlar.¹⁴⁰

Şansa Bağlı Fetal Sağlık Denetim Odağı: Bu kategoriye giren bireyler, fetüsün sağlığının büyük ölçüde şans, kader veya rastgele olaylara bağlı olduğuna inanırlar. Şansa bağlı denetim odağına sahip bireyler, kendi davranışlarının veya dışsal faktörlerin gebelik sonuçlarını etkileme gücünün sınırlı olduğunu düşünürler. Bu durum, genellikle sağlıkla ilgili sorumluluk almada pasif bir tutuma yol açabilir ve gebelik sürecinde alınması gereken önlemlerin önemini göz ardı edebilirler.¹⁴¹

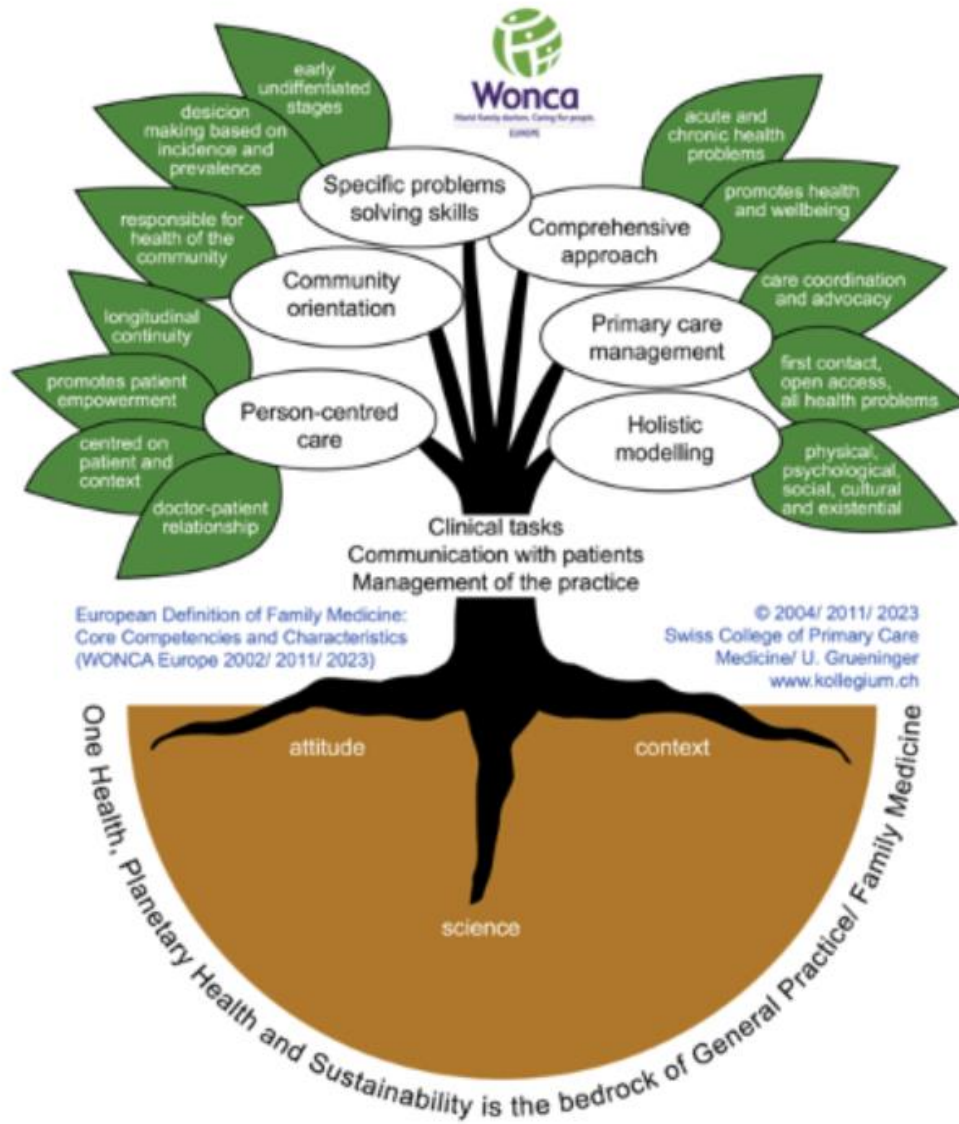
Araştırmalar, içsel denetim odağına sahip hamile kadınların daha olumlu gebelik sonuçlarına ulaşma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu kadınlar, sağlıklarını kontrol etme konusunda daha fazla sorumluluk alır ve fetüsün sağlığını korumak için gerekli adımları atma eğilimindedirler.¹³⁹ Buna karşılık, dışsal veya şansa bağlı denetim odağına sahip kadınlar, riskli sağlık davranışlarını sürdürme veya sağlık kontrollerine uymama gibi davranışlar sergileyebilirler, bu da olumsuz gebelik sonuçlarına yol açabilir.¹⁴²

Labs ve Wurtele, güçlü içsel inançlara sahip olmayan kadınların bebeklerinin sağlığını riske atabileceğini öne sürmüşlerdir.¹⁵ Sonraki çalışmalarda, dışsal inançlara sahip kadınların gebelikte daha fazla risk aldığı ve içsel inançlara sahip gebelerin yaşam tarzlarını değiştirme ve olumlu sağlık davranışlarını benimseme olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹⁴³⁻¹⁵⁰

2.5. Gebelikle İlişkili Anksiyetenin Yönetiminde Aile Hekiminin Rolü

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü; kısaca Dünya Aile Hekimleri Birliği) Avrupa Bölgesi tarafından yapılan tanıma göre; Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği kendi eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı ve klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamağa odaklı bir klinik uzmanlıktır.

WONCA'nın başlıca görevi, hastaların ve toplumların çıkarına yüksek standartlarda eğitim, araştırma ve klinik uygulama sağlamak ve sürdürmek üzere disiplini desteklemek ve geliştirmektir. WONCA'nın yedi bölgesi olup ülkemiz Avrupa Bölgesi'nde yer almaktadır. WONCA Avrupa tarafından 2002 yılında insanların sağlık bakımı gereksinimlerini karşılayacak aile hekimliği/genel pratisyenlikle ilgili yeni tanımlamalar ve çekirdek yeterlikleri yayınlanmıştır. Önce 2011 daha sonra 2023 yılında revize edilip son halini almıştır (Şekil 1).¹⁵¹



THE WONCA TREE - AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE

(Revised 2011 and 2023)

Şekil 1. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri ve özellikleri¹⁵¹

Aile hekimi disiplinini tanımlayan 12 temel özellik:

- a. Normal olarak sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Aile hekimliği majör travma gibi durumlar dışında ilk temas noktasıdır. Kişilerin aile hekimine ulaşmasında engel bulunmamalı ve aile hekimi

karşısındaki kişinin cinsiyet ve yaşından bağımsız tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmelidir.¹⁵²

- b.** Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar. Aile hekimi bakımı koordine ederek hem maliyet etkinliğini hem de hastaların özel sağlık sorunları için uygun sağlık çalışanına yönlendirilmesini sağlar. Hastalara sağlık sisteminin karmaşıklığında kılavuzluk ederek gereksiz tarama, test ve tedavilerin yol açacağı zararlardan koruyup savunmanlığını yapar.¹⁵²
- c.** Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir. Hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığı ve başa çıktığını anlamak bizzat hastalık süreci kadar önem arz etmektedir.¹⁵²
- d.** Hastanın güçlendirilmesinin teşvik edilmesi. Aile hekimliği hastanın hastalığı hakkında güçlenmesi, bilgi ve beceri kazanması için çok önemli bir noktadadır.¹⁵²
- e.** Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır: Bu süreç etkili bir iletişimle, doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar. Hastayla hekim arasında kurulan her temas bir önceki deneyim üzerinden ilerlemektedir.¹⁵² Adı konmuş hastalıklar yerine bir birey olarak hasta temelli düşünmek aile hekimliğinin temel bakış açısıdır. Hastanın kendi rahatsızlığını nasıl değerlendirdiği, beklentilerini doğru yorumlayarak etkili hasta-hekim ilişkisi oluşturmak için iletişim çok önemlidir ve kendi başına iyileştirici nitelik taşımaktadır.¹⁵³
- f.** Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur. Aile hekimi doğumdan (bazen daha öncesinden) ölüme (bazen daha sonrasına) kadar tüm yaşam boyunca hastayı izleyerek bakımın sürekliliğini sağlar. Aile hekimleri 24 saat boyunca sağlık hizmeti sunmaktan ve bunu kişisel olarak yapamadıkları durumlarda başkalarına devretmek ve koordine etmekten de sorumludurlar.¹⁵²
- g.** Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgül bir karar verme süreci vardır. Rahatsızlıkların prevalans ve insidansı

hastanede görüldenden farklıdır ve hiçbir ön eleme olmadığı için ciddi hastalıklar birinci basamakta hastanede olduğundan daha az sıklıkla görülür. Klinik bir bulgunun veya tanısal bir testin olumlu, olumsuz prediktif değeri hastane ortamına kıyasla aile hekimliğinde farklı ağırlığa sahiptir.¹⁵²

- h.** Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir. Aile hekimi kendini kişinin o an bulunan rahatsızlığının yönetimiyle sınırlamaz, çok sayıda sorunu hiyerarşik sırayla yönetmek durumundadır.¹⁵²
- i.** Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir. Hastalık klinik semptomların başında, klinik bakı ve testlerin kestirim değerinin daha az kesin olduğu dönemde başvurulabilir. Bu durumda risk yönetimi disiplinin anahtar özelliğidir. Hemen ortaya çıkabilecek ciddi bir gelişme dışlandığında, ileri gelişmeleri bekleme ve daha sonra yeniden gözden geçirme kararı yerinde olabilir.¹⁵²
- j.** Uygun ve etkili girişimlerle hastaları ve içinde yaşadıkları ekosistemin sağlık ve iyilik durumunu geliştirir. Girişimler uygun, etkin ve sağlam kanıtlara dayalı olmalıdır.¹⁵²
- k.** Toplumun sağlığı ve doğal çevre için özel bir sorumluluk üstlenir. Disiplin, sağlık hizmeti konularında hem bireylere hem de topluma karşı bir sorumluluk taşır.¹⁵²
- l.** Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel, çevresel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır. Tüm boyutlar eş zamanlı ele alınmalı ve hepsine gereken önem verilmelidir. Bunların çoğu rahatsızlık davranışını ve hastalık kalıplarını değiştirir ve çoğu mutsuzluğun nedeni hasta için sorunun temelindeki nedeni dikkate almayan girişimlerdir.¹⁵²

Aile hekimi disiplini tanımlayan 12 temel özellik ustalaşılması gereken yetenekleri belirler ve 6 çekirdek yeterlilikte toplanabilir:

- a.** Birinci basamak yönetimi: Hastayla ilk teması yönetebilmek ve hasta gereksinim duyduğunda hastanın savunmanlığını yaparak birinci basamak çalışanlarının ve diğer uzmanların verdiği hizmetleri koordine ederek uygun ve etkili bakım sağlayabilmek.¹⁵⁴

- b.** Kişi merkezli bakım: Hastanın sorunlarıyla baş etmede hastanın koşullarını bağlamında yaklaşım belirlemektir. Hastanın otonomisine saygı gösterip, önceliklerini saptayıp, hastayla ortak karar verilen etkili hasta-hekim iletişimi kurmaktır. Sağlıklı yaşam tarzı için davranış değişikliklerini de içeren kendi kendine yönetim ve korumayla hastanın güçlendirilmeye teşvik edilmesidir. Hastanın gereksinimleri doğrultusunda bakımın sürekliliğini sağlayarak maliyet etkin, koordine sağlık hizmeti sunmaktır.¹⁵⁵
- c.** Özgül problem çözme becerileri: Hastalıkları toplumdaki insidans ve prevelansıyla ilişkilendirilerek; öykü, fizik muayene, tetkiklerle bilgi toplayıp hastayla birlikte yönetim planı oluşturmaktır. Aile hekimi henüz erken evrede ayrımlaşmamış durumları yönetebilmeli ve gerekli durumlarda acil girişimlerde bulunabilmelidir.¹⁵⁴
- d.** Kapsamlı yaklaşım: Kişinin akut, kronik problemleri, çoklu şikayetleri aynı anda değerlendirilir. Tedavi, bakım, hastalığı geriletme, rehabilitasyonu sağlayıp koordine ederek sağlık ve iyilik halini geliştirmektir. Gezegen sağlığı, sürdürülebilirlik konusunda hastalar, diğer profesyoneller, halk sağlığı ve politika yapıcılarla ortaklık içinde çalışmaktır.¹⁵⁵
- e.** Toplum yönelimli olma: Bireylerin sağlık ihtiyaçlarıyla yaşadıkları toplumun sağlık ihtiyaçlarını uzlaştırarak gezegen sağlığını önemsemektir. Bu doğrultuda aile hekimliğinin yerini eko-sorumluluk bilinciyle seçmek ve profesyonel tıbbi pratikte en az kirletici modu seçmek uygundur.¹⁵⁵
- f.** Bütüncül yaklaşım: Kültürel, varoluşsal, çevre ile ilgili boyutları dikkate alarak biyopsikososyal modeli kullanabilmek. Sağlık kaynaklarının tüketimiyle ilgili hasta ve gezegen yararı için toplumun bilgilendirilmesine katkıda bulunmalıdır.¹⁵⁵

Aile hekimliği disiplininde çekirdek yeterliliklerin uygulanmasında 3 temel vardır;

- a.** Bağlamsal: Hekimlerin çalışma ortamı (koşullar, toplum, kültür, mali ve düzenleyici çerçeveler) ve kendi bağlamlarını anlaması
- b.** Tutumsal: Mesleki değer ve yetenekler etİge uygun tutumlar
- c.** Bilimsel: Eleştirel ve araştırmaya dayalı yaklaşımla kendini sürekli geliştirme.¹⁵⁶

Ülkemizde aile hekimliği ilk defa 1983 yılında tıp eğitimi alanı olarak Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almış, 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'deki eğitim hastanelerinde aile hekimliği uzmanlığı eğitimi başlamış, 1993 yılında ise tıp fakülteleri bünyesinde aile hekimliği anabilim dalları kurulmuştur. O yıllardan itibaren Kalkınma Planları ve hükümet programlarında yer verilen aile hekimliğinin hayata geçirilmesi 2003 yılında yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlamış, 2010 yılı sonu itibarıyla bütün Türkiye'de uygulamaya geçilmiştir.¹⁵⁷⁻¹⁵⁹

5258 sayılı Kanuna göre; “Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayarımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir”, olarak tarif edilmiştir.¹⁶⁰ Sağlık Bakanlığı, aile hekimliğini, “sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumu olarak tanımlanan birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş uygulama şekli” olarak kabul etmektedir.¹⁶⁰

“Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” ne göre ülkemizdeki aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır.¹⁶⁰

(1) Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

(2) Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

(3) Aile hekiminin Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapmak.

b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.

c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.

ç) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.

e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.

f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.

g) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.

ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiyeye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

m) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

n) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

Aile hekimlerinin görev ve sorumluluklarından biri olan gebelik izlemlerinin Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün yayınladığı 'Doğum Öncesi Yönetim Rehberi' ne göre yapılması önerilmektedir. Bu rehberde göre her gebenin en az 4 kez nitelikli izleminin yapılması, doğum sonrası hastanede 3 ve evde 3 olmak üzere 6 kez lohusa izleminin yapılması, normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede takip edilmesi, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi ve gerektiğinde stabilize etmek kaydıyla bir üst düzey hastaneye sevklerinin sağlanması hedeflenmiştir.³⁷

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde gebelikle ilişkili anksiyetenin zamanında tanınması ve müdahale edilmesi hem anne hem de bebek sağlığı açısından büyük önem taşır. Rutin gebelik izlemleri gebelikle ilişkili anksiyeteyi erken tespit etmek ve etkili yönetmek (bilgilendirme/egitim/danışmanlık, psikososyal destek, diğer disiplinlerle iş birliği ve koordinasyon) açısından önemli fırsatlar sağlamaktadır.¹⁶¹⁻¹⁶⁴

Birçok profesyonel kuruluş, hamilelik sırasında anksiyete gibi ruhsal sağlık sorunları riskini ve ruhsal sağlık sorunları için tarama yapmanın potansiyel faydalarını kabul etmektedir.^{165,166} Ancak, depresif bozukluklar kadar yaygın olmasına rağmen, anksiyete bozuklukları için tarama oranlarının yetersiz olduğu ve birçok gebenin tedavi almadığı bildirilmiştir.¹⁶⁷

Perinatal dönemde kaygının geniş bir spektrumda görülebileceği ve her birinin uygun şekilde teşhis edilip tedavi edilmesinin önemli olduğu, bu nedenle genel anksiyete ölçekleri yerine, özel bir değerlendirme gerektiği vurgulanmıştır.¹⁶⁸

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi birimlerine kayıtlı anne adaylarının gebelikle ilgili kaygı ve fetal sağlık denetim odağı durumlarının değerlendirildiği çalışma aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranması amacıyla kesitsel tipte bir anket çalışması olarak planlandı.

- 1) Birinci basamaktan hizmet alan gebelerin gebelikle ilgili kaygı durumları nasıldır?
- 2) Birinci basamaktan hizmet alan gebelerin gebelikle ilgili kaygı durumlarının sosyodemografik ve gebelik özellikleriyle ilişkisi nasıldır?
- 3) Birinci basamaktan hizmet alan gebelerin anne karnındaki bebek sağlık denetim odağı durumları nasıldır?
- 4) Birinci basamaktan hizmet alan gebelerin anne karnındaki bebek sağlık denetim odağı durumlarının sosyodemografik ve gebelik özellikleriyle ilişkisi nasıldır?
- 5) Birinci basamaktan hizmet alan gebelerin gebelikle ilgili kaygı durumları ile anne karnındaki bebek sağlık denetim odağı arasında ilişki var mıdır?
- 6) Birinci basamaktan hizmet alan gebelerin gebelikle ilgili kaygılarına yönelik danışmanlık alma gereksinimleri nasıldır?

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Çalışmanın evrenini araştırmanın başladığı tarihte Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezindeki dört birime (047, 051, 056, 062 Nolu) kayıtlı gebeler oluşturdu (N=121). Gebelerin tamamına ulaşılması hedeflendi. Sadece Türkçe okuma yazma bilmeme dışlama kriteri olarak kabul edildi.

3.3. Araştırma İçin Alınan İzinler

Araştırma öncesi Anabilim Dalı Akademik Kurulundan ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (13 Ekim 2023, karar no:4) gerekli izinler ve onaylar alındı.

3.4. Verilerin Toplanması

Eğitim Aile Sağlığı Merkezine 15.10.2023-15.12.2023 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran 110 gebeye (%90,9) çalışma hakkında bilgi verilerek onamları alındıktan sonra yüz yüze anket formu uygulandı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Anketin birinci bölümünde sosyodemografik özellikler ile ilgili 10 soru (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, eş mesleği ve yaşı, akraba evliliği durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi, birlikte yaşadığı aile tipi); ikinci bölümünde katılımcıların gebelik özellikleri ile ilgili 9 soru (genel sağlık durumu, ilaç kullanımını gerektirecek kronik hastalık, gebelik öncesi tanı alınan psikolojik/psikiyatrik rahatsızlık durumu, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası), üçüncü bölümde gebelerin sağlık davranışları ile ilgili 9 soru (sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, günlük tüketilen çay-kahve miktarı ve bunlar ile alakalı endişe durumları, gebelikte tetanoz, grip ve covid aşılı yapıldığı ile ilgili endişeler), “PHQ-2 Depresyon Ölçeği” (2 soru), gebelikte veya doğacak bebek ile ilişkili kaygılar için yardım veya tavsiye aranmasına ilişkin bir soru, dördüncü bölümde “Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği” (18 soru) ve “Gebelik ile İlişkili Anksiyete Ölçeği” (33 soru) uygulandı.

PHQ-2 Depresyon Ölçeği: Kroenke ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir.¹⁶⁹ PHQ-9 tanın testinin ilk 2 sorusudur ve tarama testi olarak kullanılmaktadır. PHQ-2'nin amacı depresyonu taramaktır. PHQ-2 skoru 0-6 arasında değişir. Optimum kesme noktası olarak 3 skoru belirlenmiştir. Skor 3 veya daha yüksekse majör depresif bozukluk muhtemeldir. Tarama sonucu pozitif çıkan hastalar, depresif bozukluk kriterlerini karşılayıp karşılamadıklarını belirlemek için PHQ-9, diğer tanı araçları veya doğrudan görüşme ile daha ileri değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliği 2016 yılında Sarı ve ark. tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.842 olarak bulunmuştur.¹⁷⁰

Fetal Health Locus of Control Scale (Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği): Anne adaylarının sağlık inançlarını anlamak ve uygun girişimlerde bulunmanın bakımın kalitesini arttıracak bildirilmiştir. Sağlık inançlarını anlamaya yarayan kavramlardan biri de sağlık denetim odağıdır. Labs ve Wurtele (1986)

kadınların güçlü içsel inanışlarının olmamasının doğmamış çocuklarının sağlığını riske sokabileceğini söylemişler ve anne adaylarının doğmamış çocuklarının sağlığını belirlemede kişisel rolleri hakkındaki inançlarını saptamak için bu ölçeği geliştirmişlerdir.¹⁵ AKBSDO Ölçeği ilk olarak 85 maddeden oluşturulmuştur; ancak yapılan analizler sonrasında 18 maddeden oluşan son hali verilmiştir. Likert tipli olup, İçsel Sağlık Denetim Odağı (1, 6, 8, 12, 15 ve 17. maddeler), Şansa Bağlı Sağlık Denetim Odağı (2, 4, 9,11, 14 ve 16. maddeler) ve Güçlü Diğerlerine Bağlı Sağlık Denetim Odağı (3, 5, 7, 10, 13 ve 18. maddeler) olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. Maddelerde belirtilen düşünceye, kişilerden “Hiç katılmıyorum = 0”, ile “Tamamen katılıyorum =9” arasındaki derecelerde görüş bildirmeleri istenmektedir. Dolayısıyla her bir alt ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 54 arasında değişmektedir. Alınan puanların yüksek olması; “içsel güce”, “şansa” ya da “güçlü diğerlerine” yönelik tutumların olumlu olduğu ve düşük puanların ise olumsuz tutumu temsil ettiği belirtilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Duyan ve ark. tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Cronbach alfa katsayısı İçsel Sağlık Denetim Odağı için 0.802; Şansa bağlı Sağlık Denetim Odağı için 0.876 ve Güçlü Diğerlerine Bağlı Sağlık Denetim Odağı için 0.750 olarak saptanmıştır.¹⁷¹

Gebelik ile İlişkili Anksiyete Ölçeği: Brunton ve arkadaşları (2018) tarafından gebelik ile ilgili anksiyeteyi değerlendirmek üzere geliştirilmiş 33 maddelik 4’lü likert tipi bir ölçektir.¹⁷² Yanıtlar ‘Kesinlikle katılıyorum’ ile ‘Kesinlikle katılmıyorum’ arasında değişmektedir (1-4). Ölçekte 11 madde (7, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 24 ,25, 26, 27) tersine çevrilmiştir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 33, maksimum puan 132’dir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Yüksek puanlar gebelik ile ilgili kaygının arttığını gösterir. Ölçeğin dokuz alt boyutu bulunmaktadır. Birinci alt boyut ‘Doğum Kaygıları’ olup 6 maddeden oluşmuştur, ikinci alt boyut ‘Beden İmajı Kaygıları’ olup 5 madden oluşmuştur, üçüncü alt boyut ‘Doğuma Yönelik Tutumlar’ olup 3 maddeden oluşmuştur, dördüncü alt boyut ‘Annelikle İlgili Endişeler’ olup 3 maddeden oluşmuştur, beşinci alt boyut ‘Gebeliği Kabul Etmek’ olup 3 maddeden oluşmuştur, altıncı alt boyut ‘Anksiyete Göstergeleri’ olup 4 maddeden oluşmuştur, yedinci alt boyut ‘Tıbbi Personele Yönelik Tutumlar’ olup 3 maddeden oluşmuştur, sekizinci alt boyut ‘Kaçınma’ olup 3 maddeden ve son olarak dokuzuncu alt boyut ‘Bebekle İlgili Endişeler’ olup 3 maddeden oluşmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve

güvenilirlik çalışması 2020 yılında Şolt ve Kanza Gül tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.85 bulunmuştur.¹⁷³

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler değerlendirilirken önce gruplandırmalar, kodlamalar ve hesaplamalar yapıldı. İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde medyan ve minimum-maksimum) olarak özetlendi. Sayısal ölçümlerin normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı Kolmogorov Smirnov testi ile test edildi. İki grup arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda bağımsız gruplarda T testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla grubun sayısal ölçümlerinin genel karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), varsayımların sağlanmaması durumunda ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki korelasyon analizinde Pearson bağıntı katsayıları kullanıldı. Katsayı 0-0,25 çok zayıf ilişki; 0,25-0,50 zayıf-orta derecede ilişki; 0,50-0,75 iyi derecede ilişki; 0,75-1,00 çok iyi derecede ilişki şeklinde yorumlandı.¹⁷⁴ Tüm testlerde istatistiksel $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Yaş ortalaması $28,9 \pm 4,6$ (18-39) yıl olan 110 katılımcı gebenin sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde 1’inin okuryazar olmadığı (%0,9) 1’inin sadece okuryazar (%0,9), 2’sinin ilkokul (%1,8), 9’unun (%8,2) ortaokul, 31’inin (%28,2) lise, 60’ının (%60,0) üniversite/lisansüstü mezunu olduğu görüldü.

Katılımcıların 32’si (%29,1) çalışmıyor, 32’si (%29,1) ev hanımı, 25’i (%22,7) memur, 14’ü (%12,7) işçi olarak çalışıyordu, 1’i (%0,9) emekli, 6’sı (%5,5) ise diğer seçeneğini işaretlemişti.

Katılımcıların 2’si bekar (%1,8), 107’si evli (%97,3), 1’i (%0,9) eşinden ayrılmıştı.

Katılımcıların eşlerinin 30’u serbest meslek (%27,3), 47’si memur (%42,7), 23’ü işçi (%20,9) olarak çalışıyordu, 1’i (%0,9) emekliydi, 8’i (%7,3) diğer seçeneğini işaretlemişti.

Katılımcıların eşlerinin yaş ortalaması $32,08 \pm 5,6$ (22-52) yılı.

Katılımcıların 9’u eşleri ile akraba (%8,2), 101’i (%91,8) eşleri ile akraba değildi.

Katılımcıların 104’ünün (%94,5) sosyal güvencesinin var olduğu, 6’sının (%5,5) sosyal güvencesinin olmadığı görüldü.

Katılımcıların gelir durumu algısı sorulduğunda 18’i (%16,4) asgari ücret ve altı, 39’u (%35,5) asgari ücret ve 2 katı arası, 43’ü (%39,1) asgari ücretin 2 katı ve 70.000 tl arası, 10’u (%9,1) 70001 tl ve üzeri olarak tanımladı.

Katılımcıların 106’sı (%96,4) çekirdek, 2’si (%1,8) geniş aile ile yaşıyordu. 2’si (%1,8) diğer seçeneğini işaretlemişti.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

		n	%
Eğitim durumu	Okuryazar değil	1	0,9
	Okuryazar	1	0,9
	İlkokul	2	1,8
	Ortaokul	9	8,2
	Lise	31	28,2
	Üniversite/Lisans Üstü	66	60,0
Meslek	Çalışmıyor	32	29,1
	Ev hanımı	32	29,1
	Memur	25	22,7
	İşçi	14	12,7
	Emekli	1	0,9
	Diğer	6	5,5
Medeni durum	Bekar	2	1,8
	Evli	107	97,3
	Eşinden ayrılmış	1	0,9
Eşin mesleği	Serbest	30	27,3
	Memur	47	42,7
	İşçi	23	20,9
	Emekli	1	0,9
	Diğer	9	8,2
Eş ile akrabalık	Evet	9	8,2
	Hayır	101	91,8
Sosyal güvence	Var	104	94,5
	Yok	6	5,5
Gelir durumu	Asgari ücret ve altı	18	16,3
	Asgari ücret-Asgari ücretin 2 katı	39	35,5
	Asgari ücretin 2 katı ve 70000 tl arası	43	39,1
	70001 tl ve üzeri	10	9,1
Aile tipi	Çekirdek	106	96,4
	Geniş	2	1,8
	Diğer	2	1,8

Katılımcıların gebelik özellikleri Tablo 2’de sunulmuştur.

Katılımcıların 13’ü (%11,8) genel sağlık durumlarını mükemmel, 77’si iyi (%70,0), 20’si (%18,2) orta olarak algıladıklarını belirtti.

Katılımcıların 10’unun (%9,1) ilaç kullanmasını gerektiren bir kronik hastalığı, 7’sinin (%6,4) gebelik öncesi tanı aldığı psikiyatrik/psikolojik rahatsızlığının olduğu bildirdi.

Katılımcıların 56’sının (%50,9) ilk gebeliği, 25’inin (%22,7) ikinci gebeliği iken 29’u (%26,4) üç ve üzeri gebelik grubundaydı.

Katılımcıların 29’unun (%26,4) bir canlı doğum öyküsü varken, 17’sinin (%15,4) iki ve daha fazla canlı doğum öyküsü olduğu, 64’ünün (%58,2) daha önce canlı doğumu olmadığı saptandı.

Katılımcıların 14'ünün (%12,7) bir kez düşük yaptığı, 5'inin (%4,5) 2 ve daha fazla kez düşük yaptığı, 13'ünün (%11,8) bir küretaj öyküsü, 4'ünün (%3,6) iki ve daha fazla kez küretaj öyküsü olduğu saptandı.

Katılımcıların 64'ü (%58,2) yaşayan çocuğa sahip değilken, 29'unun (%26,4) bir yaşayan çocuğu olduğu, 17'sinin (%15,4) iki ve daha fazla yaşayan çocuğu olduğu belirlendi.

Katılımcıların 36'sı (%32,6) ilk trimesterde, 43'ü (%38,8) ikinci, 31'i (%28) üçüncü trimesterdeydi.

Tablo 2. Katılımcıların gebelik özelliklerine göre dağılımı

		n	%
Genel sağlık durumu	Mükemmel	13	11,8
	İyi	77	70,0
	Orta	20	18,2
İlaç kullanımı gerektirecek kronik hastalık	Var	10	9,1
	Yok	100	90,9
Gebelik öncesi tanı alınan psikolojik/psikiyatrik rahatsızlık	Var	7	6,4
	Yok	103	93,6
Gebelik sayısı (min=1; maks=6)	1 gebelik	56	50,9
	2 gebelik	25	22,7
	3 ve daha fazla gebelik	29	26,4
Canlı doğum sayısı (min=0; maks=4)	0 canlı doğum	64	58,2
	1 canlı doğum	29	26,4
	2 ve daha fazla canlı doğum	17	15,4
Düşük sayısı (min=0; maks=4)	0	91	82,7
	1	14	12,7
	2 ve daha fazla	5	4,6
Küretaj sayısı (min=0; maks=4)	0	93	84,6
	1	13	11,8
	2 ve daha fazla	4	3,6
Yaşayan çocuk sayısı (min=0; maks=4)	0	64	58,2
	1	29	26,4
	2 ve daha fazla	17	15,4
Gebelik haftası (min=4; maks=38)	0-14	36	32,7
	15-27	43	39,1
	28 ve üzeri	31	28,2

Tablo 3 ve 4'te katılımcıların sigara, alkol, çay-kahve kullanım durumları ve bu konudaki kaygılarına ilişkin bulgular görülmektedir.

Katılımcıların 85'i (%77,3) sigara kullanmadığını, 15'i (%13,6) sigarayı bıraktığını/eski kullanıcı olduğunu, 10'u (%9,1) sigara kullandığını belirtti. Gebelerin 6'sı (%5,5) her gün düzenli olarak sigara içtiğini, 4'ü (%3,6) ara sıra içtiğini belirtti. Sigara içenlerin 5'i (%4,5) bazen, 1'i (%0,9) oldukça sık, 4'ü (%3,6) çok sık olacak

şekilde sigara kullanmasının doğacak bebeğinin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından endişe duyduğunu belirtti.

Katılımcıların 107'si (%97,3) alkol kullanmadığını, 3'ü (%2,7) alkol kullandığını belirtti. Alkol kullananlar 1-2 standart içki veya daha az olacak şekilde kullandıklarını belirtti. Alkol kullananların 1'i (%0,9) hiçbir zaman, 2'si (%1,8) çok sık olacak şekilde alkol kullanmasının doğacak bebeğinin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından endişe duyduğunu belirtti.

Katılımcıların 22'sinin (%20,0) günlük 1 çay bardağı, 36'sının (%32,7) 2 çay bardağı, 32'sinin (%29,0) 3 çay bardağı ve üzeri, 7'sinin (%6,4) günlük 1 kupa, birinin (%0,9) ise 2 kupa çay tükettiği saptandı. Katılımcıların 47'sinin (%42,7) günlük 1 kahve fincanı, 9'unun (%8,2) 2 veya daha fazla kahve fincanı, 5'inin (%4,5) 1 kupa, birinin ise (%0,9) 2 kupa kahve tükettiği saptandı. Katılımcıların 42'si (%38,2) hiçbir zaman, 41'i (%37,3) bazen, 19'u (%17,3) oldukça sık, 8'i (%7,3) bazen olacak şekilde gebelikte tükettikleri çay-kahve miktarının doğacak bebeklerinin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından endişe duyduğunu belirtti.

Tablo 3. Katılımcıların sigara, alkol, çay-kahve kullanım durumları

			n	%
Sigara kullanıyor musunuz?	Eski kullanıcıyım/bıraktım		15	13,6
	Hayır		85	77,3
	Evet		10	9,1
Sigara ne sıklıkla kullanıyorsunuz?	Her gün düzenli içiyorum		6	5,5
	Ara sıra içiyorum		4	3,6
Alkol kullanıyor musunuz?	Hayır		107	97,3
	Evet		3	2,7
Alkol ne sıklıkla kullanıyorsunuz?	1-2 standart içki veya daha az		3	2,7
	3-4 standart içki		0	0
	4 standart içki veya daha fazla		0	0
Gebelikte tükettiğiniz çay miktarını yazınız.	Çay bardağı (min=0, max=7)	0	20	18,2
		1	22	20,0
		2	36	32,7
		3 veya daha	32	29,0
	Kupa (min=0, maks=2)	0	102	92,7
		1	7	6,4
		2	1	0,9
Gebelikte tükettiğiniz kahve miktarını yazınız.	Kahve fincanı (min=0, maks=3)	0	54	49,1
		1	47	42,7
		2 veya daha fazla	9	8,2
	Kupa (min=0, maks=2)	0	104	94,5
		1	5	4,5
		2	1	0,9

Tablo 4. Katılımcıların gebelikte sigara, alkol, çay-kahve kullanımı konusunda endişe durumları

	Hiçbir zaman (1)	Bazen (2)	Oldukça sık (3)	Çok sık (4)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sigara kullanmamın doğacak bebeğimin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından endişe duyuyorum.	1 (0,9)	5 (4,5)	1 (0,9)	4 (3,6)
Alkol kullanmamın doğacak bebeğimin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından endişe duyuyorum.	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,8)
Gebelikte tükettiğim çay-kahve miktarının doğacak bebeğimin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından endişe duyuyorum.	42 (38,2)	41 (37,3)	19 (17,3)	8 (7,3)

Tablo 5’te katılımcıların gebelikte tetanoz, grip ve COVID aşılarının yapılması konusunda endişe durumları görülmektedir. Katılımcıların 82’si (%74,5) gebelikte yaptırmaları gereken tetanoz aşısının doğacak bebeklerinin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından hiçbir zaman endişe duymadığını, 23’ünün (%20,9) bazen endişe duyduklarını, 3’ü (%2,7) oldukça sık endişe duyduklarını, 2’si (%1,8) çok sık endişe duyduklarını belirtti. Katılımcıların 56’sı (%50,9) gebelikte grip aşısı yaptırmalarının doğacak bebeklerinin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından hiçbir zaman endişe duymadığını, 39’u (%35,5) bazen endişe duyduklarını, 10’u (%9,1) oldukça sık endişe duyduklarını, 5’i (%4,5) çok sık endişe duyduklarını belirtti. Katılımcıların 17’si (%15,5) gebelikte covid aşısı yaptırmalarının doğacak bebeklerinin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından hiçbir zaman endişe duymadığını, 30’u (%27,3) bazen endişe duyduklarını, 30’u (%27,3) oldukça sık endişe duyduklarını, 33’ü (%30,0) çok sık endişe duyduklarını belirtti.

Tablo 5. Katılımcıların gebelikte tetanoz, grip ve COVID aşılarının yapılması konusunda endişe durumları

	Hiçbir zaman n (%)	Bazen n (%)	Oldukça sık n (%)	Çok sık n (%)
Gebelikte yaptırmam gereken tetanoz aşısının doğacak bebeğimin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından endişe duyuyorum.	82 (74,5)	23 (20,9)	3 (2,7)	2 (1,8)
Gebelikte grip aşısı yapılmasının doğacak bebeğimin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından endişe duyuyorum.	56 (50,9)	39 (35,5)	10 (9,1)	5 (4,5)
Gebelikte covid aşısı yapılmasının doğacak bebeğimin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından endişe duyuyorum.	17 (15,5)	30 (27,3)	30 (27,3)	33 (30,0)

Tablo 6’da katılımcıların PHQ2 Depresyon Ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı görülmektedir. Katılımcıların 38’i (%34,5) son 2 haftadır bir şeyler yapmaya karşı çok az ilgi veya zevk maddesine katılma derecelerini hiçbir zaman, 50’si (%45,5) birkaç gün, 13’ü (%11,8) günün yarısından fazla, 9’u (%8,2) neredeyse her gün olarak belirtti. Katılımcıların 52’si (%47,3) son 2 haftadır moral bozukluğu, depresyon veya umutsuzluk hissi maddesine katılma derecelerini hiçbir zaman, 42’si (38,2) birkaç gün, 9’u (%8,2) günün yarısından fazla, 7’si (%6,4) neredeyse her gün olarak belirtti.

Tablo 7’de katılımcıların PHQ2 Depresyon ölçeği kesme değerine göre depresyon risk durumları verilmiştir. Buna göre katılımcıların 22’sinin (20,0) 3 ve üzeri puan aldığı dolayısıyla depresyon açısından riskli olduğu bulunmuştur.

Tablo 6. Katılımcıların PHQ2 Depresyon Ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

	Hiçbir zaman	Birkaç gün	Günün yarısından fazla	Neredeyse her gün
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Son 2 haftadır bir şeyler yapmaya karşı çok az ilgi veya zevk	38 (34,5)	50 (45,5)	13 (11,8)	9 (8,2)
2. Son 2 haftadır moral bozukluğu, depresyon veya umutsuzluk hissi	52 (47,3)	42 (38,2)	9 (8,2)	7 (6,4)

Tablo 7. Katılımcıların PHQ2 Depresyon Ölçeği kesme değerine göre risk durumları

	n (%)
Depresyon riski yok	88 (80,0)
Depresyon riski var	22 (20,0)

Tablo 8’de katılımcıların gebelikle ve/veya doğacak bebekle ilişkili kaygıları için yardım veya tavsiye arama durumları ve kimden yardım/tavsiye aldıklarına ilişkin yanıtların dağılımı görülmektedir. Katılımcıların 18’i (%16,4) gebelikle ve/veya doğacak bebekleri ile ilişkili kaygıları için hiçbir yardım veya tavsiye aramadığını belirtti. Katılımcıların 52’si (47,3) aile üyesinden, 35’i (%31,8) arkadaşından, 48’i (%43,6) internet üzerinden bilgi ve destek sitelerinden, 17’si (15,5) kendi kendine yardım kitapları/bilgi broşürlerinden, 8’i (%7,3) aile hekiminden, 51’i (%46,4) kadın doğum uzmanından, 5’i (%4,5) psikiyatrist veya psikologdan yardım veya tavsiye aradığını belirtti.

Tablo 8. Katılımcıların gebelikle ve/veya doğacak bebekle ilişkili kaygıları için yardım veya tavsiye arama durumları ve kimden yardım/tavsiye aldıklarına ilişkin yanıtların dağılımı

	Evet	Hayır
	n (%)	n (%)
1.Hiçbir yardım veya tavsiye aramadım.	18 (16,4)	92 (83,6)
2.Aile üyesi	52 (47,3)	58(52,7)
3.Arkadaş	35 (31,8)	75 (68,2)
4.İnternet üzerinden bilgi ve destek siteleri	48 (43,6)	62 (56,4)
5.Kendi kendine yardım kitapları/bilgi broşürleri	17 (15,5)	93 (84,5)
6.Aile Hekimi	8 (7,3)	102 (92,7)
7.Kadın Doğum Uzmanı	51 (46,4)	59 (53,6)
8.Psikiyatrist veya psikolog	5 (4,5)	105(95,5)

Katılımcıların 40'ı (%36,4) gebelik ve/veya doğacak bebeği ile ilişkili kaygıları için aile hekiminden destek almak istediğini, 70'i (63,6) aile hekiminden destek almak istemediğini belirtti (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların gebelikle ve/veya doğacak bebekleri ile ilişkili kaygıları için aile hekimlerinden destek isteme durumları

	Evet	Hayır
	n(%)	n (%)
Gebelikle ve/veya doğacak bebeğiniz ile ilişkili kaygılarınız için aile hekiminizden destek almak ister misiniz?	40 (36,4)	70 (63,6)

Katılımcıların Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 10'da ölçeğin alt boyut puanları ise Tablo 11'de verilmiştir. Katılımcıların AKBSDO ölçeği alt gruplarına göre; İçsel Sağlık Denetim Odağı ortalaması 46,99±7,88 (13,0-54,0), Şansa Bağlı Denetim Odağı ortalaması 33,32±13,21 (0-54,0), Güçlü Diğerlerine Bağlı Sağlık Denetim Odağı ortalaması 39,05±8,24 (15,0-54,0) olarak bulunmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların anne karnındaki bebek sağlık denetim odağı ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

	Katılma derecesi									
Madde	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1) Yetkin sağlık profesyonelleri tarafından verilen doğum öncesi kurslara katılarak sağlıklı, normal bir bebeğe sahip olma şansımı büyük ölçüde artırabilirim.	6 (5,5)	2 (1,8)	3 (2,7)	2 (1,8)	10 (9,1)	8 (7,3)	13 (11,8)	13 (11,8)	16 (14,5)	37 (33,6)
2) Hamileyken kendime mükemmel baksam bile bebeğimin normal mi anormal mi olacağımı kader belirleyecektir	6 (5,5)	3 (2,7)	2 (1,8)	1 (0,9)	12 (10,9)	23 (20,9)	14 (12,7)	16 (14,5)	8 (7,3)	25 (22,7)

Tablo 10. Katılımcıların anne karnındaki bebek sağlık denetim odağı ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (devamı)

3) Hamileliğim sırasında doktorumun bana söylediği her şeyi yaparsam sağlıklı doğacaktır.	2 (1,8)	2 (1,8)	6 (5,5)	4 (3,6)	5 (4,5)	12 (10,9)	20 (18,2)	26 (23,6)	16 (14,5)	17 (15,5)
4) Eğer bebeğim sağlıksız ya da anormal doğarsa, doğa bunun böyle olmasını istediği içindir.	24 (17,0)	9 (5,7)	6 (5,5)	8 (7,3)	10 (9,1)	12 (10,9)	9 (8,2)	8 (7,3)	7 (6,4)	17 (15,5)
5) Doğacak bebeğimin sağlığı için sağlık profesyonellerinden hizmet almam gerekir.	3 (2,7)	0 (0,0)	2 (1,8)	1 (0,9)	2 (1,8)	11 (10,0)	4 (3,6)	5 (4,5)	13 (11,8)	69 (62,7)
6) Doğacak çocuğumun sağlığı hamilelik dönemindeki beslenme alışkanlıklarımdan ciddi şekilde etkilenebilir.	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)	9 (8,2)	7 (6,4)	10 (9,1)	14 (12,7)	67 (60,9)	39 (44,3)
7) Sağlık profesyonelleri doğacak çocuğumun sağlığından sorumludur.	12 (10,9)	1 (0,9)	5 (4,5)	2 (1,8)	8 (7,3)	19 (17,3)	18 (16,4)	17 (15,5)	13 (11,8)	15 (13,6)
8)Hamilelik döneminde hastalandığımda, doğacak çocuğumun sağlığını korumak için yapabileceğim en iyi şey doktoruma danışmaktır.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	8 (7,3)	2 (1,8)	7 (6,4)	8 (7,3)	84 (76,4)
9)Hamileyken ne yaparsam yapayım bebeğimin normal olup olmayacağını doğa kanunları belirleyecektir.	26 (23,6)	8 (7,3)	6 (5,5)	3 (2,7)	11 (10,0)	13 (11,8)	11 (10,0)	7 (6,4)	8 (7,3)	17 (15,5)
10) Hamilelik dönemindeki davranışlarıma ilişkin tavsiye vermeye yetkili kişiler sadece doktor ve hemşirelerdir	5 (4,5)	0 (0,0)	2 (1,8)	1 (0,9)	5 (4,5)	13 (11,8)	20 (18,2)	14 (12,7)	12 (10,9)	38 (34,5)
11) Çocuğumun sağlığını Tanrı belirleyecektir.	4 (3,6)	3 (2,7)	1 (0,9)	3 (2,7)	3 (2,7)	15 (13,6)	9 (8,2)	21 (19,1)	7 (6,4)	44 (40,0)
12) Hamile kalmadan önce kendime nasıl bakacağımı öğrenmem çocuğumun sağlıklı doğmasına yardımcı olacaktır.	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,8)	10 (9,1)	5 (4,5)	8 (7,3)	14 (12,7)	70 (63,6)
13) Bebeğimin sağlığı sağlık profesyonellerinin elindedir.	9 (8,2)	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)	8 (7,3)	23 (20,9)	22 (20,0)	19 (17,3)	9 (8,2)	19 (17,3)
14) Doğacak çocuğumun sağlığını kader belirler.	8 (7,3)	2 (1,8)	8 (7,3)	2 (1,8)	6 (5,5)	12 (10,9)	16 (14,5)	14 (12,7)	10 (9,1)	32 (29,1)
15) Bebeğim doğuncaya kadar yapacağım şeyler bebeğimin sağlığını etkileyebilir.	2 (1,8)	0 (0,0)	2 (1,8)	0 (0,0)	1 (0,9)	7 (6,4)	3 (2,7)	13 (11,8)	13 (11,8)	69 (62,7)
16) Bana göre düşük yapmak, bebeğimin yaşamasının kaderinde olmadığı anlamına gelir.	11 (10,0)	2 (1,8)	3 (2,7)	5 (4,5)	9 (8,2)	14 (12,7)	12 (10,9)	14 (12,7)	9 (8,2)	31 (28,2)
17) Hamile kalmadan önce, sağlıklı normal bir çocuğa sahip olmak için hamilelik döneminde yapmam ya da yapmamam gereken belirli şeylerin ne olduğunu öğrenirdim.	3 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	10 (9,1)	2 (1,8)	14 (12,7)	5 (4,5)	75 (68,2)
18) Sadece sağlık profesyonelleri hamilelik döneminde ne yapmam ve yapmamam gerektiğini bana söyleyebilir.	3 (2,7)	1 (0,9)	2 (1,8)	3 (2,7)	4 (3,6)	11 (10,0)	23 (20,9)	20 (18,2)	12 (10,9)	31 (28,2)

Tablo 11. Anne karnındaki bebek sağlık denetim odağı ölçeği alt boyut puanları

	Ortalama±ss	En düşük-En yüksek
İçsel sağlık denetim odağı	46,99 ± 7,88	13,0 - 54,0
Şansa bağlı sağlık denetim odağı	33,32 ± 13,21	0 - 54,0
Güçlü diğerlerine bağlı sağlık denetim odağı	39,05 ± 8,24	15,0 - 54,0

Katılımcıların Gebelikle İlişkili Anksiyete Ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 12’de ölçeğin toplam ve alt boyut puanları ise Tablo 13’de verilmiştir. Gebelikle İlişkili Anksiyete Ölçeği toplam puan ortalaması 59,68±13,83 bulunmuştur. Test değeri alınabilecek puanın %50’si olarak kabul edildiğinde ölçek ortalama puanının daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0,001).

Tablo 12. Katılımcıların gebelikle ilişkili anksiyete ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

	Hiçbir zaman n (%)	Bazen n (%)	Oldukça sık n (%)	Çok sık n (%)
<i>Doğum Kaygıları</i>				
1. Gereksiz müdahalelerle ilgili kaygılarım var.	29 (26,4)	54 (49,1)	18 (16,4)	9 (8,2)
2. Doğum esnasında vücudumun yırtılması ya da kesilmek zorunda kalınması ile ilgili kaygılarım var.	34 (30,9)	38 (34,5)	24 (21,8)	14 (12,7)
3. Doğum sırasındaki müdahalelerden korkuyorum.	22 (20,0)	49 (44,5)	22 (20,0)	17 (15,5)
4. Doğum esnasında kısıtlanmak ve hareket edememekle ilgili kaygılarım var.	31 (28,2)	48 (43,6)	18 (16,4)	13 (11,8)
5. Doğum esnasında zarar görmekten korkuyorum.	23 (20,9)	49 (44,5)	20 (18,2)	18 (16,4)
6. Doğum eylemi sırasında vücudumun kontrolünü kaybetmekten korkuyorum.	27 (24,5)	48 (43,6)	21 (19,1)	14 (12,7)
<i>Beden İmajı Kaygıları</i>				
7. Görünüşümden memnunum.	4 (3,6)	24 (21,8)	33 (30,0)	49 (44,5)
8. Kendimi çekici hissetmiyorum.	56 (50,9)	41 (37,3)	5 (4,5)	8 (7,3)
9. Aynaya baktığımda, kendimi mutsuz hissediyorum.	72 (65,5)	31 (28,2)	5 (4,5)	2 (1,8)
10. Bir daha asla eski halime dönemeyeceğimden korkuyorum.	85 (77,3)	21 (19,1)	3 (2,7)	1 (0,9)
11. Kocamın/partnerimin beni çekici bulmamasından endişeliyim.	84 (76,4)	22 (20,0)	3 (2,7)	1 (0,9)
<i>Doğuma Yönelik Tutumlar</i>				
12. Kendimi doğuma hazır hissediyorum.	9 (8,2)	48 (43,6)	28 (25,5)	25 (22,7)
13. Doğumu düşündüğümde acıyla başa çıkabileceğimi biliyorum.	5 (4,5)	44 (40,0)	35 (31,8)	26 (23,6)
14. Doğum sırasında iyi hissedeceğime eminim.	9 (8,2)	45 (40,9)	30 (27,3)	26 (23,6)
<i>Annelikle İlgili Endişeler</i>				
15. Bebek ağladığında ne istediğini bilemeyeceğim endişesi taşıyorum.	48 (43,6)	38 (34,5)	14 (12,7)	10 (9,1)
16. İyi bir anne olamayacağım diye endişeliyim.	69 (62,7)	26 (23,6)	12 (10,9)	3 (2,7)
17. Evdeyken bebeğime bakamayacağım diye endişeleniyorum.	72 (65,5)	28 (25,5)	8 (7,3)	2 (1,8)
<i>Gebeliği Kabul Etmek</i>				
18. Bebeğime kavuşmak için sabırsızlanıyorum.	0 (0,0)	3 (2,7)	18 (16,4)	89 (80,9)
19. Bu hamileliği çok istedim.	5 (4,5)	8 (7,3)	23 (20,9)	74 (67,3)
20. Kocam/partnerim ve ben bu bebeği dört gözle bekliyoruz.	0 (0,0)	1 (0,9)	13 (11,8)	96 (87,3)
<i>Anksiyete Göstergeleri</i>				
21. Bazen sebepsiz yere paniğe kapılıyorum.	26 (23,6)	59 (53,6)	17 (15,5)	8 (7,3)
22. Bazen endişelerim çığ gibi büyüyecek gibi görünüyor.	48 (43,6)	47 (42,7)	7 (6,4)	8 (7,3)
23. Endişelerim günlük faaliyetlerimi etkiliyor.	68 (61,8)	30 (27,3)	8 (7,3)	4 (3,6)
24. Kendimi rahat hissediyorum.	9 (8,2)	27 (24,5)	42 (38,2)	32 (29,1)

Tablo 12. Katılımcıların gebelikle ilişkili anksiyete ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı (devamı)

Tıbbi Personele Yönelik Tutumlar				
25. Ebelerin/doktorların bana dostça davranacağını biliyorum.	2 (1,8)	14 (12,7)	31 (28,2)	63 (57,3)
26. Ebelerin/doktorların nazik ve yardımsever davranacağını biliyorum.	1 (0,9)	10 (9,1)	33 (30,0)	66 (60,0)
27. Ebelere/doktorlara her şeyi sorabileceğimi biliyorum.	0 (0,0)	10 (9,1)	24 (21,8)	76 (69,1)
Kaçınma				
28. Vajinal doğum yerine sezaryen doğumu düşünebilirim.	34 (30,9)	37 (33,6)	6 (5,5)	33 (30,0)
29. Genellikle sezaryenin vajinal doğumdan daha iyi olduğunu düşünüyorum.	69 (62,7)	19 (17,3)	6 (5,5)	16 (14,5)
30. Sezaryen doğumun vajinal doğumdan daha güvenli olduğunu düşünüyorum.	69 (62,7)	19 (17,3)	3 (2,7)	19 (17,3)
Bebekle İlgili Endişeleri				
31. Eğer bebeğim normal olmazsa ne yaparım diye endişeleniyorum.	42 (38,2)	45 (40,9)	13 (11,8)	10 (9,1)
32. Hasta ya da engelli bir bebeğim olmasından endişe duyuyorum.	40 (36,4)	45 (40,9)	16 (14,5)	9 (8,2)
33. Sürekli bebeğimde fiziksel bir sorun olacak diye endişeleniyorum.	53 (48,2)	43 (39,1)	9 (8,2)	5 (4,5)

Tablo 13. Gebelikle ilişkili anksiyete ölçeği toplam ve alt boyut puanları

	Ortalama±SS	En düşük-En yüksek
Doğum Kaygıları	13,15±4,61	6,0-24,0
Beden İmajı Kaygıları	7,50±2,57	5,0-20,0
Doğuma Yönelik Tutumlar	6,96±2,45	3,0-12,0
Annelikle İlgili Endişeler	4,86±2,16	3,0-12,0
Gebeliği Kabul Etmek	3,84±1,32	3,0-9,0
Anksiyete Göstergeleri	7,48±2,73	4,0-16,0
Tıbbi Personele Yönelik Tutumlar	4,50±1,98	3,0-9,0
Kaçınma	5,80±3,01	3,0-12,0
Bebekle İlgili Endişeler	5,55±2,31	3,0-12,0
Gebelikle İlişkili Anksiyete Toplam Puan	59,68±13,83	33,0-109,0

Katılımcıların GİA ve AKBSDO puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 14’de verilmiştir.

Katılımcıların GİA puanları eğitim, çalışma durumu, eşlerinin meslek durumu ve gelir düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

GİA alt ölçeklerinin sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde üniversite ve üzeri eğitim durumu olanların ($p=0,023$), eşi memur olanların ($p=0,017$), gelir düzeyi daha yüksek olanların ($p=0,028$) “annelikle ilgili endişeler” puanları daha yüksek saptanmıştır. Çalışan gebelerin “gebeliği kabul etme” puanları çalışmayanlara göre daha yüksek saptandı ($p=0,030$). Eşi memur olanların “anksiyete göstergeleri” puanı diğerlerine göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,026$).

Katılımcıların AKBSDO puanları incelendiğinde; içsel ve şansa bağlı denetim odakları eğitim, çalışma durumu, eşlerinin meslek durumu, gelir düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat eşlerinin meslek gruplarına ve gelir düzeyi gruplarına göre güçlü diğerleri denetim odağı puanları arasındaki farklılık anlamlıdır. Eşi memur olanların güçlü diğerleri denetim odağı puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,021$). Asgari ücretin altında geliri olduğunu bildiren grubun güçlü diğerleri denetim odağı puanı anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,042$).

Tablo 14. Katılımcıların GİA ve AKBSDO puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

		GİA Ortalama±SS	İçsel Ortalama±SS	Şans Ortalama±SS	Güçlü diğer Ortalama±SS
Eğitim durumu	Lise ve altı	57,13±14,95	46,56±7,29	33,56±13,91	37,72±8,58
	Üniversite ve üzeri	61,37±12,86	47,27±8,04	33,16±12,84	39,93±7,94
	p	0,116	0,370*	0,877	0,280*
Çalışma durumu	Çalışıyor	61,33±16,26	47,42±7,64	31,20±12,96	38,84±7,94
	Çalışmıyor	58,53±11,86	46,69±8,10	34,80±13,28	39,20±8,50
	p	0,328	0,280*	0,102*	0,825
Eş çalışma durumu	Serbest	56,36±15,12	48,76±5,37	33,70±12,59	39,56±6,04
	Memur	62,27±14,78	47,44±7,37	34,40±13,18	41,38±7,87
	İşçi	57,08±10,47	44,52±10,65	32,65±14,39	35,47±10,51
	Diğer	62,22±9,31	45,00±9,09	31,11±11,67	36,11±4,59
	p	0,215	0,501**	0,893	0,021
Gelir düzeyi	Asgari ücretin altı	57,50±14,08	45,16±9,49	32,22±15,59	34,83±10,11
	Asgari ücret ve asgari ücretin 2 katı arası	58,48±12,68	47,64±6,27	34,05±11,88	39,07±6,77
	Asgari ücretin 2 katı ve üzeri	61,30±14,60	47,13±8,41	33,16±13,51	40,47±8,19
	p	0,485	0,747**	0,884	0,042

* Mann-Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi

Katılımcıların GİA ve AKBSDO puanlarının gebelik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 15’de verilmiştir.

Katılımcıların GİA puanları kronik hastalık durumuna, gebelik sayısına, düşük sayısına, kürtaj sayısına, yaşayan çocuk sayısına, gebelik haftasına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların GİA puanları gebelik öncesi tanı alınan psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığı olması durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Gebelik öncesi tanı alınan psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığı olanların olmayanlara göre GİA düzeyleri yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

GİA alt ölçeklerinin sosyodemografik gebelik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde gebelik öncesi psikolojik/psikiyatrik hastalık tanısı

olanların ($p=0,012$), ilk gebeliği olanların ($p=0,004$), düşük ($p=0,013$) ve kürtaj öyküsü olmayanların ($p=0,001$), yaşayan çocuğu olmayanların ($p=0,003$) “annelikle ilgili endişeler” puanları daha yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların gebelikte kaçınma durumları gebelik haftası ile anlamlı farklılık göstermektedir. ($p=0,032$). 2. trimesterde, gebelerin kaçınma düzeyi diğer trimesterlerden daha yüksek saptanmıştır.

Kronik hastalığı olmayanların ($p=0,034$), gebelik öncesi psikolojik/psikiyatrik hastalık tanısı olanların ($p=0,050$), kürtaj öyküsü olmayanların ($p=0,015$) beden imajı puanları daha yüksek saptandı.

Gebelik öncesi psikolojik/psikiyatrik hastalık tanısı olanların “doğum kaygıları”, “doğuma yönelik tutumlar”, “bebekle ilgili endişeler” “anksiyete göstergeleri” puanları olmayanlara göre daha yüksek saptandı (sırasıyla $p=0,028$, $p=0,001$, $p=0,017$, $p=0,030$).

İkinci trimesterde olan gebelerin “kaçınma” puanı diğer trimesterlerden daha yüksek saptandı ($p=0,032$).

Katılımcıların AKBSDO puanları incelendiğinde; içsel ve güçlü diğer denetim odakları kronik hastalık durumuna, gebelik sayısına, düşük sayısına, kürtaj sayısına, gebelik haftasına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Katılımcılardan yaşayan çocuğu olmayanların olanlara göre güçlü diğerleri denetim odağı daha yüksek saptanmıştır ($p=0,033$).

Katılımcılardan kronik hastalığı olanların şansa bağlı denetim odak puanı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,039$).

Katılımcılardan düşük öyküsü olanların şansa bağlı denetim odak puanı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,001$).

Katılımcılardan kürtaj öyküsü olanların şansa bağlı denetim odak puanı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır ($p < 0,001$).

Tablo 15. Katılımcıların GİA ve AKBSDO puanlarının gebelik özelliklerine göre karşılaştırılması

		GİA Ortalama±SS	İçsel Ortalama±SS	Şans Ortalama±SS	Güçlü diğer Ortalama±SS
Kronik hastalık	Var	54,40±9,48	44,20±13,60	41,90±10,57	36,90±10,45
	Yok	60,21±14,12	47,27±7,13	32,47±13,19	39,27±8,02
	p	0,207	0,896*	0,039*	0,429*
Gebelik öncesi tanı alınan psikolojik/psikiyatrik rahatsızlık	Var	78,85±18,26	50,85±2,96	28,71±16,52	39,57±8,03
	Yok	58,37±12,56	46,72±8,05	33,64±13,00	39,01±8,29
	p	<0,001	0,205*	0,342	0,865
Gebelik sayısı	İlk gebelik	61,33±13,57	47,58±6,23	30,98±14,18	40,57±7,99
	2 ve üzeri	57,96±14,01	46,37±9,32	35,75±11,77	37,48±8,27
	p	0,202	0,778*	0,082*	0,055*
Düşük sayısı	0	60,59±14,07	47,21±8,06	31,95±13,74	39,16±8,67
	1 ve üzeri	55,31±12,00	45,89±7,07	39,89±7,68	38,52±5,86
	p	0,131	0,279*	0,001	0,393*
Kürtaj sayısı	0	60,52±13,87	46,87±7,94	31,72±13,34	39,00±8,48
	1 ve üzeri	55,05±13,01	47,64±7,80	42,11±8,33	39,35±6,99
	p	0,135	0,486*	<0,001	0,872
Yaşayan çocuk	0	60,84±13,27	47,10±6,60	31,85±13,86	40,46±7,77
	1 ve üzeri	58,06±14,56	46,82±9,46	35,36±12,11	37,08±8,55
	p	0,301	0,324*	0,171	0,033
Gebelik haftası	1.trimester	58,13±15,38	45,97±7,98	33,69±12,33	39,41±9,45
	2.trimester	60,48±12,39	47,20±8,34	31,18±14,24	39,67±7,90
	3.trimester	60,35±14,12	47,87±7,22	35,87±12,64	37,77±7,25
	p	0,720	0,558**	0,393**	0,427**

* Mann-Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi

Katılımcıların GİA ve AKBSDO puanlarının sigara, alkol, çay-kahve kullanım durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 16’da verilmiştir.

Katılımcıların GİA puanları; sigara kullanımı, alkol kullanımı, günlük çay tüketimi ve günlük kahve tüketimi durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların AKBSDO puanları incelendiğinde şansa bağlı ve güçlü diğer denetim odak puanları; sigara kullanımı, alkol kullanımı, günlük çay tüketimi ve günlük kahve tüketimi durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların içsel denetim odağı puanı günlük çay tüketim miktarlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir. Hiç çay tüketmeyenlerin içsel denetim odak puanı, çay tüketenlere göre daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca günde 2 ve daha az standart çay bardağı çay tüketenlerin içsel denetim odak puanı günde 3 ve daha fazla standart çay bardağı çay tüketenlere göre daha yüksek saptanmıştır, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,002$).

Katılımcıların içsel denetim odağı puanı günlük kahve tüketim miktarlarına göre sınırdan anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,051$). Hiç kahve tüketmeyenlerin içsel denetim odak puanı, kahve tüketenlere göre daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 16. Katılımcıların GİA ve AKBSDO puanlarının sigara, alkol, çay-kahve kullanım durumlarına göre karşılaştırılması

		GİA Ortalama±SS	İçsel Ortalama±SS	Şans Ortalama±SS	Güçlü diğer Ortalama±SS
Sigara kullanımı	Evet	56,40±14,79	49,80±3,15	27,80±12,38	39,80±7,45
	Hayır	60,01±13,76	46,71±8,17	33,88±13,23	38,98±8,34
	p	0,434	0,498*	0,120*	0,851*
Alkol kullanımı	Evet	59,38±13,80	46,98±7,99	33,65±13,19	38,91±8,22
	Hayır	70,33±12,50	47,33±1,52	21,66±9,23	44,00±9,00
	p	0,177	0,428*	0,076*	0,294
Günlük çay tüketimi (standart çay bardağı)	0	62,85±14,92	50,80±3,47	31,30±14,90	40,55±5,51
	2 ve daha az	57,27±12,07	47,86±6,71	33,43±12,85	39,25±8,01
	3 ve daha fazla	62,06±15,65	43,03±10,08	34,40±13,07	37,75±9,94
	p	0,154	0,002**	0,713	0,477
Günlük kahve tüketimi (standart kahve fincanı)	0 fincan	61,07±14,10	48,25±7,48	34,11±14,39	40,44±7,64
	1-2 fincan	58,33±13,56	45,76±8,14	32,57±12,06	37,71±8,63
	p	0,302	0,051*	0,544	0,082

* Mann-Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi

Katılımcılardan PHQ2 testine göre depresyon açısından riskli çıkanların GİA puanı, risk olmayan gruba göre daha yüksek saptanmış olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Risk olan grubun şans ve güçlü diğer alt boyut puanları risk olmayan gruba göre daha yüksektir ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların GİA ve AKBSDO puanlarının PHQ2 Ölçeği risk grubuna göre karşılaştırılması

		GİA Ortalama±SS	İçsel Ortalama±SS	Şans Ortalama±SS	Güçlü diğer Ortalama±SS
PHQ2 puanı	Risk yok	56,88±12,38	47,13±8,05	32,70±12,96	38,79±8,20
	Risk var	70,86±13,91	46,40±7,32	35,81±14,22	40,09±8,51
	p	<0,001	0,574*	0,304*	0,515*

* Mann-Whitney U testi

Tablo 18. Katılımcıların GİA ve AKBSDO ölçek puanlarının korelasyon analizleri

	Yaş	GİA toplam	Doğum Kaygıları	Beden İmajı Kaygıları	Doğuma Yönelik Tutumlar	Annelikle İlgili Endişeler	Gebeliği Kabul Etmek	Anksiyete Göstergeleri	Tıbbi Personele Yönelik Tutumlar	Kaçınma	Bebekle İlgili Endişeler	İçsel	Şans	Güçlü diğer
Yaş	1,000	0,079	0,001	0,085	0,065	0,015	0,112	0,030	-0,171	0,171	0,069	0,123	-0,26	-0,26
GİA toplam		1,000	0,702**	0,582**	0,644**	0,668**	0,444**	0,714**	0,447**	0,400**	0,574**	-0,140	0,084	-0,113
Doğum Kaygıları			1,000	0,323**	0,477**	0,332**	0,103	0,425**	0,165	0,081	0,313**	0,040	0,123	-0,093
Beden İmajı Kaygıları				1,000	0,334**	0,416**	0,270**	0,449**	0,250**	0,225**	0,291**	-0,148	-0,064	-0,029
Doğuma Yönelik Tutumlar					1,000	0,377**	0,382**	0,291**	0,321**	0,107	0,312**	-0,143	0,083	-0,197*
Annelikle İlgili Endişeler						1,000	0,328**	0,459**	0,241*	0,202*	0,456**	-0,088	0,014	0,004
Gebeliği Kabul Etmek							1,000	0,228*	0,375**	0,244*	0,161	-0,177	-0,017	-0,176
Anksiyete Göstergeleri								1,000	0,217*	0,190*	0,447**	-0,152	0,094	-0,016
Tıbbi Personele Yönelik Tutumlar									1,000	-0,011	0,306..	-0,309**	-0,008	-0,331**
Kaçınma										1,000	0,084	0,096	0,077	0,049
Bebekle İlgili Endişeler											1,000	-0,172	0,140	-0,064
İçsel												1,000	0,201*	0,367**
Şans													1,000	0,162
Güçlü diğer														1,000

*Korelasyon 0,05 seviyesinde önemlidir. **Korelasyon 0,01 seviyesinde önemlidir.

GİA toplam puanı ile doğum kaygıları arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki, beden imajı kaygıları arasında pozitif yönde orta derecede ilişki, doğuma yönelik tutumlar arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki, annelikle ilgili endişeler arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki, gebeliği kabul etmek arasında zayıf-orta derecede ilişki, anksiyete göstergeleri arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki, tıbbi personele yönelik tutumlar arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki, kaçınma ile arasında pozitif yönlü zayıf-orta derecede ilişki, bebekle ilgili endişeler arasında pozitif yönde orta derecede ilişki bulunmaktadır.

Doğum kaygıları ile beden imajı kaygıları arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki, doğuma yönelik tutumlar arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki, annelikle ilgili endişeler arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki, anksiyete göstergeleri ile arasında zayıf-orta derecede ilişki bulunmaktadır.

Beden imajı kaygıları ile doğuma yönelik tutumlar arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki, annelikle ilgili endişeler arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki, gebeliği kabul etmek arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki, anksiyete göstergeleri ile arasında zayıf-orta derecede ilişki, tıbbi personele yönelik tutumlar arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki, kaçınma ile arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki, bebekle ilgili endişeler arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki bulunmaktadır.

Doğuma yönelik tutumlar ile annelikle ilgili endişeler arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki, gebeliği kabul etmek arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki, anksiyete göstergeleri ile arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki, tıbbi personele yönelik tutumlar arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki, bebekle ilgili endişeler arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki, güçlü diğerlerine bağlı sağlık denetim odağı ile arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki bulunmuştur.

Annelikle ilgili endişeler ile gebeliği kabul etmek arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki, anksiyete göstergeleri ile arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki, tıbbi personele yönelik tutumlar arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki, kaçınma ile arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki, bebekle ilgili endişeler arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki bulunmuştur.

Gebeliği kabul etmek ile anksiyete göstergeleri arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki, tıbbi personele yönelik tutumlar arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki bulunmuştur.

Anksiyete göstergeleri ile tıbbi personele yönelik tutumlar arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki, kaçınma ile arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki, bebekle ilgili endişeler arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki bulunmuştur.

Tıbbi personele yönelik tutumlar ile bebekle ilgili endişeler arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki, içsel sağlık denetim odağı arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki, şansa bağlı sağlık denetim odağı ile arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki, güçlü diğerlerine bağlı sağlık denetim odağı ile arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki bulunmuştur.

İçsel sağlık denetim odağı ile şansa bağlı sağlık denetim odağı arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki, güçlü diğerlerine bağlı sağlık denetim odağı ile arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki bulunmuştur.

Tablo 19. Katılımcıların gebelikte tetanoz, grip, COVID aşılarının yapılması konusundaki endişe durumları ilgili puanların GİA ve AKBSDO puanları ile korelasyon analizleri

	Tetanoz aşısı endişesi	Grip aşısı endişesi	Covid aşısı endişesi	GİA toplam	İçsel	Şans	Güçlü diğer
Tetanoz aşısı endişesi	1,000	0,617**	0,249**	0,266**	-0,005	-0,054	-0,065
Grip aşısı endişesi		1,000	0,397**	0,374**	-0,097	-,065	-0,117
Covid aşısı endişesi			1,000	0,125	-0,081	0,078	-0,007
GİA toplam				1,000	-0,140	0,084	-0,113
İçsel					1,000	0,201*	0,367**
Şans						1,000	0,162
Güçlü diğer							1,000

*Korelasyon 0,05 seviyesinde önemlidir. **Korelasyon 0,01 seviyesinde önemlidir.

Tetanoz aşısına yönelik endişe puanı ile grip aşısına yönelik endişe puanı arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki, covid aşısına yönelik endişe puanı arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki, GİA toplam puanı arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki bulunmuştur.

Grip aşısına yönelik endişe puanı ile covid aşısına yönelik endişe puanı arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki, GİA toplamı puan arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede ilişki bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi birimlerine kayıtlı anne adaylarının gebelikle ilgili kaygı ve fetal sağlık denetim odağı durumlarının değerlendirildiği çalışmanın tartışma bölümü araştırma sorularına yanıt verecek tarzda sunulmuştur.

5.1. Birinci Basamaktan Hizmet Alan Gebelerin Gebelikle İlgili Kaygı Durumları Nasıldır?

Literatür incelendiğinde gebelikte kaygıyı araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak bunların çoğunda Beck Anksiyete Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin kullanıldığı göze çarpmaktadır. Bu çalışmada kullanılan GİAÖ ise, diğer ölçeklerden farklı olarak gebeliğe özgü kaygı alanlarını değerlendirmektedir. Ölçeğin toplam puan ortalaması $59,68 \pm 13,83$ bulunmuştur. Ölçeğin bir kesme değeri olmadığı için test değeri alınabilecek puanın %50'si olarak kabul edildiğinde ölçek ortalama puanının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

Alkaş ve arkadaşlarının 'Primipar Gebelerde Anksiyete ve Prenatal Bağlanma: Pandemi Sürecinin Etkileri' çalışmasında İstanbul'un bir ilçesine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine belli tarihler arasında başvuran ve çalışmaya katılan COVID-19 pandemi sürecinde gebelik yaşayan gebelerin GİA durumları incelenmiştir. GİAÖ toplam ortalama puanlarının $61,58 \pm 14,83$ olduğu ve gebelerin anksiyete düzeylerinin orta düzeyde olduğu bildirilmiştir.¹⁷⁵ Pandemi süreci gebelerin kaygı düzeyinin daha yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

Deşer'in üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğine başvuran gebelerde yaptıkları çalışmada GİAÖ toplam puan ortalaması $70,86 \pm 14,20$ bulunmuş ve bu puana göre gebelikle ilişkili anksiyete durumu düşük-orta düzey olarak değerlendirilmiştir.¹⁷⁶ Çalışmanın üçüncü basamak bir hastanede yapılmış olması kaygıyı arttırıyor olabilir.

Akın ve arkadaşlarının Türkiye genelinde çevrimiçi ankete katılan ve belirlenen kriterlere uygun 268 gönüllü gebe ile yaptıkları çalışmada ölçek ortalama puanı

69,40±11,25 bulunmuş ve bu puana göre katılımcıların gebelikle ilişkili kaygı durumları orta olarak değerlendirilmiştir.¹⁷⁷ Evrenin tüm Türkiye'deki gebeleri kapsamaması, örneklemin gönüllü katılımcılardan oluşması (kaygısı olanların çalışmaya katılmış olması ihtimali) ve verilerin online toplanması kaygı düzeyinin daha yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

Sonuç olarak bizim çalışmamızda GİA toplam puanını düşük saptamamız birinci basamak sağlık hizmetlerinde gebelerin daha düzenli takip edildiği, sağlık hizmetlerine erişimlerinin daha kolay ve hızlı olması olabilir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre, aile hekimleri kendilerine kayıtlı her gebe kadına gebelik süresi boyunca DÖB (Doğum Öncesi Bakım) hizmeti sunmakla yükümlüdür. DÖB Yönetim Rehberi'nde, aile hekimleri tarafından sağlanacak DÖB hizmetinin nicelik ve nitelikleri belirlenmiştir. Rehberde göre, her gebenin ilk 14 hafta içinde ve 18-24, 30-32 ve 36-38. haftalar arasında olmak üzere toplam dört kez izlenmesi gerekmektedir.¹⁶⁰ Bu izlem ziyaretlerinde yapılması gereken muayene, ölçüm, testler ve danışmanlık hizmetleri ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Bu kapsamda kişilerin birinci basamakta aldıkları hizmetin sürekliliği, etkili iletişim, yapılan gebe izlemleri, testler, takipler neticesinde yapılan görüşmeler gebelerin kaygısını azaltıyor olabilir.

5.2. Birinci Basamaktan Hizmet Alan Gebelerin Gebelikle İlgili Kaygı Durumlarının Sosyodemografik Ve Gebelik Özellikleri İle İlişkisi Nasıldır?

Katılımcıların GİA toplam puanları eğitim durumuna, çalışma durumuna, eşlerinin meslek durumuna, gelir düzeylerine, kronik hastalık durumuna, gebelik sayısına, düşük sayısına, kürtaj sayısına, yaşayan çocuk sayısına, gebelik haftasına göre göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Erdem ve arkadaşlarının çalışmasına göre, düşük eğitim düzeyine sahip kadınların anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁷⁸ Üst ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim düzeyi ile kaygı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş; eğitim düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığı gözlemlenmiştir.¹⁷⁹ Benzer bir şekilde, Tunç ve arkadaşlarının araştırmasında eğitim seviyesi düşük olan gebelerin anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.¹⁸⁰ Tarafa ve arkadaşlarının çalışması, eğitim düzeyi arttıkça anksiyete seviyelerinin düştüğünü ortaya koyarken,¹⁸¹ Durmuş ve arkadaşlarının çalışmasında,

katılımcıların %35'inin üniversite, %31,5'inin ise lise mezunu olduğu tespit edilmiştir. Durmuş ve arkadaşları eğitim ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır; ancak ilköğretim mezunu gebelerin anksiyete seviyeleri üniversite mezunu gebelere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.¹⁸² Kaya Zaman ve arkadaşlarının çalışmasında ise gebelerde eğitim durumu ile anksiyete arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.¹⁸ Deşer'in çalışmasında gebelerin %18'i üniversite, %24'ü ise ilkokul mezunudur. Lise ve üzeri eğitimi olan kişilerin GİA toplam puanları daha yüksek saptanmıştır.¹⁷⁶ Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2023 verilerine göre, 2022 yılında doğum yapan kadınların %30'u üniversite mezunudur.¹⁸³

Bizim çalışmamızda ise üniversite ve üzeri eğitim durumu olanların “annelikle ilgili endişeler” puanı daha yüksek saptanmıştır. Bu durum bizim çalışmamızda anket sosyodemografik formunda yüksekokul, lisans, lisansüstünün tek bir seçeneğe dahil edilmiş olması ve katılımcıların büyük kısmının (%60'ının) bu grupta olmasından kaynaklanıyor olabilir. Eğitim düzeyi yüksek kadınlar, gebelik süreciyle ilgili daha fazla bilgiye erişebilir ve bu konuda ayrıntılı araştırmalar yapabilir. Ancak, yüksek farkındalık bazı risklerin fazla büyütülmesine, bu dönemdeki doğal endişelerin daha da artmasına sebep olabilir. Eğitim düzeyi yüksek kadınlar, gebelikle birlikte iş ve kariyer gelişimi konularında daha fazla baskı hissedebilirler. Bu da hem gebelik sürecinde hem de doğum sonrası dönemde anksiyeteyi artırabilir.

Yücel ve arkadaşlarının çalışmasında, gelir ile anksiyete belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.¹⁹ Ortaarık ve arkadaşlarının araştırmasında da aylık gelir ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.¹⁸³ Deşer ve arkadaşları da çalışmalarında gelir düzeyi ve gebelikle ilişkili anksiyete arasında anlamlı fark saptamamıştır fakat gelir düzeyi yüksek olanların GİA toplam puanı daha yüksek saptanmıştır.¹⁷⁶

Üst ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, düşük gelir seviyesine sahip gebelerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.¹⁷⁹ Dağlar ve arkadaşlarının araştırması da bu bulguyu destekleyerek, aylık geliri düşük olanlarda anksiyetenin daha yüksek olduğunu göstermiştir.¹⁸⁵ Çakır ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde, gelir düzeyi azaldıkça anksiyetenin arttığı gözlemlenmiştir.¹⁸⁶ Ancak Tunç ve arkadaşlarının araştırmasında, düşük gelir düzeyine sahip olanlarda anksiyete oranı anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.¹⁸⁰

Gözüyeşil ve arkadaşlarının araştırmasında, gebelerin çalışma durumları ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte, çalışmayan gebelerin anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.³¹ Benzer şekilde, Durmuş ve arkadaşlarının çalışmasında da gebelerin çalışma durumlarına göre anksiyete düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.¹⁸² Deşer ve arkadaşları da çalışmalarında çalışma durumu ve gebelik ile ilişkili anksiyete arasında anlamlı fark saptamamıştır.¹⁷⁶

Bizim çalışmamızda ise eşi memur olanların ve gelir düzeyi daha yüksek olanların, “annelikle ilgili endişeler” puanları daha yüksek saptanmıştır. Çalışan gebelerin “gebeliği kabul etme” puanları çalışmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Eşi memur olanların “anksiyete göstergeleri” puanı diğerlerine göre daha yüksek saptanmıştır.

Tüm bu bulgular gelir düzeyi ile ilişkilendirilebilir. Gelir düzeyi yüksek olanlarda gebelik ile ilişkili anksiyetenin daha yüksek olmasının birkaç nedeni olabilir. Gelir düzeyi yüksek olan kadınlar, gebelik ile ilgili daha fazla bilgiye ve kaynağa erişim sağladıkça, potansiyel riskler hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilirler. Bu durum, kaygıyı tetikleyebilir, çünkü bilinçli farkındalık risklerin büyütülmesine sebep olabilir. Yüksek gelir seviyesine sahip bireyler, genellikle çocukları için daha yüksek yaşam standartları ve geleceğe dair beklentiler oluştururlar. Bu durum, gebelik sürecinin sorunsuz geçmesi konusundaki baskıyı artırabilir ve anksiyetenin yükselmesine yol açabilir. Gebelik ve ebeveynlik konularında toplumun ve kendi çevrelerinin yüksek beklentileriyle karşılaşabilir. “Mükemmel ebeveyn” olma baskısı, sağlıklı bir gebelik süreci geçirme gerekliliğini daha da ön plana çıkararak kaygıyı artırabilir. İş ve finansal güvencenin sürdürülebilirliği konusunda kaygılar olabiliyor. Gebelik ile birlikte işten uzak kalma, kariyer gelişimi gibi konular da bu endişeleri artırabilir.

Gebelikte anksiyete sıklığının, gebeliğin trimesterlerine göre değişiklik gösterebildiği gözlenmiştir. Lee ve arkadaşlarının çalışmasında, gebelerin %54’ünde kaygı belirtileri görülmüş; özellikle birinci ve üçüncü trimesterlerde kaygının daha yaygın ve şiddetli olduğu rapor edilmiştir.¹⁸⁷ Tekgöz ve arkadaşlarının araştırması ise, gebeliğin son üç ayında olan kadınların %50,5’inin bir ya da daha fazla psikiyatrik tanı aldığını ve bu tanıların arasında %40,2 ile en yaygın olanın anksiyete olduğunu

göstermektedir.¹⁸⁸ Yine başka bir çalışmada gebelik haftası ilerledikçe anksiyete seviyelerinde artış gözlemlenmiştir.¹⁸⁹

Buna karşılık, Tunç ve arkadaşlarının araştırmasında gebelik haftasının ilerlemesinin anksiyete üzerinde bir değişiklik yaratmadığı saptanmıştır.¹⁸⁰ Benzer şekilde, Durmuş ve arkadaşlarının çalışmasında da gebelik haftası ile anksiyete arasında pozitif bir ilişkiye rastlanmamıştır.¹⁸²

Bir çalışmada ilk trimesterde duygulanım bozukluğunda artış görüldüğü saptanmışken,¹⁹⁰ başka bir çalışmada son trimesterde yüksek olduğu bildirilmiştir.¹⁹¹ Kaya Zaman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üçüncü trimesterde Beck depresyon ve anksiyete puanlarının diğer trimesterlerden anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir.¹⁸ Deşer ve arkadaşlarının çalışmasında gebelik haftası arttıkça anksiyete artsa da istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır.¹⁷⁶

Bizim çalışmamızda katılımcıların gebelikte kaçınma durumları gebelik haftası ile anlamlı farklılık göstermektedir. İkinci trimesterde olan gebelerin “kaçınma” puanı diğer trimesterlerden daha yüksek saptanmıştır. İkinci trimesterde gebelik tarama testlerinin daha sık olması ve gebelerin buna bağlı hekim ziyaretlerinin sıklığı anksiyetelerini artırıcı bir faktör olabilir. İkinci trimesterde bebek hareketleri hissedilmeye başlar ve bu durum annelikle ilgili farkındalığı artırabilir. Bu farkındalık, doğuma ve ebeveynliğe dair kaygıları tetikleyebilir. Bu dönemde vücuttaki fiziksel değişimlerin belirginleşmesiyle birlikte doğumun yaklaşmakta olduğu gerçeği daha somut hale gelir. Bu durum, bilinçdışında gelecekteki sorumluluklara dair kaygıları artırabilir. Normal doğum ve sezaryenle ilgili çelişkili bilgilere maruz kalmak, annelerde kararsızlık yaratabilir. Toplumsal normlar, aile ve sosyal çevrenin etkileri, bireyde doğum şekline dair çelişkiler oluşturabilir. İkinci trimesterde bebeğin sağlığı ile ilgili yapılan testler de anne adaylarının kaygı seviyelerini artırabilir. Ayrıca, doğum sırasında yaşanabilecek olası komplikasyonlara dair endişeler doğum şekline dair kararsızlığa neden olabilir.

Arslan ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların öykülerine göre önceki gebeliklerinde; %3,8’inin bilinen bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunurken (depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu), %96,3’ünün herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmamaktadır.¹⁹⁰

Gebelik öncesi psikolojik/psikiyatrik hastalık tanısı olanların “doğum kaygıları”, “doğuma yönelik tutumlar”, “annelikle ilgili endişeler”, “bebekle ilgili endişeler” “anksiyete göstergeleri” ve GİA toplam puanları olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Gebelik öncesinde psikolojik ya da psikiyatrik bir tanı almış gebelerde gözlenen daha yüksek düzeyde gebelikle ilişkili anksiyete ve ilgili endişeler, çeşitli biyolojik, psikososyal ve çevresel faktörlere dayanabilir. Önceden tanı almış gebeler, anksiyete ve depresyon gibi durumlara daha yatkın olabilir. Gebelik döneminde hormonal değişiklikler ve vücutla ilgili belirsizlikler, mevcut ruhsal kırılganlığı tetikleyerek anksiyete düzeyini artırabilir. Gebelikle birlikte gelen belirsizlik, doğum süreci ve annelikle ilgili kontrol kaybı hissi, geçmişten gelen anksiyete bozukluklarını olan gebelerde daha yoğun olabilir. Bu durum özellikle doğum kaygısını ve bebekle ilgili endişeleri artırabilir. Ruhsal rahatsızlık geçmişi olan gebeler, önceki psikiyatrik süreçlerinde yaşadıkları stres ve kaygıların gebelikte de tekrar edeceğinden endişe edebilirler. Bu durum, annelik ve bebekle ilgili ek endişeler oluşturabilir. Sosyal çevreleri tarafından desteklenme ve kabul edilme konusunda ek zorluklar yaşayabilir. Destek eksikliği de anksiyete düzeylerinin artmasına neden olabilir.

Gebelik sayısının artması ile anksiyete arasında farklı sonuçlar gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, Durmuş ve arkadaşlarının araştırmasına göre, birden fazla doğumu olan gebelerin sürekli kaygı seviyeleri, yalnızca bir doğumu olan gebelere kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir.¹⁸² Yücel ve arkadaşları da benzer bir sonuç elde etmiş ve çocuk sayısının artmasının gebelikle ilişkili kaygıyı artırdığını bulmuşlardır.¹⁹ Üst ve arkadaşlarının çalışmasında da gebelik sayısının artmasıyla birlikte anksiyete seviyelerinde bir artış olduğu belirtilmiştir.¹⁷⁹ Diğer yandan, bazı çalışmalar bu ilişkiye dair çelişkili sonuçlar sunmaktadır. Örneğin, Ortaarık ve arkadaşlarının çalışmasında ilk ya da ikinci gebeliği olan kadınlarda anksiyete görülme sıklığının daha yüksek olduğu gözlemlense de bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.¹⁸⁴ Benzer şekilde, Kaya Zaman ve arkadaşlarının araştırmasında gebelik sayısı ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.¹⁸ Çakır ve arkadaşlarının çalışmasında da gebelik sayısının artmasının anksiyete düzeylerini değiştirmedığı görülmüştür.¹⁸⁶ Bununla birlikte, ilk kez gebe kalan kadınlarda kaygının daha yüksek olduğunu öne süren çalışmalar da vardır.^{16,191}

Dağlar ve Nur'un yaptığı araştırmada gebelerin %30,4'ünün daha önce gebelik kaybı yaşadığı tespit edilmiştir.¹⁸⁵ Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre kendiliğinden düşüklüklerin oranı %13, istemli düşüklüklerin oranı ise %6 olarak belirtilmiştir.¹⁹² Şahin ve arkadaşları çalışmalarında daha öncesinde düşük yapan gebelerin anksiyete düzeylerini daha yüksek bulmuştur.¹⁹³ Llewellyn ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada düşük ve ölü doğum öyküsü olanların %36'sında ileri düzey depresif semptomlar belirlenmiş ve canlı doğum yapmış kadınlara göre üç kat daha fazla depresif semptom taşıdıkları saptanmıştır.¹⁹⁴

Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelerin anksiyete ve depresyon puanları ile toplam gebelik sayıları, yaşayan çocuk sayıları, ölü doğum sayıları ve düşük sayıları arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir.¹⁹⁰

Sel ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerdeki düşük ya da küretaj öyküsü ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.¹⁹⁵

Başka bir çalışmada tekrarlayan gebelik kayıpları yaşayan 782 kadın, tek kaybı olan 218 kadın ve kaybı olmayan 138 kadından, tekrarlayan ve tek gebelik kaybı yaşayan kadınların depresyon ve anksiyete ölçeklerinden aldıkları puanlar, kaybı olmayan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Ayrıca tek gebelik kaybı olan kadınların, depresyon ve anksiyete puanlarının da tekrarlı kayıpları olanlara oranla daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.¹⁹⁶

Bizim çalışmamızda ilk gebeliği olanların, düşük ve kürtaj öyküsü olmayanların, yaşayan çocuğu olmayanların “annelikle ilgili endişeler” puanları daha yüksek saptanmıştır. İlk gebelik, bir kadının daha önce hiç deneyimlemediği fiziksel ve duygusal değişiklikleri beraberinde getirir. Doğum süreci ve bebeğin sağlığı ile ilgili bilinmeyenler, belirsizlik kaygısını artırabilir. Özellikle düşük veya kürtaj gibi deneyimlerden geçmemiş olanlar için bu yeni sorumluluk duygusu daha yoğun ve korkutucu olabilir. İlk kez ebeveyn olacak olmanın getirdiği beklenti ve baskılar kaygıyı tetikleyebilir. Kadınlar, hem kendi ebeveynlik becerilerine dair endişe duyabilir hem de çevresinden gelen tavsiye ve uyarılara karşı kendilerini yetersiz hissedebilirler. İlk gebelikte yaşanan fiziksel değişimlerin yeni ve bazen beklenmedik olması, bu sürece alışmayı zorlaştırabilir. İlk kez yaşanan semptomlar, bebeğin gelişimi veya doğum sancıları gibi konular daha yüksek kaygı düzeyine yol açabilir. İlk defa gebe olan kadınlar, doğum ve ebeveynlikle ilgili pek çok farklı bilgi kaynağına ulaşmaya çalışır.

Ancak bu bilgilerin bazılarının güvenilir olmaması veya kafa karıştırıcı olması da kaygıyı artırabilir. Tüm bunlar bir araya geldiğinde hepsi bir durumun daha önce deneyimlenmemiş olması ile bağdaştırılabilir.

Yapılan çalışmalarda kronik hastalığa sahip bireylerde, depresyon ve anksiyete görülme oranının kronik hastalığı olmayan bireylere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir.¹⁹⁷⁻¹⁹⁹

Dağlar ve Nur'un 2014 yılında gerçekleştirdiği çalışmada, gebeler arasında kronik hastalık oranı %10,1 olarak bulunmuş, kronik hastalığı olan gebelerde anksiyete oranının arttığı, ancak depresyon oranının değişmediği bildirilmiştir.¹⁸⁵ Çakır ve arkadaşlarının çalışmasında gebeliği süresince diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi gibi eşlik eden bir hastalığı olan gebelerin %42,9'unda anksiyete saptanmıştır.¹⁸⁶ Bir çalışmada kronik hastalık öyküsü bulunan olgularda olmayanlara göre anksiyete ve depresyon puanı daha yüksek görülmüştür.¹⁸

Yapılan başka bir çalışmada riskli gebelerin stres ve kaygı düzeyi, riskli olmayan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur.²⁰⁰ Riskli gebelerin bebeği kaybetme korkusu sağlıklı gebelere göre daha fazla olduğundan, fetüse daha fazla bağlandıkları ifade edilmiştir.^{88,201}

Deşer ve arkadaşları bizimle aynı ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada gebelik öncesi kronik hastalık tanısı olan ve olmayan gebeler arasında gebelik ile ilişkili anksiyete açısından anlamlı fark saptamamışlardır.¹⁷⁶

Bizim çalışmamızda kronik hastalığı olmayanların, gebelik öncesi psikolojik/psikiyatrik hastalık tanısı olanların, kürtaj öyküsü olmayanların “beden imajı” puanları daha yüksek bulunmuştur.

Kronik hastalığı olan kadınlar, genellikle bedenlerinde belirli sınırlamaları veya sağlık durumlarına bağlı değişiklikleri daha önce yaşamış olduklarından, fiziksel değişikliklere daha fazla adapte olmuş olabilirler. Buna karşın kronik hastalığı olmayan kadınlar, bedenlerindeki değişimleri daha zorlayıcı veya tehdit edici algılayabilir, bu da beden imajına yönelik kaygıyı artırabilir.

Gebelik öncesi psikolojik ya da psikiyatrik tanı almış kadınlar, genellikle beden algısına ve kendi görünümlerine daha duyarlı olabilirler. Anksiyete veya depresyon gibi rahatsızlıklar, vücut değişimlerini olumsuz algılama eğilimini artırabilir, bu da

hamilelikteki doğal kilo alımı veya fiziksel değişikliklerle daha yoğun beden imajı kaygısına yol açabilir.

Kürtaj veya düşük gibi deneyimleri olmayan kadınlar, gebeliğin bedensel değişimlerini ilk defa tecrübe ediyor olabilir. Bu durum, bedensel değişikliklere karşı hassasiyeti artırarak beden imajı kaygılarını daha yoğun hale getirebilir. Ayrıca, ilk gebelik deneyimi olduğu için bedenlerindeki değişimlere karşı daha fazla endişe duymaları muhtemeldir.

5.3. Birinci Basamaktan Hizmet Alan Gebelerin Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Durumları Nasıldır?

Çalışmamızda katılımcıların İçsel Sağlık Denetim Odağı puan ortalaması $46,99 \pm 7,88$, Şansa Bağlı Denetim Odağı puan ortalaması $33,32 \pm 13,21$, Güçlü Diğerlerine Bağlı Sağlık Denetim Odağı ortalaması $39,05 \pm 8,24$ olarak bulunmuştur.

Erdemoğlu ve arkadaşlarının Türkiye'nin doğusundaki bir kamu hastanesinin gebe polikliniklerine başvuran 461 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin, AKBSDO Ölçeği İçsel Sağlık Denetim Odağı, Şansa Bağlı Sağlık Denetim Odağı ve Güçlü Diğerlerine Bağlı Denetim Odağı alt boyutları puan ortalamaları sırasıyla $44,09 \pm 7,17$, $44,99 \pm 8,34$ ve $41,40 \pm 6,91$ 'tür. Bu çalışmaya katılan gebelerin fetal sağlığın kontrolünde öncelikle şansa bağlı faktörlerden yararlandıkları saptanmıştır.²⁰²

Gönenç ve arkadaşlarının antenatal polikliniğine başvuran 20 gebe ile “kontrol gruplu ön test-son test” modeline dayalı yarı deneysel bir çalışma olarak yürütülmüş bir çalışmada deney grubundaki gebelere 6 hafta süreli gebelik eğitimi verilmiş, kontrol grubundaki gebeler rutin hastane uygulamasına tabi tutulmuştur. Eğitim öncesinde ve sonrasında deney ve kontrol grubundaki gebelerin AKBSDO'den aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Ölçeğin alt gruplarından İçsel Sağlık Denetim Odağı alt puan ortalaması kontrol grubunda 45.10, deney grubunda 44.50, Şansa Bağlı Denetim Odağı puan ortalamaları kontrol grubu için 38.90, deney grubu için 37.10, Güçlü Diğerlerine Bağlı Sağlık Denetim Odağı puan ortalamaları kontrol grubu için 38.80, deney grubu için 41.30 bulunmuştur.²⁰³

Kızıoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında Gebelerin “İçsel Sağlık Denetim Odağı” alt boyut puan ortalaması $41,67 \pm 10,56$; “Şansa bağlı Sağlık Denetim Odağı” alt boyut puan ortalaması $36,43 \pm 12,47$ ve “Güçlü Diğerleri Sağlık Denetim Odağı” alt boyut

puan ortalaması $37,40 \pm 10,73$ olarak ve AKBSDÖ toplam puanı $115, 51 \pm 25,48$ olarak saptanmıştır.²⁰⁴

Bu farklılık birinci basamakta yapılan çalışmalarda gebe kadınların sağlık hizmetlerini daha bireysel ve kendilerine daha yakın hissetmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Birinci basamakta sağlık çalışanlarıyla daha doğrudan bir ilişki kurmak ve bireysel danışmanlık almak, kadınların kendi eylemlerinin bebeğin sağlığı üzerindeki etkisini daha fazla algılamasına neden olabilir. Ayrıca, üçüncü basamaktaki çalışmalar, daha karmaşık ve riskli gebelikleri kapsadığından, bu kadınlar belki sağlık kontrollerinde daha çok dış faktörlerin etkisini hissetmekte ve sağlık hizmetlerine güveni daha ön planda tutmakta olabilirler.

5.4. Birinci Basamaktan Hizmet Alan Gebelerin Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Durumlarının Sosyodemografik ve Gebelik Özellikleri ile İlişkisi Nasıldır?

Çalışmamızda katılımcıların içsel ve şansa bağlı denetim odak puanları eğitim, çalışma durumu, eşlerinin çalışma durumu, gelir düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Fakat güçlü diğer denetim odağı puanı gelir düzeyine ve eşlerinin meslek durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Eşi memur olanların güçlü diğerleri denetim odağı puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özcan ve Duyan'ın 2015'te gebelerle yaptığı çalışmada, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir ve işsizlik gibi faktörlerin şansa bağlı denetim odağıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu bireyler arasında plansız gebelik oranının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Aynı çalışmada, iç kontrol odaklı bireylerin ise eğitim ve iş yaşamlarına dair daha fazla sorumluluk aldıkları vurgulanmıştır.²⁰⁵ Bu durum örneklem arasındaki sosyoekonomik veya eğitim farklarından kaynaklanıyor olabilir. Bizim sonuçlarımız Türk insanı olarak daha çok toplum odaklı bir dünya görüşünü benimsememizle ilgili olabilir. Bu da bireylerin kendi kontrol yeteneklerine güvenmek yerine, güçlü diğerlerinin (aile, arkadaş veya topluluk) destekleyici rollerine olan güveni daha belirgin hale getirebilir. Bu durumda, eğitim veya gelir düzeyine bakılmaksızın bireyler hem içsel hem de şansa bağlı denetim odaklarını benzer şekilde algılayabilir. Gebelik gibi yoğun duygusal bir süreçte, kadınların denetim odağını etkileyen faktörler daha çok psikososyal destek veya

duygusal gereksinimlerden kaynaklanıyor olabilir. Eğitim veya gelir gibi sosyoekonomik etkenler bu dönemde ikinci planda kalabilir, çünkü gebelik ile ilgili kaygılar temel psikolojik eğilimleri gölgeleyebilir. Çalışma ortamı ve gelir durumu gibi faktörlerin, bireylerin denetim odağı üzerinde etkili olacağı varsayılır; ancak bu etkenlerin bireylerin genel kontrol algısı üzerindeki etkisi, bazen beklendiği kadar yüksek olmayabilir. Bazı araştırmalar, bireylerin kendi kontrol duygusunu çevresel faktörlerden bağımsız bir şekilde koruyabildiğini göstermektedir. Bu da denetim odağının, daha çok bireyin öznel değerlendirmelerine dayandığı anlamına gelir.

Memurluk, Türkiye’de güvenilir bir meslek olarak algılanır ve ekonomik güvence sağlar. Bu güvence, eşlerin günlük hayatta daha fazla iş birliği ve desteğe açık olmalarını kolaylaştırabilir. Dolayısıyla, bireyler bu düzenli yapıya olan güvenlerinden dolayı eşlerine ve çevrelerindeki diğer destekleyici figürlere daha fazla bağlılık gösterebilirler. Memuriyet, bireylerin daha geniş bir sosyal çevreye ve resmi kurumsal yapılar içinde çalışmaya yönelik eğilimlerini destekler. Bu nedenle, eşi memur olan bireyler, kendilerini destekleyen güçlü bir sosyal çevreye sahip olduklarını hissedebilir ve sorunların çözümünde bu çevreden destek bekleyebilirler. Türkiye gibi bazı ülkelerde, memuriyet gibi devlet güvencesine sahip mesleklerin toplum tarafından saygın görülmesi, eşin daha güvenilir bir figür olarak algılanmasına yol açabilir. Bu da bireylerin, hayatlarındaki önemli kararlar ve zorluklar karşısında güçlü bir figür olarak gördükleri eşlerine daha fazla güvenmelerine neden olabilir. Bu bulgular, bireylerin kendilerini destekleyen sosyal çevreleri içinde daha güvende hissettiklerinde dışsal kontrol odaklarının daha güçlü olabileceğini göstermektedir.

Katılımcıların içsel ve güçlü diğer denetim odakları kronik hastalık durumuna, gebelik sayısına, düşük sayısına, kürtaj sayısına, gebelik haftasına göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Bir araştırmada, isteğe bağlı kürtaj yaptıran gebeler arasında güçlü diğerlerine bağlı denetim odağının pozitif yönde bir korelasyon gösterdiği ifade edilmiştir.¹⁴⁴ Ayrıca, farklı bir çalışmada riskli gebeliğe sahip bireylerin güçlü diğerlerine bağlı denetim odağı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.²⁰⁷

Bizim çalışma sonuçlarımız gebelik ile ilgili deneyimler ve kronik hastalık durumları her bireyde aynı şekilde psikolojik etki yaratmamasına bağlı olabilir. Gebelik sayısı, düşük veya kürtaj deneyimi gibi faktörler bazı kişilerde güçlü diğerlerine veya içsel kontrol odağına güveni artırabilirken, bazı bireylerde çok az veya hiçbir etki

yaratabilir. Herkes bu deneyimleri farklı şekilde yaşadığı için denetim odağında anlamlı bir fark oluşmamış olabilir. Kültürel olarak, bireylerin denetim odağının sosyal destek ve aile ilişkilerine bağlı olduğu durumlarda, hastalık veya gebelik ile ilgili deneyimler gibi bireysel değişkenler bu algıyı fazla etkilemeyebilir. Örneğin, Türkiye'deki gibi toplumsal bağların güçlü olduğu yerlerde, bireylerin denetim odağı sosyal çevrelerinden etkilenmeye daha yatkın olabilir; dolayısıyla sağlık durumu veya gebelik deneyimlerinden daha az etkilenebilirler. Çalışmamda katılımcıların benzer sosyoekonomik düzeyde, yaş grubunda olması bu gruptaki bireyler arasında denetim odağı farkları sınırlı kalmış olabilir.

Katılımcılardan yaşayan çocuğu olmayanların güçlü diğerleri denetim odağı puanı olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Çocuğu olmayan bireyler, özellikle çocuk sahibi olmayı arzulayanlar, bu durumu dış etkenlere (sağlık, kader, sosyal beklentiler vb.) bağlı olarak algılayabilirler. Bu, kontrolü dışarıda hissetmelerine ve dış denetim odağının artmasına neden olabilir. Çocuk sahibi olma, birçok toplumda önemli bir yaşam dönüm noktası ve sosyal statü unsuru olarak kabul edilir. Çocuğu olmayan bireyler, toplumun beklentileri ve sosyal baskı nedeniyle yaşamları üzerinde daha az kontrol sahibi olduklarını hissedebilirler. Bu, dış denetim odağı puanlarının yükselmesine yol açabilir. Çocuk sahibi olamama durumu, bazı bireylerde eksiklik ve hayal kırıklığı hissi yaratabilir. Bu, kişinin kendi kararları yerine dış koşullara odaklanmasını ve olayları kontrol edemediğine dair bir algı geliştirmesini sağlayabilir. Çocuğu olmayan kişiler, özellikle ileri yaşlarda geleceğe dair belirsizlik ve yalnızlık hissi duyabilirler. Bu durum, olayların kendi kontrollerinde olmadığını düşünme eğilimini artırabilir. Bazı bireylerde çocuğun olmaması, kendilik değerine yönelik sorgulamalara ve içsel çatışmalara yol açabilir. Bu durumda, dış etkenlerin yaşamları üzerindeki etkisini daha fazla hissedebilirler.

Katılımcılardan kronik hastalığı, düşük öyküsü ve kürtaj öyküsü olanların şansa bağlı denetim odak puanları olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır.

Literatürde yapılan benzer çalışmalar değerlendirildiğinde gebelerin AKBSDO durumunun sosyodemografik ve kültürel faktörler ile yaşam biçimine ait özelliklere bağlı olarak farklılık gösterdiği söylenebilir.^{204,207-209}

Şansa bağlı kontrol odağı, bireylerin dini inançlar, kader veya doğa güçleri gibi faktörlere dayandığını düşündükleri dış etkilere atfedilir.^{204,208}

Mollard'ın (2015) araştırmasına göre, şansa bağlı denetim odağı yüksek olan kadınlarda doğum sonrası depresyon oranları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.²⁰⁸ Ayrıca, Ashford ve Rayens'in (2015) yaptığı başka bir çalışmada ise gebelik sırasında sigara kullanan kadınların, bebeklerinin sağlığını büyük ölçüde şans faktörüne bağlı gördükleri belirtilmiştir.²⁰⁶

Erdemoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında şansa bağlı denetim odağının gebelikte maternal ve fetal sağlığı olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir.²⁰²

Bizim çalışmamızın sonuçları kronik hastalık, düşük ve kürtaj gibi olayların bireyde kontrol kaybı hissi yaratmasına bağlı olabilir. Sağlıkla ilgili yaşanan bu olaylar, kişiyi bu durumların kendi kontrolü dışında geliştiğine ve şans veya kadere bağlı olduğuna inanmaya yönlendirebilir. Bu da denetim odağının daha fazla “şansa” yönelmesine neden olabilir. Tekrarlayan sağlık problemleri, kişinin yaşadığı olumsuzlukların sürekli tekrar ettiği algısını güçlendirebilir. Bu da bireyin kontrol yetisini sorgulamasına ve olayların şansa veya dışsal etkenlere bağlı olduğunu düşünmesine neden olabilir. Sağlık sorunları yaşayan bireyler, bazen bu durumları şanssızlık veya talihsizlik olarak değerlendirebilir. Düşük ya da kürtaj gibi olaylar, kişide suçluluk veya hayal kırıklığı yaratabileceği gibi, bazı kişiler için bu olaylar “şansın kendilerine karşı olduğu” hissine yol açabilir. Bu tür durumlar, bireyin denetim odağını daha fazla şansa bağlamasına neden olabilir. Ayrıca bazı toplumlarda sağlıkla ilgili sorunlar, düşük veya kürtaj gibi konular, “şans” veya “kader” kavramlarıyla ilişkilendirilebilir. Bu tür kültürel inançlar, bireyin yaşadıklarını kendi kontrolü dışında, daha çok şansa bağlı bir süreç olarak algılamasına yol açabilir. Kronik hastalığa sahip bireyler, sürekli olarak sağlıkları ile ilgili mücadele ettiklerinden, bazı şeylerin değişmez olduğu ve yalnızca şansa bağlı olduğu inancına kapılabilirler. Aynı şekilde, düşük veya kürtaj yaşayan bireyler de bu olayların kontrol edilemeyen bir kaderin parçası olduğunu düşünme eğiliminde de olabilir. Bu tür sağlık geçmişine sahip bireylerde, “şansa bağlı denetim odağı” eğiliminin yüksek olmasının, psikolojik destek ve eğitimle dengelenebileceği söylenebilir. Bu bireylere, sağlıkla ilgili süreçleri yönetme konusunda bilgi ve beceri kazandırmak, kendi yaşamları üzerinde daha fazla kontrol hissetmelerine yardımcı olabilir.

5.5. Birinci Basamaktan Hizmet Alan Gebelerin Gebelikle İlgili Kaygı Durumları İle Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Arasında İlişki Var Mıdır?

Ulaşılabilen literatürde bu ilişkinin araştırıldığı başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda GİA toplam puanı ile AKBSDO alt boyut puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ancak GİA alt boyutlarından “doğuma yönelik tutumlar” ile “güçlü diğerlerine bağlı sağlık denetim odağı” puanları arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki bulunmuştur. Güçlü diğerleri sağlık denetim odağı yüksek olan kadınlarda, bebeklerinin sağlık durumunun çevrelerinde güçlü gördükleri kişilere (eş, aile, sağlık profesyonelleri vb.) bağlı olduğu inancı doğuma yönelik kaygıyı azaltıyor olabilir.

“Tıbbi personele yönelik tutumlar” ile “içsel sağlık denetim odağı” arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki bulunmuştur. İçsel kontrol odağı yüksek olan kadınlar, kendi sağlık durumları ve bebeklerinin sağlığı üzerinde daha fazla kişisel etkileri olduğuna inanabilirler. Bu inanç, tıbbi personele bağımlılığı ve kaygıyı azaltıyor olabilir.

“Tıbbi personele yönelik tutumlar” ile “şansa bağlı sağlık denetim odağı” arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki bulunmuştur. Şansa bağlı sağlık denetim odağı yüksek olan kadınlar, bebeklerinin sağlık durumunu dini inançlar, kader veya doğa güçleri gibi dış etkilere atfettikleri için bu inanç tıbbi personele yönelik kaygıyı azaltıyor olabilir.

Tıbbi personele yönelik tutumlar ile güçlü diğerlerine bağlı sağlık denetim odağı ile arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki bulunmuştur. Güçlü diğerleri sağlık denetim odağı yüksek olan kadınlarda, bebeklerinin sağlık durumunun sağlık profesyonellerine bağlı olduğu inancı tıbbi personele yönelik kaygıyı azaltıyor olabilir.

5.6. Birinci Basamaktan Hizmet Alan Gebelerin Gebelikle İlgili Kaygılarına Yönelik Danışmanlık Alma Gereksinimleri Nasıldır?

Çalışmamızda katılımcıların %16,4’ü gebelikle ve/veya doğacak bebekleri ile ilişkili kaygıları için hiçbir yardım veya tavsiye aramadığını belirtirken %47,3’ü aile üyesinden, %31,8’ü arkadaşından, %43,6’sı internet üzerinden bilgi ve destek

sitelerinden, %15,5'i kendi kendine yardım kitapları/bilgi broşürlerinden, %7,3'ü aile hekiminden, %46,4'ü kadın doğum uzmanından, %4,5'i psikiyatrist veya psikologdan yardım veya tavsiye aradığını bildirdi.

Şahin ve arkadaşları (2021) araştırmasında kadınların %74,9'unun doğum öncesi bakım aldığını saptamışlardır.²⁰⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022, antenatal bakım tam izlenme oranı %99,0 olduğunu belirtmiştir.²¹⁰

Bir çalışmada genel olarak, kadınların akranlarından, partnerlerinden ve ailelerinden duygusal, fiziksel ve bilgi desteği de dahil olmak üzere farklı türde sosyal destek aldıkları bildirilmiştir.²¹¹

Başka bir çalışmada gebeler kendileri de hamile olan diğer kadınlardan gelen sosyal desteği özellikle yardımcı olarak tanımlamışlardır. 'Bence insanların aldığı en büyük destek ve en büyük yardım, aynı şeyi yaşayan diğer annelerdir' şeklinde ifade etmişlerdir.²¹²

Bir araştırmada bazı kadınlar sağlık çalışanlarının davranışlarını 'saldırgan',²¹³ 'korkutucu',²¹³ 'küçümseyici',²¹⁴ ve 'yetersiz',²¹⁵ olarak tanımlamıştır. Kadınların mevcut endişeleri, sağlık çalışanları ile etkileşimlerinin ardından sıklıkla daha da kötüleşmiştir.^{216,217} Kadınlar ayrıca, sağlık çalışanları kendilerine yeterli bilgi sağlamadığında veya bilgilerin saklandığını hissettiklerinde endişeli hissettiklerini bildirmişlerdir.^{212,217}

Rosario ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların sağlık çalışanlarından bakım deneyimi büyük ölçüde olumsuz olsa da kadınlar hemşirelerini tanımlamak için 'destekleyici' ve 'yardımcı' gibi kelimeler kullanmışlar, sağlık çalışanlarıyla olumlu ilişkiler bildirmişlerdir.²¹⁶

Harrison ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlar hamilelik ve doğum sonrası dönemde maruz kaldıkları çelişkili, kafa karıştırıcı ve tutarsız bilgilerden kaynaklanan kaygı ve stresi bildirmişlerdir. Anneler endişeleri için Google'a başvurduklarını belirtmişlerdir. Çelişkili tavsiyeler almanın, kadınların kime güveneceklerini bilmediklerini hissetmelerine de neden olduğu görülmüştür. "Ebe bir şey söyledi, doktor başka bir şey söyledi, (gittiğim) iki doğum öncesi sınıfı tam tersi tavsiyeler verdi... Kimi dinleyeceğimi bilmiyorum" şeklinde ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada bir kadın, kaygısını yönetmeye yardımcı olmak için daha kolay erişilebilir bilgilere ihtiyaç duyduğunu şu şekilde dile getirmiştir: 'Tıpkı bebeğiniz olduktan sonra ne olduğu

hakkında daha fazla bilgi gibi... küçük bir bilgi notu gibi çünkü sanırım bu yüzden endişeye kapılıyorsunuz, değil mi'. Kadınların bazılarının sorunlarından utandıklarını ve genellikle 'kötü bir anne' olarak algılanacakları korkusuyla semptomlarını gizledikleri tespit edilmiştir. "İyi bir anne" olmak akıl hastalığı ile bağdaşmaz ve kaygı duymak sizi "kötü bir anne" yapar şeklinde ifade edilmiştir.²¹¹

Evans ve arkadaşlarının çalışmasında bir kadın, belirli bir şekilde hissetmek ve hareket etmek için sosyal baskıları şu şekilde tanımlamıştır; 'Arkadaşlarınızın her şeyin harika olduğu algısını vermesi hakkında, neredeyse olmak zorundaymışsınız gibi hissediyorsunuz'²¹³ Annelik kimliğine uyum sağlama ve bu kimliğin asimilasyonunun, bazı çalışmalarda kadınlar için bir endişe ve stres kaynağı olduğu belirlenmiştir.^{211,215-220}

Kadınların, bir bebekle yaşama uyum sağlama konusunda stresli hissettikleri, roller ve sorumluluklar tarafından aşırı yüklenmiş hissettikleri bulunmuştur.^{215,218,220}

Carthy ve arkadaşlarının çalışmasında perinatal dönemde sosyal destek, şaşırtıcı olmayan bir şekilde, kadınların kaygı ve stres duygularını etkilemek için önemli olarak tanımlanmıştır. Kaygı ve stres duygularıyla başa çıkmaya yardımcı olmak için hamilelik ve anneliğin yönleri hakkında akranlarla konuşma ve etkileşim kurma konusunda güçlü bir istek de tespit edilmiştir. Ailenin kadınlar için hem bir destek kaynağı hem de önemli bir stres kaynağı olduğu saptanmıştır.²²⁰

Dunn ve arkadaşları kişilerarası ve yapısal desteklere ek olarak, kadınların etkili başa çıkma stratejilerine katılmalarını desteklemenin de perinatal kaygı ve stres için önemli olduğunu belirtmişlerdir.²²¹

Amerikan Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji (ACOG) prenatal ziyaretlerde ruh sağlığı sorunlarının düzenli olarak taranmasını önermekte ve gerekli durumlarda kadınları terapi, destek grupları ve öz bakım kaynaklarına yönlendirmektedir. Bu tür rehberlik, kadınların gebelik sürecinde karşılaştıkları anksiyete ile başa çıkmalarında yardımcı olmaktadır.²²²

Uluslararası Doğum Sonrası Destek (Postpartum Support International) gibi kuruluşlar, gebelik ve doğum sonrası ruh sağlığı ile ilgili anksiyete için destek sağlamaktadır ve kadınlara hem yüz yüze hem de çevrimiçi destek grupları sunmaktadır.²²³

Dennis ve ark.'nın çalışmalarında da sosyal destek alan kadınların gebelik sürecinde daha düşük anksiyete seviyeleri yaşadığı bulunmuştur. Aile ve arkadaşların sağladığı duygusal destek, kadınların yalnızlık veya bunalma duygularını azaltarak, onları pozitif bir yönde etkilediği saptanmıştır.^{224,225}

Goodman' ın çalışmasında bilişsel davranışçı terapi ve farkındalık temelli tekniklerin, gebelikte anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. Bu tekniklerin uygulanması, kadınların stresle başa çıkma becerilerini geliştirdiği saptanmıştır.²²⁶

Çalışmamızda katılımcıların %36,4'ü 'Gebelik ve/veya doğacak bebeğiniz ile ilişkili kaygılarınız için aile hekiminizden destek almak ister misiniz?' sorusuna olumlu yanıt vermiştir. Aile hekimleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kolay ulaşılabilir olması ve düzenli takip imkânı sunmaları nedeniyle, gebelik sürecinde kaygı yaşayan kadınlar için önemli bir destek kaynağı olarak görülüyor olabilir. Ayrıca, bu sonucu, gebelerin sağlık süreçlerinde yalnızca fiziksel değil, psikolojik ihtiyaçlarına da daha fazla odaklanılmasına yönelik bir gösterge olarak değerlendirebiliriz. Diğer bir deyişle, gebelerin neredeyse üçte birinin aile hekimlerinden destek istemesi, toplumda psikolojik destek gereksiniminin farkında olduğuna işaret etmekte ve ruh sağlığı destek hizmetlerinin doğum öncesi süreçte yaygınlaştırılmasının önemini ortaya koymaktadır.

5.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri

Her araştırmada olduğu gibi bu çalışmanın da bazı kısıtlılıkları ve güçlü yönleri bulunmaktadır. Bu nedenle sonuçların aşağıda sunulan kısıtlılıklar ve güçlü yönler ışığında değerlendirilmesi uygundur.

Sosyodemografik değişkenlerde homojenizasyonun sağlanamaması, örneklemimizin görece küçük olması ve bazı değişkenlere sahip yeterli sayıda katılımcı olmaması çalışmamızın kısıtlı yönleri olarak değerlendirilebilir.

Çalışma verileri veri toplama araçları ile toplanmıştır. Bulgularımız, kullanılan veri toplama araçlarının güvenilirlik ve duyarlılığına bağlıdır ve klinik tanı kriterleri olan vakalara genelleme yapılamaz.

Çalışmamıza benzer konuda bir çalışmanın yapılmamış olması ve saha çalışmalarının az olması literatür tartışmasında kısıtlılık yaşanmasına neden olmuştur.

Bazı gebelerin yanlarında eş, akraba veya bir arkadaşının bulunması anket sorularını yanıtlarken müdahalelere açık hale getirmiş olabilir.

Çalışmanın yüz yüze yürütülmesi hem bir güçlü özelliği hem de bir sınırlılık doğurmuş olabilir. Yarım bırakılmaması, anlaşılmayan yerlerin sorulmasına olanak sağlanması açısından güçlü yönler fakat soruların daha özel alanda bireysel yanıtlanamaması açısından sınırlılık olabilir.

Gebelik sürecinde sık görülen ruhsal sorunlardan biri olan gebelik ilişkili kaygının incelenmesi; ölçek puanı yüksek hesaplanan ve iletişim bilgilerini bırakan 10 katılımcı gebenin yeniden davet edilmesi, kabul edenlerin yeniden değerlendirilmesi ve ihtiyaç duyanların psikolog ve/veya psikiyatriste yönlendirilmesi; depresyon riski yüksek çıkan gebelerle ilgili gebe izlem polikliniğindeki kayıt sistemine not bırakılarak yakın takipleri ve değerlendirilmeleri konusunda farkındalığın artırılması; ulaşılabilen literatüre göre GİA ve fetal sağlık denetim odağı arasındaki ilişkinin incelendiği ilk çalışma olması güçlü yönler olarak değerlendirilebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı kayıtlı anne adaylarının gebelikle ilgili kaygı ve fetal sağlık denetim odağı durumlarının değerlendirildiği bu çalışmaya yaş ortalaması $28,9 \pm 4,6$ (18-39) yıl olan 110 gebe katılmıştır.

Katılımcıların GİA toplam puan ortalaması $59,68 \pm 13,83$ (33,0-109,0) olarak bulunmuştur. Test değeri alınabilecek puanın %50'si olarak kabul edildiğinde ölçek ortalama puanının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Katılımcıların %20,0'si PHQ2 testine göre depresyon açısından riskli olduğu bulunmuştur. Depresyon açısından riskli çıkanların GİA puanı, risk olmayan gruba göre daha yüksek saptanmış olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Gebelik öncesi tanı alınan psikolojik/psikiyatrik rahatsızlığı olanların olmayanlara göre GİA düzeyleri yüksek saptanmıştır ($p < 0,001$).

Katılımcıların GİA toplam puanları eğitim, çalışma durumu, eşlerinin çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık, gebelik sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$).

GİA alt ölçeklerinin sosyodemografik ve gebelik özelliklerine göre farklılaşp farklılaşmadığı incelendiğinde gebelik öncesi psikolojik/psikiyatrik hastalık tanısı olanların ($p=0,012$), ilk gebeliği olanların ($p=0,004$), düşük ($p=0,013$) ve kürtaj öyküsü olmayanların ($p=0,001$), yaşayan çocuğu olmayanların ($p=0,003$) “annelikle ilgili endişeler” puanları daha yüksek saptanmıştır. İkinci trimesterde, gebelerin “kaçınma” puanı diğer trimesterlerden daha yüksek saptanmıştır ($p=0,032$). Kronik hastalığı olmayanların ($p=0,034$), gebelik öncesi psikolojik/psikiyatrik hastalık tanısı olanların ($p=0,050$), kürtaj öyküsü olmayanların ($p=0,015$) “beden imajı” puanları daha yüksek saptanmıştır. Gebelik öncesi psikolojik/psikiyatrik hastalık tanısı olanların “doğum kaygıları”, “doğuma yönelik tutumlar”, “bebekle ilgili endişeler” “anksiyete göstergeleri” puanları olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla $p=0,028$, $p=0,001$, $p=0,017$, $p=0,030$).

Katılımcıların AKBSDO ölçeği alt gruplarına göre; İçsel Sağlık Denetim Odağı ortalaması $46,99 \pm 7,88$ (13,0-54,0), Şansa Bağlı Denetim Odağı ortalaması $33,32 \pm 13,21$ (0-54,0), Güçlü Diğerlerine Bağlı Sağlık Denetim Odağı ortalaması $39,05 \pm 8,24$ (15,0-54,0) olarak bulunmuştur.

Eşi memur olanların güçlü diğerleri denetim odağı puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,021$). Asgari ücretin altında geliri olduğunu bildiren grubun güçlü diğerleri denetim odağı puanı anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,042$). Yaşayan çocuğu olmayanların olanlara göre güçlü diğerleri denetim odağı daha yüksek saptanmıştır ($p=0,033$). Kronik hastalığı olanların ($p=0,039$), düşük ($p=0,001$) ve kürtaj ($p < 0,001$) öyküsü olanların şansa bağlı denetim odak puanları olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Hiç çay tüketmeyenlerin ($p=0,002$) ve hiç kahve tüketmeyenlerin ($p=0,051$) içsel denetim odak puanları tüketenlere göre daha yüksek saptanmıştır.

İçsel ve şansa bağlı denetim odak puanları eğitim, çalışma durumu, eşlerinin çalışma durumu, gelir düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). İçsel ve güçlü diğer denetim odak puanları kronik hastalık durumuna, gebelik sayısına, düşük sayısına, kürtaj sayısına, gebelik haftasına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Depresyon açısından riskli saptanan grubun içsel, şansa bağlı ve güçlü diğer denetim odak puanları risk olmayan gruba göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

GİA toplam puanı ile AKBSDO alt boyut puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ancak GİA alt boyutlarından “doğuma yönelik tutumlar” puanı ile “güçlü diğerlerine bağlı sağlık denetim odağı” puanları arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki bulunmuştur. Ayrıca “tıbbi personele yönelik tutumlar” alt ölçek puanı ile içsel, şansa bağlı ve güçlü diğer denetim odak puanları arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların %16,4’ü gebelikle ve/veya doğacak bebekleri ile ilişkili kaygıları için hiçbir yardım veya tavsiye aramadığını belirtirken %47,3’ü aile üyesinden, %31,8’ü arkadaşından, %43,6’sı internet üzerinden bilgi ve destek sitelerinden, %15,5’i kendi kendine yardım kitapları/bilgi broşürlerinden, %7,3’ü aile hekiminden, %46,4’ü kadın doğum uzmanından, %4,5’i psikiyatrist veya psikologdan yardım veya tavsiye aradığını bildirmiştir. Katılımcıların %36,4’ü ‘Gebelik ve/veya doğacak bebeğiniz ile ilişkili

kaygılarınız için aile hekiminizden destek almak ister misiniz?’ sorusuna olumlu yanıt vermiştir.

6.2. Öneriler

Gebelikte yaşanabilecek olağan psikososyal değişimleri ciddi durumlardan ayırmak, bu süreçte artan ruhsal problemleri önleyici girişimlerde bulunmak, patolojileri erken tanıyıp tedavi etmek hem annenin hem de bebeğin sağlığı için elzemdir.

Merkezimize kayıtlı gebelerin çalışmanın yapıldığı dönemdeki gebelik ile ilişkili kaygı düzeyleri yüksek bulunmamakla birlikte her 10 gebeden yaklaşık 8’inin gebelikle ve/veya doğacak bebekleri ile ilişkili kaygıları için yardım arayışında olduğu saptanmıştır. Her üç gebeden birinin aile hekiminden bu konuda destek almak istediği bulgusu göz önüne alındığında gebe izlemlerinde rutin olarak kaygıya sebep olabilecek alanların değerlendirilmesi ve kaygılarının giderilmesi, gebelerin dolayısıyla doğacak bebeklerinin sağlığının korunmasına, geliştirilmesine ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesine katkı sağlayabilir. Ayrıca ileri araştırmalarda anne adaylarının aile hekimlerinden özellikle hangi konularda ve hangi yöntemlerle destek istediklerine yönelik araştırmalar yapılması önerilir.

Konuyla ilgili literatürde gebelikle ilişkili kaygıyı ölçmek için çoğunlukla genel anskiyete ölçeklerinin kullanıldığı dikkati çekmiştir. Gebelikle ilişkili kaygı çalışmak isteyen araştırmacılara genel yerine bu döneme özgü kaygıları değerlendiren ölçme araçlarını kullanmaları önerilir. Ayrıca gebelikte kaygıya neden olabilecek yolculuk, egzersiz, beslenme, cinsellik, kıyafet tercihi gibi konuların da değerlendirilmesi önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Bayrampour H, Ali E, McNeil DA, Benzies K, MacQueen G, Tough S.** Gebelikle ilişkili kaygı: bir kavram analizi. *Int J Nurs Stud.* **2016;** 55:115-130.
2. **Hadfield K, Akyirem S, Sartori L, Abdul-Latif AM, Akaateba D, Bayrampour H, Abihiro GA.** Measurement of pregnancy-related anxiety worldwide: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth,* **2022;** 22(1):1-10.
3. **World Health Organization Report.** Maternal Mental Health and Child Health and Development in Low and Middle Income Countries: Report of Meeting held in, Geneva, Switzerland, **2008,** Available from: <http://www.who.int>.
4. **Dubber S, Reck C, Müller M, Gawlik S.** Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy, *Archives of Women's Mental Health,* **2015;** 18(2):187-195.
5. **Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G.** Perinatal risks of untreated depression during pregnancy, *Can J Psychiatry,* **2004;** 49(11):726-735.
6. **Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ.** A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction, *Archives of General Psychiatry,* **2010;** 67(10):1012-1024.
7. **Grigoriadis S, Vonder Porten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G.** The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis, *Journal of Clinical Psychiatry,* **2013;** 74(4):321-341.
8. **Van Willenswaard KC, Lynn F, McNeill J, McQueen K, Dennis CL, Lobel M, et al.** Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: a systematic review and meta-analysis, *BMC Psychiatry,* **2017;** 17(1):271.
9. **Stewart DE, Streiner DL.** Cigarette smoking in pregnancy. *Can J Psychiatry,* **1995;** 40:603-607.
10. **Anderson JE, Shahul E, Floyd L, Atrash H.** Prevalence of risk factors for adverse pregnancy outcomes during pregnancy and the preconception period-United States, 2002-2004. *Matern Child Health J,* **2006;** 10:101-106.

11. **Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, Boulet S, Curtis MG.** Recommendations to improve preconception health and health care -United States. A report of the CDC/ATSDR preconception care work group and the select panel on preconception care. *MMWR*, **2006**; 55:1-23.
12. **Wulandari LPL, Whelan AK.** Beliefs, attitudes, and behaviors of pregnant women in Bali. *Midwifery*, **2011**; 27:867-871.
13. **Turrieff-Jonasson SI.** Use of prenatal testing, emotional attachment to the fetus and fetal health locus of control. MA, Saskatchewan University, Saskatoon, Canada, **2004**.
14. **Dağ İ.** Rotter'in iç-diş kontrol odağı ölçeğinin üniversite öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği, *Psikoloji Dergisi*, **1991**; 7(26):10-16.
15. **Labs SM, Wurtele SK.** Fetal Health Locus of Control scale: Development and validation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **1986**; 54(6):814-819.
16. **Virit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H.** Hamilelikte anksiyete ve kaygı düzeyinin sosyal destek ile ilişkisi, *Nöropsikiyatri Arşivi*, **2008**; 45(1): 9-13.
17. **Bostancı Dastan N.** The Determination of Mental Status of Pregnants By Home Visiting in Kars. *Journal of Psychiatric Nursing*. **2015**.
18. **Kaya Zaman F, Özkan N, Toprak D.** Gebelikte Depresyon ve Anksiyete Artar mı?, *Konuralp Medical Journal*, **2018**; 10(1):20-25.
19. **Yücel P, Çayır Y, Yücel M.** Aile Sağlığı Merkezi S, Askeri Hastanesi Nöroloji Kliniği, K., & Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, A. (n.d.). Birinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Depression and Anxiety Among First Trimester Pregnancies.
20. World Health Organization. Gender and women's mental health. http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen.
21. **Anonymous.** Reproductive Health, **2005** http://www.who.int/reproductivehealth/gender/sexual_health.html. Erişim Tarihi: 28.10.2008.
22. **Marakoğlu K, Şahsıvar Ş.** Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri-Journal of Medical Sciences*, **2008**; 28.

23. **Striegel-Moore RH, Goldman SL, Garvin V, Rodin J.** A prospective study of somatic and emotional symptoms of pregnancy. *Psychol Women Q*, **1996**; 20:393-408.
24. **Yali AM, Lobel M.** Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety Stress Coping*, **2002**; 15:289-309.
25. **Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 6. Baskı, Ankara. Sistem Ofset Matbaacılık, **2003**:67-76.
26. **Fenkeci I, Çiçek M.** Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, Öncü Basımevi, **2004**:161-169.
27. **Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al.** Williams Obstetrics, 25th Edition. McGraw-Hill Education, **2018**.
28. **Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL.** Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 7th Edition. Elsevier, **2016**.
29. **World Health Organization (WHO).** Maternal Health. Erişim: WHO Maternal Health, **2018**.
30. **Balcombe J.** Postnatal depression how can the distress be alleviated. *Nursing Times*. **1992**; 19(1):29-33.
31. **Gözüyeşil E, Şirin A, Çetinkaya Ş.** Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Firat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2008**; 3:9.
32. **Read J.** ABC of sexualhealth-sexual problems associated with infertility pregnancy and ageing. *British Medical Journal*, **1999**; 318:587-9.
33. **Kuğu N, Akyüz G.** Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2001**; 23:61-4.
34. **Michels R.** Psychiatry. The Psychiatric Aspects of Obstetrics and Gynecology, Revised 2nd Ed., J.B.Lippincott Co, **1989**:1-11.
35. **Kaplan HI, Sadock BJ.** Generalized anxiety disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 8th ed. Mass Publishing Company, Egypt, **1998**:623-28.

36. **Mahmoud A, Al Bustan NF, EITomi, Faiwalla MF, Manav V.** Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti Women. *Archives of Sexual Behavior*, **1995**; 24:207-215.
37. T.C Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Ankara, Turkey: TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü; 2009 (in Turkish). <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-87143/gebelik-ve-dogum-sureci-annelik-yolculugu.html>
38. **Arısan K.** Doğum Bilgisi. Celtüt Matbaacılık Koll. Şti, İstanbul, **1978**.
39. **İlgen N.** Gebelik Süreci ve Davranışlar, *Türk Hemşire Derg*, **1977**; 1.
40. **Sadikoğlu G.** Aile Hekimliğinde Kadınların Ruh Sağlığı. Bilgel N (Editör). Aile Hekimliği'nde. Bursa: Medikal Tıp Kitapevi, **2006**:571-581.
41. **Nerum H.** Maternal request forces are ansection due to fear of childbirth: Can it be changed through crisis-oriented counseling. *Birth*, **2006**; 33:221-8.
42. **Laursen M, Hedegaard M, Johansen C.** Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*, **2008**; 115:354-60.
43. **Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH.** Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, **2009**; 30:168-74.
44. **Ergöl Ş, Kürtüncü M.** Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2014**; 1:26-34.
45. **Storksens HT, Eberhard G, Malin G, Niegel U, Eskild A.** Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*, **2012**; 91:237-42.
46. **Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y.** Pre and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Clinic Nurs J*, **2009**; 18:667-77.
47. **Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS.** Factors related to childbirth satisfaction. *Advance Nurs J*, **2004**; 46:212-9.
48. **Hofberg KM, Brockington IF.** Tokophobia: a morbid dread of childbirth. Its presence in Great Britain and Grand Cayman, British West Indies. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, **2001**; 22:96.

49. **Areskog BE.** Fear of childbirth in pregnant women. In: di Renzo GC, Hawkins DF, eds. Perinatal medicine. New York: Raven Press, **1986**:195-200.
50. **Sjogren B.** Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychsom Obstet Gynaecol*, **1997**; 18:266-72.
51. **Areskog B, Kjessler B, Uddenberg N.** Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest*, **1982**; 13:98-107.
52. **Szeverenyi P, Poka R, Hetey M, et al.** Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, **1998**; 19:38-43.
53. **Rouhe H, SalmelaAro K, Gissler M, Halmesmaki E, Saisto T.** Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol Wiley Online Library*, **2011**; 118:1104-11.
54. Royal College of Obstetrics and Gynaecology. The national sentinel caesarean section audit report. London: RCOG Press, October, **2001**.
55. **Gamble JRN.** Women's preference for a cesarean section. *Birth*, **2001**; 28:101-110.
56. **Kısa C, Yıldırım SG.** Gebelik; postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, **2004**; 4:30-7.
57. **Alkan T, Onur E.** Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış, Ed: Köroğlu E, Güleç C, Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Basım, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, Ankara, **2007**:296-299.
58. **Ünsal C.** Yaygın anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Hastaların Elektrokardiyografilerindeki P-Dalga Dispersiyonu. Tıpta Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, **2007**.
59. **Marks IM, Nesse RM.** Fear And Fitness: An Evaluationary Analysis of Anxiety Disorders. *Ethol Sociobiol*, **1994**; 15:247-261.
60. **Marakoğlu D, Demirer S, Özdemir D, Sezer H.** Periodontal Tedavi Öncesi Durumluk ve Süreklik Kaygı Düzeyi. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **2003**; 6(2):73-79.

61. **Saatçioğlu Ö.** Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, **2001**; 11(1):60-77.
62. **Akdeniz F, Gönül S.** Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2004**; 2:70-74.
63. **Williams KE, Koran LM.** Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium and the premenstruum. *J Clin Psychiatry*, **1997**; 58:330-334.
64. **Rickels K, Schweizer E.** The clinical course and long-term management of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol*, **1990**; 10(1):101-110.
65. **Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW.** Fong Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression, *Obstet. Gynecol*, **2007**; 110(5):1102-1112.
66. **Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco AR.** Costa Anxiety and depression during pregnancy in women and men, *J. Affect. Disord.*, **2009**; 119(1):142-148.
67. The validity of DSM symptoms for depression and anxiety disorders during pregnancy, *J. Affect. Disord.*, **2011**; 133(3):546-552.
68. **Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcasche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H.** Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the matquid cohort, *Eur. Psychiatry*, **2004**; 19(8):459-463.
69. **Huizink AC, Mulder EJH, Robles de Medina PG, Visser GHA, Buitelaar JK.** Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum. Dev.*, **2004**; 79:81-91.
70. **Orr ST, Reiter JP, Blazer DG, James SA.** Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, *Maryland Psychosom. Med.*, **2007**; 69(6):566-570.
71. **McMahon CA, Ungerer JA, Beaurepaire J, Tennant C, Saunders D.** Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in-vitro fertilization conception. *Hum Reprod ESHRE*, **1997**; 12:176-82.
72. **Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R.** Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, **2017**; 210(5):315-23.

73. **Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod SN, Richter M.** A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes. *Arch Womens Ment Health.* **2019**; 22(5):543-56.
74. **Li H, Bowen A, Bowen R, Muhajarine N, Balbuena L.** Mood instability, depression, and anxiety in pregnancy and adverse neonatal outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth.* **2021**; 21(1):1-9.
75. **Aguilera-Martín Á, Gálvez-Lara M, Blanco-Ruiz M, García-Torres F.** Psychological, educational, and alternative interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: a systematic review. *J Clin Psychol,* **2021**; 77(3):525-55.
76. **Kramer MS, Lydon J, Seguin L, Goulet L, Kahn SR, McNamara H, et al.** Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones, *Am. J. Epidemiol.,* **2009**; 169(11):1319-1326.
77. **Sjfgren B.** Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol,* **1997**; 18:266-72.
78. **Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Garite TJ.** The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol,* **1993**; 169:858-65.
79. **Killingsworth C, Dunkel-Schetter C, Wadhwa PD, Sandman CA.** Personality, stress, and pregnancy: predicting adverse birth outcomes. *Annals Behav Med,* **1997**; 19:39.
80. **Burstein I, Kinch RA, Stern L.** Anxiety, pregnancy, labor, and the neonate. *Am J Obstet Gynecol,* **1974**; 118:195-9.
81. **Levin JS.** The factor structure of the pregnancy anxiety scale. *J Health Soc Behav,* **1991**; 32:368-81.
82. **Standley K, Soule B, Copans SA.** Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol,* **1979**; 135:22-51.
83. **Cloitre M, Yonkers KA, Pearlstein T, et al.** Women and anxiety disorders: implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectr,* **2004**; 9:1-16.
84. **Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS.** Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry American Medical Association,* **2008**; 65:805-15.

85. **Buist A, Gotman N, Yonkers KA.** Generalized anxiety disorder: Course and risk factors in pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, **2011**; 277-83.
86. **Ross LE, McLean LM, Psych C.** Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *Depression*, **2006**; 6:1-14.
87. **Suphi T, Yenicesu O, Çakar E, Özcan H, Pekçetin S.** Antenatal Dönemde Anksiyete ve Depresyonun Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **2012**; 9(35):1431-1435.
88. **Tunçel NT, Süt HK.** Gebelikte Yaşanan Anksiyete, Depresyon ve Prenatal Distres Düzeyinin Doğum Öncesi Bebeğe Bağlanmaya Etkisi. *JGON*. **2019**; 16(1):9-17.
89. **Misri S, Abizadeh J, Sanders S, Swift E.** Perinatal generalized anxiety disorder: assessment and treatment. J Women's Heal Mary Ann Liebert, Inc. 140 Huguenot Street, 3rd Floor New Rochelle, NY 10801 USA, **2015**; 24:762-70.
90. **Wijma K.** Why focus on "fear of childbirth"? *J Psychosom Obstet Gynecol Taylor & Francis*, **2003**; 24:141-3.
91. **Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL.** Women's fear of childbirth and preference for cesarean section-a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand Taylor & Francis*, **2009**; 88:807-13.
92. **Martini J, Asselmann E, Einsle F, Strehle J, Wittchen HU.** A prospective longitudinal study on the association of anxiety disorders prior to pregnancy and pregnancy- and child-related fears. *J Anxiety Disord Elsevier Ltd*, **2016**; 40:58-66.
93. **Furtado, M, Chow, CHT, Owais, S, Frey, BN, Van Lieshout, RJ.** Risk factors of new onset anxiety and anxiety exacerbation in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. **2018**; 238:626-35.
94. **Arch JJ.** Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks, *Compr Psychiatry Elsevier*, **2013**; 54:217-28.
95. **Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, Zugaib M.** Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, **2009**; 12:335-43.

96. **Martini J, Petzoldt J, Einsle F, Beesdo-Baum K, Höfler M, Wittchen HU.** Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*. **2015**; 175:385-95.
97. **Rubertsson C, Hellström J, Cross M, Sydsjö G.** Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Womens Ment Health*. **2014**; 17:221-8.
98. **Umuziga MP, Adejumo O, Hynie M.** A cross-sectional study of the prevalence and factors associated with symptoms of perinatal depression and anxiety in Rwanda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **2020**; 20:68.
99. **House SJ, Tripathi SP, Knight BT, Morris N, Newport DJ, Stowe ZN.** Obsessivecompulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: course of illness and obstetrical outcome. *Arch Womens Ment Health*, **2016**; 19:3-10.
100. **Srkalović Imširagić, A, Begić, D, Šimičević, L, Bajić, Ž.** Prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology after childbirth - A Croatian longitudinal study. *Women Birth*. **2017**; 30:17-23.
101. **Haßdenteufel K, Feißt M, Brusniak K, Lingenfelder K, Matthies LM, Wallwiener M, et al.** Reduction in physical activity significantly increases depression and anxiety in the perinatal period: a longitudinal study based on a self-report digital assessment tool. *Arch Gynecol Obstet*. **2020**; 302:53-64.
102. **Goyal D, Gay C, Torres R, Lee K.** Shortening day length: a potential risk factor for perinatal depression. *Journal of Behavioral Medicine*, **2018**; 41:690-702.
103. **Osma J, Barrera AZ, Ramphos E.** Are pregnant and postpartum women interested in health-related apps? Implications for the prevention of perinatal depression. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, **2016**; 19:412-5.
104. **Vargas-Terrones M, Barakat R, Santacruz B, Fernandez-Buhigas I, Mottola MF.** Physical exercise programme during pregnancy decreases perinatal depression risk: a randomised controlled trial. *British Journal of Sports Medicine*. **2019**; 53:348-53.
105. **Istvan J.** Stress, anxiety, and birth outcomes: a critical review of the evidence, *Psychol Bull*, **1986**; 100:331-348.
106. **Paarlberg KM, Vingerhoets JJM, Passchier J, Dekker GA, Van Geijn HP.** Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues, *J Psychosom Res*, **1995**; 39:563-595.

107. **Johnson RC, Slade P.** Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship? *J Psychosom Obstet Gynecol*, **2003**; 24:1-14.
108. **Dunkel-Schetter C.** Maternal stress and preterm delivery. *Prenat Neonatal Med*, **1998**; 3:39-42.
109. **Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM.** The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian MetaAnalysis, **2020**.
110. **Copper RL, Goldenberg RL, Das A, Elder N, Swain M, Norman G, et al.** The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol*, **1996**; 175:1286-92.
111. **Lou HC, Hansen D, Nordentoft M, Pryds O, Jensen F, Nim J, et al.** Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Dev Med Child Neurol*, **1994**; 36:826-32.
112. **Hack M, Breslau N, Weissman B, Aram D, Klein N, Borawski E.** Effect of very low birth weight and subnormal head size on cognitive abilities at school age. *N Engl J Med*, **1991**; 325:231-7.
113. **Van den Bergh B.** The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *PrePeri-Nat Psychol J*, **1990**; 5:119-30.
114. **Field, T, Hernandez-Reif M, Vera Y, Gil K, Diego M, Bendell D, et al.** Anxiety and anger effects on depressed mother-infant spontaneous and imitative interactions. *Infant Behavior and Development*, **2005**; 28:1-9.
115. **Kofman O.** The role of prenatal stress in the etiology of developmental behavioural disorders. *Neurosci Biobehav Rev*, **2002**; 26:457-70.
116. **Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O.** Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*, **2000**; 95:487-90.
117. **Manassis K, Bradley S, Goldberg S, Hood J, Swinson RP.** Behavioural inhibition, attachment and anxiety in children of mothers with anxiety disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, **1995**; 40(2), 87-92.
118. **Mulder EJ, Robles De Medina PG, Huizink AC, Van Den Bergh BR, Buitelaar JK, Visser GH.** Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Hum Dev*, **2002**; 70:3-14.

119. **Qiu C, Williams MA, Calderon-Margalit R, Cripe SM, Sorensen TK.** Preeclampsia risk in relation to maternal mood and anxiety disorders diagnosed before or during early pregnancy. *Am J Hypertens*, **2009**; 22:397-402.
120. **Schneider ML, Moore CF, Kraemer GW, Roberts AD, Dejesus OT.** The impact of prenatal stress, fetal alcohol exposure, or both on development: perspectives from a primate model. *Psychoneuroendocrinology*, **2002**; 27:285-98.
121. **Wadhwa PD, Glynn L, Hobel CJ, Garite TJ, Porto M, Chicz-Demet A, et al.** Behavioral perinatology: biobehavioral processes in human fetal development. *Regul Pept.* **2002**; 108:149-57.
122. **Ystrom E.** Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, **2012**; 12:36.
123. **Henderson J, Redshaw M.** Anxiety in the perinatal period: antenatal and postnatal influences and women's experience of care. *J Reprod Infant Psychol*, **2013**; 31:465-78.
124. **Van den Bergh BRH, Marcoen A.** High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8-and 9-year-olds. *Child Dev*, **2004**; 75:1085-97.
125. **Van Den Bergh BRH, Mulder EJH, Mennes M, Glover V.** Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev*, **2005**; 29:237-58.
126. **Ross LE, Gilbert Evans SE, Sellers EM, Romach MK.** Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, **2003**; 51-7.
127. **Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M.** Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand Taylor & Francis*, **2006**; 85:937-44.
128. **Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V.** The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord Elsevier*, **2004**; 80:65-73.
129. **Grant KA, McMahon C, Austin MP.** Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of affective disorders*, **2008**; 108(1):101-111.

130. **Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ.** Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord Elsevier*, **2003**; 74:139-47.
131. **Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al.** Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord* 2008; 108:147-57.
132. **Bergman K, Sarkar P, Glover V, O'Connor TG.** Maternal prenatal cortisol and infant cognitive development: moderation by infant-mother attachment. *Biol Psychiatry Elsevier*, 2010; 67:1026-32.
133. **O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V.** Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. *Br J Psychiatry RCP*, **2002**; 180:502-8.
134. **Stevenson-Hinde J, Shouldice A, Chicot R.** Maternal anxiety, behavioral inhibition, and attachment. *Attach Hum Dev Routledge*, **2011**; 13:199-215.
135. **Berle JO, Mykletun A, Daltveit AK, Rasmussen S, Holsten F, Dahl AA.** Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Arch Women's Ment Heal Springer*, **2005**; 8:181-9.
136. **Stein DJ, Ipser JC, Balkom AJ Van.** Pharmacotherapy for social anxiety disorder. *Cochrane Libr*, **2000**.
137. **Pitts MK, Ferris JA, Smith AM, Shelley JM, Richters J.** Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. *Med J Aust*, **2008**; 189:138-43.
138. **Wallston KA, Stein MJ, Smith CA.** Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *J Pers Assess*, **1994**; 63:534-553.
139. **Lowe NK, Walker BL, MacCallum RC.** Confirming the theoretical structure of the Pregnancy-Related Locus of Control scale. *Research in Nursing & Health*, **1996**; 19(6):487-495.
140. **Lobel M, Dunkel-Schetter C.** Conceptualizing stress to study effects on health: Environmental, perceptual, and emotional components. *Psychosomatic Medicine*, **1990**; 52(4):449-462.
141. **Wallston BS, Wallston KA, DeVellis R.** Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, **1978**; 6(2):160-170.

142. **Wallston KA.** The health locus of control construct and its measurement. In H. M. Lefcourt (Ed.), Research with the locus of control construct: Assessment methods, Academic Press, **1982**; 1:189-243.
143. **Spirito A, Ruggiero L, McGarvey ST, Coustan DR, Low KG.** Maternal and fetal health locus of control during pregnancy: a comparison of women with diabetes and nondiabetic women. *J Reprod Infant Psych*, **1990**; 8:195-206.
144. **Bielawska-Batorowicz E.** The effect of previous obstetric history on women's scores on the Fetal Health Locus of Control Scale (FHLC). *J Reprod Infant Psychol*, **1993**; 11:103-106.
145. **Reisch LM, Tinsley BJ.** Impoverished women's health locus of control and utilization of prenatal services. *J Reprod Infant Psych*, **1994**; 12:223-232.
146. **Haslam C, Lawrence W, Haefeli K.** Intention to breastfeed and other important health-related behaviour and beliefs during pregnancy. *Fam Pract*, **2003**; 20:528-530.
147. **Haslam C, Lawrence W.** Health-related behavior and beliefs of pregnant smokers. *Health Psychol*, **2004**; 23:486-491.
148. **Webb JB, Siega-Riz AM, Dole N.** Psychosocial determinants of adequacy of gestational weight gain. *Obesity*, **2009**; 17:300-309.
149. **Shieh C, Broome ME, Stump TE.** Factors associated with health information seeking in low-income pregnant women. *Women Health*, **2010**; 50:426-442.
150. **Eswi A, Khalil A.** Prenatal attachment and fetal health locus of control among low risk and high-risk pregnant women. *World Applied Sciences Journal*, **2012**; 18:462-471.
151. **WONCA.** The European definition of General Practice/Family Medicine. In: WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication, **2002**.
152. **Başak O, Saatçi E.** Wonca World Family Doctors Caring For People Europe, WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı 2005. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, **2011**.
153. **Başak O.** Bir disiplin olarak aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim özellikleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **2012**; 16(3):107-12.

154. **Güldal D, Günvar T, Mevsim V, Kuruoğlu E.** Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır? *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **2012**; 16(3):107-12.
155. **WONCA.** The European definition of General Practice/Family Medicine. In: WONCA Europe 2023 Edition. Brussels, **2023**.
156. **McWhinney IR, Freeman T.** Textbook of Family Medicine. 3rd Ed., Oxford University Press, **2009**.
157. **Çağlayaner H.** Aile hekimliğine zemin hazırlayan koşullar. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **1997**; 1(2):105-8.
158. **Ünlüoğlu İ.** Türkiye’de aile hekimliği disiplinin gelişimi. *PRN Aile Hekimliği Dergisi*, **2008**; 2(33):425-429.
159. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye’de Aile Hekimliği. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tr-aile-hekimligi.html> Erişim tarihi:01.03.2024
160. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete, 25.01.2013;28539.
161. **Glover V.** Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; What needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, **2014**; 28(1):25-35.
162. **Hewitt C.** Measuring anxiety in pregnancy: A systematic review of the psychometric properties of the State-Trait Anxiety Inventory. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **2014**; 14(1):64.
163. **Lindgren K.** Relationships between maternal anxiety and infant outcomes: A review. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **2001**; 30(5):516-525.
164. **López CM.** Multidisciplinary approach to anxiety in pregnancy: Implications for clinical practice. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, **2020**; 41(2):155-161.
165. **ACOG Committee Opinion No. 343** psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention *Obstet. Gynecol.* **2006**; 108(2):469-477.
166. National Institute for Health and Care Excellence Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE Clinical Guideline, **2014**:192.

167. Fairbrother N, Janssen P, Antony MM, et al. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *J Affect Disord.* **2016**; 200:148-155.
168. Yazıcı E, Mutu Pek T, Uslu Yuvacı H, Köse E, Cevrioglu S, Yazıcı AB, et al. Perinatal Anxiety Screening Scale validity and reliability study in Turkish (PASS-TR validity and reliability), *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, **2018**; 29(4):609-617.
169. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. Validity of a brief depression severity inventory. *J Gen Intern Med*, **2001**; 16:606-613.
170. Sarı YE, Kökoğlu B, Balcıoğlu H, Bilge U, Sari YE, Kokoglu B, et al. Turkish reliability of the patient health questionnaire-9, *Biomedical Research-India*, **2016**; 27:460-462.
171. Duyan V, Özcan S, Okutucu AC. Anne karnındaki bebek sağlık denetim odağı (AKBSDO) ölçeği: Güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Journal of Society & Social Work*, **2012**; 23(1):13-23.
172. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales, *Journal of Affective Disorders*, **2015**; 176:24-34.
173. Şolt A, Kanza Gül D. Pregnancy-related Anxiety Scale (The PrAS): Validity and Reliability Study of its Turkish Version. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2020**; 7(4):529-537.
174. Özdemir O. Medikal İstatistik, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti, Birinci Baskı, İstanbul, **2006**.
175. Alkaş Ü, Varışoğlu Y. Primipar Gebelerde Anksiyete ve Prenatal Bağlanma: Pandemi Sürecinin Etkileri, *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, **2022**; 9(1):1-11.
176. Deşer A. Gebelerde Bilişsel Esneklik ve Gebelik ile İlişkili Anksiyetenin Dikkat İşlevlerine Etkisinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa, Aile Hekimliği Anabilim dalı, Uzmanlık Tezi, **2023**.
177. Akın B, Çelik B. The Relationship Between Attitudes Towards Sexuality and Anxiety During Pregnancy. *Balıkesir Health Sciences Journal*, **2024**; 13(2):457-464.
178. Erdem Ö, Bucaktepe P, Özen Ş, Kara İH. Prepartum ve Postpartum Dönemde Annelerin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Duzce Med J*, **2010**; 12(3).

179. Üst Z, Pasinlioğlu T, Özkan H. Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2013**; 16(2):110-115.
180. Tunç S, Yenicesu O, Cakar E, Ozcan H, Pekcetin S, Danisman N. Anxiety and depression frequency and related factors during pregnancy. *J Gynecol Obstet Neonatal*, **2012**; 9(35):1431-1435.
181. Tarafa H, Alemayehu Y, Nigussie M. Factors associated with pregnancy-related anxiety among pregnant women attending antenatal care follow-up at Bedelle general hospital and Metu Karl comprehensive specialized hospital, Southwest Ethiopia. *Front Psychiatry*, **2022**; 13:938277.
182. Durmuş E. Gebelerin anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarının incelenmesi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2015**.
183. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2023 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, **2023**.
184. Ortaarık E, Tekgöz İ, Muharrem AK, Kaya E. İkinci trimestir gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Annals of Health Sciences Research*, **2012**; 1(1):16-20.
185. Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Med J*. **2014**; 36(4):429-441.
186. Çakır L, Can H. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Turkish Family Physician*, **2012**; 3(2):35-42.
187. Lee KA. Sleep and pregnancy/postpartum. *J Perinat Neonatal Nurs*, **2007**; 21(2):91.
188. Tekgöz İ, Sunay D, Çaylan A, Kısa C. Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **2009**; 13(3).
189. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*, **2021**; 18(1):1-23.
190. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hast Derg*, **2011**; 21(2):79-84.

191. **Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G.** Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2007**; 10(1):113-121.
192. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Ankara, Türkiye: Elma Teknik Basım Matbaacılık Ltd Şti, **2018**:163.
193. **Şahin P, Yurtsever S.** Gebelikte Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyi ve İlişkili Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2015**.
194. **Llewellyn, M, Stowe Z, Nemeroff D.** Depression during pregnancy and the puerperium, *Journal of Clinical Psychiatry*, **1997**; 58:26-32.
195. **Sel G, Barut A, Solak S, Uslu S, Gedik Y, Uzunoglu S, Barut ZS.** Gebelerde anksiyeteye etkisi bulunan faktörler. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2019**; 334-339.
196. **He L, Wang T, Xu H, Chen C, Liu Z, Kang X, et al.** Prevalence of depression and anxiety in women with recurrent pregnancy loss and the associated risk factors. *Arch Gynecol Obstet*. **2019**; 300(4):1061-6.
197. **Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C.** Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Derg*, **2000**; 11(1):3-16.
198. **Aydın N, Gürel D, Vural A, Vargel S.** Bronşial astım hastalarında depresyon ve anksiyete varlığı. *Turkiye Klinikleri J Alergy-Asthma*, **2002**; 4:119-124.
199. **Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M.** Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon. *Romatizma*, **2004**; 19(1):7-13.
200. **Gümüşdaş M, Apay S, Özorhan E.** Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, **2014**; 1(2):32-42.
201. **Özorhan EY, Apay SE, Düzyurt M.** Riskli olan ve olmayan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, **2015**; 3(1):1-15.
202. **Erdemoğlu Ç, Ay Karakayalı Ç, Derya Aksoy Y.** Gebelik Algisinin Psikolojik İyi Oluş ve Fetal Sağlık Kontrol Odağı ile İlişkisi, *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2022**; 7(2):537-550.

203. **Gönenç İM, Duyan V, Erkal Sİ, Puruçuoğlu E, Güven HK.** Antenatal Dönemde Verilen Gebe Eğitiminin Fetal Sağlık Kontrol Odağına Etkisinin İncelenmesi. *JGON*, **2016**; 13(1):12-7.
204. **Kızıoğlu F, Beydağ KD.** Prenatal Tanı Testi İçin Başvuran Gebelerin Distres Düzeyleri ile Bebek Sağlık Denetim Odağının Belirlenmesi. *Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi*, **2022**; 2(1):18-25.
205. **Özcan V, Duyan VF, etal.** health locus of control in a sample of pregnant turkish women. *Turkish Journal of Medical Sciences*, **2015**; 45:714-22.
206. **Ashford K, Rayens MK.** Ethnicity, smoking status, and preterm birth as predictors of maternal locus of control. *Clinical Nursing Research*, **2015**; 19:172-187.
207. **Kordi M, Heravan MB, Asgharipour N, Akhlaghi F, Mazloun SR.** Does maternal and fetal health locus of control predict self-care behaviors among women with gestational diabetes?. *J Edu Health Promot*, **2017**; 6:73.
208. **Mollard E.** Women's health locus of control during pregnancy may predict risk for postpartum depression. *Evidence-based nursing*, **2015**; 18(3):73.
209. **Şahin Ö, Koç EM, Aksoy H.** 6 Hafta -1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Sosyodemografik Risk Faktörleri. *İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, **2021**; 25(2):123-131.
210. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022, **2024**. <https://www.saglik.gov.tr/TR-103184/saglik-istatistikleri-yilligi-2022-yayinlanmistir.html>
211. **Harrison V, Moore D, Lazard L.** Supporting perinatal anxiety in the digital age; A qualitative exploration of stressors and support strategies, *BMC Pregnancy and Childbirth*, **2020**; 20:1-20.
212. **Affonso DD, Mayberry LJ, Shibuya J, Kunimoto J.** Themes of stressors for childbearing women on the island of Hawaii, *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*, **1993**; 16(2):9-19.
213. **Evans K, Jane Morrell C, Spiby H.** Women's views on anxiety in pregnancy and the use of anxiety instruments: a qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. **2017**; 35:77-90.

214. **Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A, Irion O, Epiney M.** Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*. **2011**; 27:237-42.
215. **Susan A, Crawley R, Webb R, Button S, Thornton A.** HABiT collaborative group, Helen Smith, Robert Bradley, Suzanne Lee, and Donna Moore. 'What are women stressed about after birth?', *Birth*, **2019**; 46:678-685.
216. **Rosario MK.** 'Pregnancy-related anxiety in Mwanza. Tanzania: A Qualitative approach', *Graduate Studies*, Master's thesis, University of Calgary, Canada, **2016**.
217. **Najia A, Nazir H, Zafar S, Chaudhri R, Atiq M, Mullany LC, et al.** 'Development of a psychological intervention to address anxiety during pregnancy in a low-income country', *Frontiers in psychiatry*, **2019**; 10:927.
218. **Copeland DB, Harbaugh BL.** "It's Hard Being a Mama": Validation of the Maternal Distress Concept in Becoming a Mother. *The Journal of Perinatal Education*, **2019**; 28:28-42.
219. **Shanti R, Srinivasan K, Kurpad A, Dwarkanath P, Ritchie J, Worth H.** "My Mother ... My Sisters ... and My Friends": Sources of maternal support in the perinatal period in urban India', *Midwifery*, **2014**; 30:130-137.
220. **McCarthy M, Houghton C, Matvienko-Sikar K.** Women's experiences and perceptions of anxiety and stress during the perinatal period: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*, **2021**; 21:811.
221. **Dunn C, Hanieh E, Roberts R, Powrie R.** Mindful pregnancy and childbirth: effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. *Archives of Women's Mental Health*. **2012**; 15:139-43.
222. <https://www.acog.org/>, ACOG, **2018**.
223. <https://www.postpartum.net>
224. **Dennis CL, Ross L.** Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *J Adv Nurs*. **2006**; 56(6):588-99.
225. **Cutrona C, Russell D.** Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. *Social support: an interactional view*, **1990**.

- 226. Goodman M, Carpenter D, Tang CY, Goldstein KE, Avedon J, Fernandez N, et al.** Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*, **2014**; 57:108-16.



8. EKLER

8.1. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bu araştırmanın amacı ‘ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI ANNE ADAYLARININ GEBELİĞE BAĞLI KAYGILARI VE FETAL SAĞLIK DENETİM ODAĞI İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ’dir.

Bu anket anne adaylarının gebelik ile ilgili kaygı ve bebekleri ile ilgili sağlık denetim odağı durumlarının değerlendirilmesine yönelik tıpta uzmanlık tezimize ilgilidir. Anket kapsamında paylaşacağınız bilgiler tamamıyla bilimsel amaçlı kullanılacak olup, kesinlikle başka kurum ve kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Kimlik bilgisi sorulmamaktadır. Soruları eksiksiz ve dikkatli doldurmanız çalışmamın doğru sonuçlanması için önemli olup, göstereceğiniz dikkat ve ayırmış olduğunuz zaman için teşekkür ederiz.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcı Ad-soyad:

imzası:

Bu çalışma ile ilgili bilgileri yukarıda adı geçen katılımcıya açıkladım ve yazılı onamımı aldım.

Yardımcı araştırmacının imzası:

Tarih :

8.2. Anket Formu

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI ANNE ADAYLARININ GEBELİKLE İLGİLİ KAYGI VE FETAL SAĞLIK DENETİM ODAĞI DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu anket anne adaylarının gebelikle ilgili kaygı ve bebekleri ile ilgili sağlık denetim odağı durumlarının değerlendirilmesine yönelik tıpta uzmanlık tezimize ilgilidir. Anket kapsamında paylaşacağınız bilgiler tamamıyla bilimsel amaçlı kullanılacak olup, kesinlikle başka kurum ve kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Kimlik bilgisi sorulmamaktadır. Soruları eksiksiz ve dikkatli doldurmanız çalışmamın doğru sonuçlanması için önemli olup, göstereceğiniz dikkat ve ayırmış olduğunuz zaman için teşekkür ederiz.

ÇÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Katılımcı No:

- 1) Yaşınız:
- 2) Eğitim durumunuz
☐Okur-yazar değil ☐Okur-yazar ☐İlkokul ☐Ortaokul ☐Lise
☐Üniversite/Lisans üstü
- 3) Mesleğiniz ☐Çalışmıyor ☐Ev Hanımı ☐Memur ☐İşçi ☐Emekli
☐Diğer (Lütfen yazınız)
- 4) Medeni durumunuz
☐Bekar ☐Evli ☐Eşinden ayrılmış ☐Eşi vefat etmiş
- 5) Eşinizin mesleği nedir? (Eşiniz yok ise boş bırakınız) ☐Serbest ☐Memur ☐İşçi ☐Emekli
☐İşsiz ☐Diğer (Lütfen yazınız)
- 6) Eşiniz kaç yaşında? (Eşiniz yok ise boş bırakınız)
- 7)Eşiniz ile akrabalığınız var mı?
☐Evet ☐Hayır
- 8)Sosyal güvenceniz ☐Var ☐Yok
- 9) Gelir düzeyiniz hakkında en uygun olanı işaretleyiniz.
☐0 - 11402TL (Asgari ücret)
☐11403 - 22806 TL
☐22807-50000 TL
☐50001 TL ve üzeri
- 10) Birlikte yaşadığınız aile tipi
☐Çekirdek aile ☐Geniş aile ☐Diğer
- 11) Genel sağlık durumunuz hakkında size en uygun olanı işaretleyiniz.
1.Mükemmel
2.İyi
3.Orta
4.Kötü

12) Sürekli ilaç kullanmanızı gerektirecek kronik bir hastalığınız var mı? (Diyabet, Yüksek Tansiyon, Kalp Hastalığı, Tiroid Hastalığı, Sara gibi)

☐Var ☐Yok

Var ise buraya hastalığın adını yazınız:

13)Gebelik öncesi tanı aldığınız psikolojik/psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı?

☐Var ☐Yok

Var ise buraya yazınız:

14)Gebelik sayınız

Canlı doğum sayınız

Düşük sayınız

Kürtaj sayınız

Yaşayan çocuk sayınız

Kaçıncı gebelik haftasındasınız? (Son Adet Tarihine göre)

15) Sigara kullanıyor musunuz?

☐ Eski kullanıcımı/bıraktım ☐ Hayır

☐ Evet (Cevabınız Evet ise aşağıdaki şıklardan ve tablodan size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.)

a) Her gün düzenli içiyorum

b) Ara sıra içiyorum

	Hiçbir zaman	Bazen	Oldukça sık	Çok sık
Sigara kullanmamın doğacak bebeğimin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından endişe duyuyorum.				

16) Alkol kullanıyor musunuz?

☐ Hayır

☐ Evet (Cevabınız Evet ise aşağıdaki şıklardan ve tablodan size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.)

a) 1-2 standart içki veya daha az

b) 3-4 standart içki

c) 4 standart içki veya daha fazla

	Hiçbir zaman	Bazen	Oldukça sık	Çok sık
Alkol kullanmamın doğacak bebeğimin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından endişe duyuyorum.				

17)Gebelikte tükettiğiniz günlük çay ve kahve miktarını yazınız.

Çay miktarı çay bardağı ve/veya kupa

Kahve miktarı kahve fincanı ve/veya kupa

	Hiçbir zaman	Bazen	Oldukça sık	Çok sık
Gebelikte tükettiğim çay-kahve miktarının doğacak bebeğimin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından endişe duyuyorum.				

18) Aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyunuz, katılma derecenizi tablodan işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Oldukça sık	Çok sık
Gebelikte yaptırmam gereken tetanoz aşısının doğacak bebeğimin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından endişe duyuyorum.				
Gebelikte grip aşısı yapılmasının doğacak bebeğimin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından endişe duyuyorum.				
Gebelikte covid aşısı yapılmasının doğacak bebeğimin sağlığı üzerine olumsuz etkisi olmasından endişe duyuyorum.				

19) Son 2 haftadır, aşağıdaki sorunlar sizi ne sıklıkla rahatsız etti?

	Hiçbir zaman	Birkaç gün	Günün yarısından fazla	Neredeyse her gün
1. Yapacak şeylerde azalmış ilgi veya keyif				
2. Keyifsizlik, depresif veya umutsuz hissetme				

20) Gebelik ve/veya doğacak bebeğiniz ile ilişkili kaygılarınız için yardım veya tavsiye aradınız mı? Aradıysanız kimden? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Hiçbir yardım veya tavsiye aramadım.
2. Aile üyesi
3. Arkadaş
4. İnternet üzerinden bilgi ve destek siteleri
5. Kendi kendine yardım kitapları/bilgi broşürleri
6. Aile Hekimi
7. Kadın Doğum Uzmanı
8. Psikiyatrist veya psikolog

21) Gebelik ve/veya doğacak bebeğiniz ile ilişkili kaygılarınız için aile hekiminizden destek almak ister misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evet ise size ulaşabileceğimiz telefon numarası:

ANNE KARNINDAKİ BEBEK SAĞLIK DENETİM ODAĞI ÖLÇEĞİ

Aşağıda doğacak çocuğunuzla ilgili sorular bulunmaktadır. Her bir soruyu dikkatli okuyunuz ancak üzerinde fazla zaman harcamayınız ve soruda belirtilen ifadeye katılma derecenizi belirleyiniz. Belirtilen ifadeye kesinlikle katılmıyor iseniz 0, tamamen katılıyor iseniz 9 puan veriniz. Her ikisi arasında bir katılma dereceniz var ise size en uygun olduğunu düşündüğünüz yanıt karşılık gelen puanı belirtiniz. Ölçeğin kişisel inançlarınızla ilgili olduğunu bu nedenle doğru ya da yanlış yanıt olmadığını aklınızdan çıkarmayınız.

- 0: Kesinlikle katılmıyorum
1: Çoğunlukla katılmıyorum
2: Kısmen katılmıyorum
3: Biraz katılmıyorum
4: Katılmıyorum
5: Katılıyorum
6: Biraz katılıyorum
7: Kısmen katılıyorum
8: Çoğunlukla katılıyorum
9: Tamamen katılıyorum

Madde	Katılma derecesi
1) Yetkin sağlık profesyonelleri tarafından verilen doğum öncesi kurslara katılarak sağlıklı, normal bir bebeğe sahip olma şansımı büyük ölçüde artırabilirim.	
2) Hamileyken kendime mükemmel baksam bile bebeğimin normal mi anormal mi olacağını kader belirleyecektir.	
3) Hamileliğim sırasında doktorumun bana söylediği her şeyi yaparsam sağlıklı doğacaktır.	
4) Eğer bebeğim sağlıklı ya da anormal doğarsa, doğa bunun böyle olmasını istediği içindir.	
5) Doğacak bebeğimin sağlığı için sağlık profesyonellerinden hizmet almam gerekir.	
6) Doğacak çocuğumun sağlığı hamilelik dönemindeki beslenme alışkanlıklarımdan ciddi şekilde etkilenebilir.	
7) Sağlık profesyonelleri doğacak çocuğumun sağlığından sorumludur.	
8) Hamilelik döneminde hastalandığımda, doğacak çocuğumun sağlığını korumak için yapabileceğim en iyi şey doktora danışmaktır.	
9) Hamileyken ne yaparsam yapayım bebeğimin normal olup olmayacağını doğa kanunları belirleyecektir.	
10) Hamilelik dönemindeki davranışlarıma ilişkin tavsiye vermeye yetkili kişiler sadece doktor ve hemşirelerdir.	
11) Çocuğumun sağlığını Tanrı belirleyecektir.	
12) Hamile kalmadan önce kendime nasıl bakacağımı öğrenmem çocuğumun sağlıklı doğmasına yardımcı olacaktır.	
13) Bebeğimin sağlığı sağlık profesyonellerinin elindedir.	
14) Doğacak çocuğumun sağlığını kader belirler.	
15) Bebeğim doğuncaya kadar yapacağım şeyler bebeğimin sağlığını etkileyebilir.	
16) Bana göre düşük yapmak, bebeğimin yaşamasının kaderinde olmadığı anlamına gelir.	
17) Hamile kalmadan önce, sağlıklı normal bir çocuğa sahip olmak için hamilelik döneminde yapmam ya da yapmamam gereken belirli şeylerin ne olduğunu öğrendim.	
18) Sadece sağlık profesyonelleri hamilelik döneminde ne yapmam ve yapmamam gerektiğini bana söyleyebilir.	

GEBELİKLE İLİŞKİLİ ANKSİYETE ÖLÇEĞİ Aşağıda gebelik ve doğum sürecinize yönelik sorular bulunmaktadır. Soruları dikkatli okuyunuz ancak üzerinde fazla zaman harcamayınız ve soruda belirtilen ifadeye katılma derecenizi belirleyiniz. Ölçekte yer alan ifadelerin doğru ya da yanlış olmadığını size en uygun olan katılma derecesini işaretlemeniz gerekeni unutmayınız.	Hiçbir zaman 1	Bazen 2	Oldukça sık 3	Çok sık 4
Doğum Kaygıları				
1. Gereksiz müdahalelerle ilgili kaygılarım var (ör. doğum sırasında forseps kullanımı)				
2. Doğum esnasında vücudumun yırtılması ya da kesilmek zorunda kalınması ile ilgili kaygılarım var.				
3. Doğum sırasındaki müdahalelerden korkuyorum				
4. Doğum esnasında kısıtlanmak ve hareket edememekle ilgili kaygılarım var.				
5. Doğum esnasında zarar görmekten korkuyorum.				
6. Doğum eylemi sırasında vücudumun kontrolünü kaybetmekten korkuyorum.				
Beden İmajı Kaygıları				
7. Görünüşümden memnunum (Ters kodlama)				
8. Kendimi çekici hissetmiyorum				
9. Aynaya baktığımda, kendimi mutsuz hissediyorum				
10. Bir daha asla eski halime dönemeyeceğimden korkuyorum				
11. Kocam/partnerimin beni çekici bulmamasından endişeliyim				
Doğuma Yönelik Tutumlar				
12. Kendimi doğuma hazır hissediyorum				
13. Doğumu düşündüğümde, acıyla başa çıkabileceğimi biliyorum.				
14. Doğum sırasında iyi hissedeceğime eminim.				
Annelikle ilgili Endişeler				
15. Bebek ağladığında ne istediğini bilemeyeceğim endişesi taşıyorum				
16. İyi bir anne olamayacağım diye endişeliyim.				
17. Evdeyken bebeğime bakamayacağım için endişeleniyorum				
Gebeliği Kabul Etmek				
18. Bebeğime kavuşmak için sabırsızlanıyorum.				
19. Bu hamileliği çok istedim				
20. Kocam/partnerim ve ben bu bebeği dört gözle bekliyoruz				
Anksiyete Göstergeleri				
21. Bazen sebepsiz yere paniğe kapılıyorum				
22. Bazen endişelerim çılgın gibi büyüyecek gibi görünüyor				
23. Endişelerim günlük faaliyetlerimi etkiliyor				
24. Kendimi rahat hissediyorum				
Tıbbi Personele Yönelik Tutumlar				
25. Ebelerin/doktorların dostça davranacağını biliyorum				
26. Ebelerin/doktorların nazik ve yardımsever davranacağını biliyorum				
27. Ebeler/doktorlara her şeyi sorabileceğimi biliyorum				
Kaçınma				
28. Vajinal doğum yerine sezaryen doğumu düşünebilirim				
29. Genellikle sezaryenin vajinal doğumdan daha iyi olduğunu düşünüyorum				
30. Sezaryen doğumun vajinal doğumdan daha güvenli olduğunu düşünüyorum.				
Bebekle İlgili Endişeleri				
31. Eğer bebeğim normal olmazsa ne yaparım diye endişeleniyorum				
32. Hasta ya da engelli bir bebeğim olmasından endişe duyuyorum				
33. Sürekli bebeğimde fiziksel bir sorun olacak diye endişeleniyorum				

Anketimiz tamamlanmıştır. Katılımınız için teşekkür ederiz.