

Araştırma:

Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler*

Sema Dereli Yılmaz¹, Nezihe Kızılkaya Beji²

¹Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Konya

²İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı gebelerin stresle başa çıkma tarzları, depresif semptomları, prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörleri belirlemektir. **Yöntem:** Araştırma İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Perinatoloji polikliniğine başvuran 342 gebeyle yapıldı. Verilerin toplanmasında Gebe Tanıtım Formu, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS), Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) kullanıldı. Veriler araştırmacı tarafından karşılıklı görüşme yöntemi ile toplandı. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. **Bulgular:** Kadınların % 53,5'inin EAMDS puanı 16 ve üzerindedir. PBE puan ortalamaları ise 60,7±10,1 idi. Gebelerin stresle başa çıkma tarzı alt boyut puanları; boyun eğici yaklaşım 1,0±0,5, çaresiz yaklaşım 1,1±0,5, kendine güvenli yaklaşım 2,0±0,5, iyimser yaklaşım 1,7±0,5, sosyal destek arama 1,9±0,6 idi. Otuz beş yaş ve üzerinde olanların PBE puanları daha düşüktü (p<0,05). İlköğrenim mezunu ve çalışmayan gebelerin EAMDS puanı yüksek (p<0,001) PBE puanı düşüktü (p<0,005). Çalışan gebeler daha fazla sosyal destek aramaktaydı (p<0,001). Çalışmayan gebeler çaresiz (p<0,001) ve boyun eğici (p<0,001) başa çıkma tarzını daha fazla kullanmaktaydı. Primiparların (p<0,001) ve çocuğu olmayanların (p<0,001) PBE puanı daha yüksekti. **Sonuç:** Otuzbeş yaş ve üzerinde gebe kalan, öğrenim düzeyi düşük olan, çalışmayan, gebeliği planlı olmayan ve multipar gebelerin bağlanma düzeyleri daha düşük seviyededir. Geliri giderinden az, öğrenim düzeyi düşük ve gebeliğini sonlandırmayı düşünen kadınlar daha fazla depresif belirti göstermekte ve stresle başa çıkma tarzı olarak boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı kullanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Prenatal bakım, maternal fetal ilişki, depresyon, başa çıkma tarzı, bağlanma

Levels of coping with stres, depression and prenatal attachment and affecting factors of pregnant women

Objective: The purpose of this study is to determine levels and effecting factors of prenatal attachment, coping styles with stress and depressive symptoms of pregnant women. **Methods:** The research was conducted with 342 pregnant women applying to The Perinatology Department of Istanbul Medical School of Istanbul University between January and October, 2009. In accumulating data, Introduction Form of Pregnants, Prenatal Attachment Inventory (PAI), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) and Ways of Coping with Stress Scale were used. Data were collected through face to face interview by researcher. This is a cross-sectional and descriptive study. **Results:** 53,5 % of women's CES-D score was 16 or higher. Average of PAI score was 60,7±10,1. The mean of pregnant women's ways of coping with stress subscales were; submissive approach 1,0±0,5, helpless approach 1,1±0,5, self confident approach 2,0±0,5, optimistic approach 1,7±0,5, seeking for social support 1,9±0,6. Thirty five years old and above had lower PAI scores (p<0,05). PAI scores were lower (p<0,01) and CES-D scores were higher (p<0,001) in pregnant women graduated from elementary school and unemployed. Employed pregnant women were seeking for social support more than the others (p:0,000). Unemployed pregnant women were used more helpless (p<0,001) and submissive (p<0,001) coping style. Primiparous women (p<0,001) and women who have not got any child (p<0,001) had higher scores of PAI. **Conclusion:** Pregnant women who were became pregnant 35 years old and over, have lower levels of education, unemployed, having unplanned pregnancy and multiparous have lower prenatal attachment score. Pregnant women whose income less than expenses, who have lower levels of education and minded termination of pregnancy have more depressive symptoms and they use submissive and helpless approach with coping stress.

Key words: prenatal care, maternal fetal relations, depression, coping skills, attachment

Genel Tıp Derg 2010;20(3):99-108

*İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010, Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebelik Üzerine Etkileri konulu Doktora Tezinden üretilmiştir.

Yazışma adresi: Dr.Sema Dereli Yılmaz, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Konya

E-posta: semayilmaz@mynet.com

Gelişimsel kriz ya da kritik bir dönem olarak değerlendirilen gebeliğin kadın yaşamındaki yeri oldukça önemlidir. Gebelik dönemi fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olmaktadır (1). Bu dönemde gelişen psikolojik değişikliklere kolaylıkla uyum sağlanırken, bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli düzeyde ruhsal sorunlar görülebilmektedir (2). Özellikle yüksek riskli gebeliklerin kadınlarda stres düzeyini artırdığı bilinmektedir (3,4). Fakat normal gebeliklerde de belli düzeyde stres yaşanmaktadır. Gebelik döneminde yaşanan stresle gebelerin başa çıkma tarzlarını belirlemek önemlidir (5). Kadının perinatal dönemdeki ruhsal sağlığı ile bebeğine bağlanması ilişkilidir. Zayıf bağlanmanın ve olumsuz maternal davranışların postpartum anksiyete (6) ve depresyon ile ilişkili olduğu (7,8) bildirilmiştir.

Bowlby (9) bağlanma kelimesini iki kişi arasındaki güçlü bir bağ olarak tanımlamıştır. Bağlanma teorisi anneye veya rahatlatıcı bir başka figüre bağlanmanın, çocuğun yaşamını sürdürmesinde önemli bir işlevi olduğunu savunmaktadır (10).

Peppers ve Knapp (11) anne bebek bağlanmasının neonatal dönemde değil prenatal dönemde başladığını öne sürmüşler ve bu konuda tartışmaların yapılmasına ve sürecin ilerlemesine katkıda bulunmuşlardır. Bu konuda yapılan çalışmalar sonucu elde edilen temel bilgiler bağlanmanın doğumdan çok daha önce başladığını göstermiştir.

Muller (12) maternal-fetal bağlanmayı anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen yegane ilişki olarak tanımlamıştır. Anne-fetüs bağlanma düzeyini tespit etmek önemlidir. Çünkü zayıf bağlanma riski taşıyan kadınlara uygun girişimlerde bulunularak tedavi edilebilmekte ve bebeklerine bağlanmada kayıtsız tavır sergileyen veya bu konu hakkında bilgisi olmayan kadınlara verilen eğitim ve motivasyondan fayda görülebilmektedir (13).

Bu bilgiler ışığında araştırmamız; gebelerin stresle başa çıkma tarzları, depresif semptomları, prenatal bağlanma düzeylerini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan kesitsel tipte ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

Yöntem

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Perinatoloji Polikliniği'ne 01 Ocak 2009-31 Ekim 2009 tarihleri arasında başvuran tüm kadınlar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini; 20 gebelik haftasının üzerinde, sağlıklı bir fetüse sahip, 18 yaş ve üzerinde, iletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmayan, gebe kalmak için infertilite tedavisi görmemiş olan, kronik bir hastalığı, gestasyonel diyabeti, eklampsi ve preeklampsi şikayeti, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü olmayan, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden 342 gebe oluşturdu. Altı kadın Türkçe bilmediği, beş kadın da çalışmaya katılmak istemediği için çalışmaya alınmadı. Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan ve kurumun Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı.

Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Verilerin toplanmasında Gebe Tanıtım Formu, Prenatal Bağlanma Envanteri, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kullanıldı. Veri toplama araçları araştırmacı tarafından karşılıklı görüşme yöntemi ile uygulandı.

Gebe Tanıtım Formu: Gebelerin sosyo demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanmış 27 sorudan oluşmaktadır.

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) ve **Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)** (The Prenatal Attachment Inventory)'nin Türkçe'sinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması araştırmacılar tarafından bu çalışmayla birlikte 210 gebede yapıldı. Geçerli ve güvenilir bulunan ölçekler bu araştırmada kullanıldı. Ölçeklerin Türkçe'ye uyarlanması çalışması henüz yayınlanmayan başka bir makalenin konusu olduğundan bu araştırmada detaylarına girilmedi. **EAMDS**, genel popülasyona ve özel gruplara uygulanabilen, depresif semptomları ölçmek üzere tasarlanmış kısa bir ölçektir. Genel depresyon tarama aracı olarak sıklıkla kullanılmıştır (14). EAMDS 20 maddeden oluşmakta, her bir madde 0-3 puan alabilmektedir. On altı ve üzeri puan depresyon olasılığını düşündürmektedir. **PBE** ise Mary Muller

(12) tarafından gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla 1990 yılında geliştirilmiş 21 maddelik bir ölçektir. Her madde dörtlü likert tipte olup toplam ölçek puanı 21-84 arasındadır.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ): Folkman ve Lazarus (17) tarafından geliştirilen, stresle başa çıkma konusunun incelendiği araştırmalarda sıklıkla kullanılan, duruma yönelik ve 66 maddelik, 4'lü likert tipi bir ölçektir. Türkiye'de Şahin ve Durak (18) tarafından üniversite öğrencilerine uyarlaması yapılan yeni adıyla "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçek; Kendine Güvenli Yaklaşım (7 Madde), İyimser Yaklaşım (5 Madde), Çaresiz Yaklaşım (8 Madde), Boyun Eğici Yaklaşım (6 Madde), Sosyal Desteğe Başvurma (4 Madde) olmak üzere toplam beş alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlardan alınan yüksek puan bireyin söz konusu yaklaşımı daha çok kullandığını göstermektedir. Bizim çalışmamızda SBTÖ'nün Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayılarının $\alpha = 0,40$ ile $0,68$ arasında olduğu belirlendi.

Verilerin analizinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, Pearson korelasyon analizi, varyans analizi ve Tukey HSD, bağımlı gruplarda t testi, ki-kare testi ve Fisher kesin ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular

Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $28,7 \pm 5,2$ idi, ortalama $6,1 \pm 4,6$ yıllık evliydi ve aylık gelirlerinin ortalaması $1479,2 \pm 1079,9$ TL idi. Yarısı ilköğretim mezunu (% 50,9), büyük bir kısmı herhangi bir işte çalışmıyordu (% 77,5). Yaklaşık üçte ikisi ekonomik durumunu gelirim giderime denk/fazla şeklinde tanımladı (% 67,0) ve % 82,5'i çekirdek ailede yaşıyordu.

Çalışmaya katılan gebelerin yaklaşık üçte biri primigravida, üçte birinin ikinci gebeliği ve üçte birinin de üçüncü ve üzeri gebeliği idi. Gebelerin yaklaşık yarısının çocuk sahibi olmadığı (% 51,2) görüldü. Gebelerin % 75,7'si isteyerek gebe kaldığını bildirirken % 59,4'ü gebe kaldığını öğrendiğinde mutluluk ve sevinç hissettiğini bildirdi. Gebelerin tamamına yakını gebeliğini sonlandırmayı

düşünmediğini ifade etti (% 92,7). Kadınların % 53,5'inin EAMDS puanı 16 ve üzerindedir. PBE puan ortalamaları ise $60,71 \pm 10,12$ idi. Gebelerin stresle başa çıkma tarzları alt boyutları puan ortalamaları; boyun eğici yaklaşım $1,0 \pm 0,5$, çaresiz yaklaşım $1,1 \pm 0,5$, kendine güvenli yaklaşım $2,0 \pm 0,5$, iyimser yaklaşım $1,7 \pm 0,5$, sosyal destek arama $1,9 \pm 0,6$ idi. Gebe kadınların yaş gruplarına göre SBTÖ alt boyutları ve EAMDS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$). 18-34 yaş grubundaki gebelerin PBE puan ortalamaları 35 yaş ve üzerinde olan gebelerinkinden anlamlı olarak daha yüksekti ($p:0,016$, Tablo 1).

Gebe kadınların öğrenim durumlarına göre SBTÖ alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$). Yükseköğrenim mezunu gebelerin boyun eğici ve çaresiz yaklaşım puanı ilköğrenim mezunu olanlardan daha düşüktü (sırasıyla $p < 0,01$ ve $p < 0,001$). Sosyal destek arama boyutunda ise hem yükseköğrenim hem de lise mezunu olan gebelerin puanı ilköğrenim mezunu olanlardan daha yüksekti (sırasıyla $p < 0,001$ ve $p < 0,05$). Yükseköğrenim mezunu gebelerin EAMDS puanı ilköğrenim ve lise mezunu olanlarınkinden daha düşüktü (sırasıyla $p < 0,001$ ve $p < 0,05$). Yükseköğrenim ve lise mezunu gebelerin PBE puan ortalamaları ilköğrenim mezunu olan gebelerden daha yüksekti (sırasıyla $p < 0,05$ ve $p:0,05$) (Tablo 1).

Gebe kadınların çalışma durumuna göre SBTÖ alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$). Çalışmayan kadınların boyun eğici yaklaşım ($p < 0,001$) ve çaresiz yaklaşım ($p < 0,001$) boyutu puan ortalamaları çalışanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksek iken, sosyal destek arama ($p < 0,001$) puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu. Çalışmayan kadınların EAMDS puan ortalamalarının çalışan kadınlardan daha yüksek ($p < 0,001$), PBE puan ortalamalarının istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi ($p < 0,001$, Tablo 1).

Geliri giderinden az olan gebelerin boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının geliri giderine eşit ve fazla olanlardan anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla $p < 0,01$ ve $p < 0,001$). Ekonomik duruma göre grupların kendine güvenli yaklaşım,

iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarındaki puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Geliri giderinden az olanların EAMDS puan ortalamaları geliri giderine eşit/fazla olanlardan daha yüksekti ($p<0,002$). Grupların PBE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$, Tablo 1).

Gebelerin yaşadıkları aile tipine göre boyun eğici, çaresiz, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım alt boyutu ve PBE puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Çekirdek ailede yaşayan gebelerin sosyal destek arama puan ortalamaları daha yüksek iken geniş ailede yaşayanların EAMDS puan ortalamaları daha yüksekti (sırasıyla $p:0,014$ ve $p:0,029$, Tablo1). Gebe kadınların gebelik sayısına göre EAMDS ve SBTÖ alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Primiparların PBE puan ortalamaları hem iki gebeliği olanlardan ($p<0,05$) hem de üç ve daha fazla gebeliği olanlardan ($p:0,001$) anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 2).

Gebe kadınların yaşayan çocuk sayısına göre SBTÖ alt boyutlarından boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Çocuğu olmayan grupta bulunan kadınların iyimser yaklaşım puan ortalamalarının tek çocuğu olanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,015$). Grupların depresyon toplam puanı arasında anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Çocuğu olmayan kadınların PBE puan ortalamasının hem tek çocuğu olan kadınlardan ($p<0,01$) hem de iki ve daha fazla çocuğu olanlarınkinden ($p<0,001$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 2).

Gebe kadınların gebeliğini sonlandırmayı düşünme durumuna göre SBTÖ alt boyutlarından boyun eğici, kendine güvenli, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Gebeliğini sonlandırmayı düşünen gebe kadınların çaresiz yaklaşım puan ortalamaları gebeliğini sonlandırmayı düşünmeyenlerinkinden anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). Kadınların PBE puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Gebeliğini sonlandırmayı düşünen gebe kadınların EAMDS puan ortalamalarının gebeliğini sonlandırmayı

düşünmeyenlerinkinden daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$, Tablo 2).

Gebelik haftasına göre SBTÖ alt boyutları, EAMDS ve PBE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$, Tablo 2). Gebeliğinin planlı olup olmamasına göre SBTÖ alt boyutlarından çaresiz, kendine güvenli, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Gebeliği planlı olan kadınların boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları planlı olmayanlardan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,05$). Kadınların EAMDS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Gebeliği planlı olan kadınların PBE puan ortalamalarının gebeliği planlı olmayanlardan istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde olacak şekilde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$, Tablo 2).

Tartışma

Gebelik fizyolojik değişiklikleri beraberinde getiren normal bir süreç olmasına rağmen sağlıklı kadınlar için bile risk oluşturabilir. Bu dönemde oluşabilecek psikolojik değişimlerin dikkatle değerlendirilmesi ve gebeliğin sağlıklı sürdürülebilmesi için girişimlerde bulunulması gerekebilmektedir. Gebelikte ve doğum sonu dönemde depresif semptomlar ve yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmada birinci trimesterde gebelerin % 15'inin, ikinci trimesterde % 14'ünün ve son trimesterde % 30'unun EAMDS puanının 16 ve üzerinde olduğu bildirilmiştir (17). Lancaster ve arkadaşlarının (18) sekiz yüz altmış yedi gebeyle yaptıkları çalışmada gebelerin % 18'inin, Latin Amerikalı gebelerin yaklaşık % 30'unun (19) EAMDS puanının 16 ve üzerinde olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda gebelerin % 53,5'inin EAMDS puanının 16 ve üzerinde olmasını çalışmaların farklı ülkelerde yapılmış olmasına bağlayabiliriz. Armstrong'un (20) çalışmasında gebelerin % 38'inin EAMDS puanının 16 ve üzerinde olduğu ve bağlanma puanlarının $57,1\pm 9,1$ olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da PBE puan ortalamaları Armstrong'un sonucuna benzer bulunmuştur ($60,7\pm 10,1$).

Gebe kadınlarda stresle başa çıkma tarzı ve depresyon puanının yaş gruplarına göre değişmemesinin gebeliğin doğası gereği her iki yaş

grubundaki kadınların depresyon düzeylerinin artmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Genç kadınların PBE puan ortalamalarının daha yüksek olması, anneliğe daha hazır olmalarından ve gebe kalmayı daha fazla istemelerinden kaynaklanabilir. Yali ve Lobel'in (21) çalışmalarında genç kadınların daha çok anneliğe hazırlandıkları, dua ettikleri ve bireysel bakımlarına dikkat ettikleri bildirilmiştir. Bu çalışmada kullanılan ölçek farklı ve prenatal dönemdeki başa çıkmayı belirlemek amacıyla hazırlanmış olmasına karşın çalışmamızdaki prenatal bağlanmanın genç kadınlarda yüksek olduğu sonucunu desteklemektedir. Bir diğer çalışmada da başa çıkma tarzı olarak sıklıkla dua etmenin bunu takiben annelik için hazırlanma ve olumlu algılama

tarzının kullanıldığı bildirilmiştir (22). Malatya'da sosyo-demografik özelliklerin depresyon düzeyi ile ilişkisini belirlemek amacıyla 104 gebeyle yapılan çalışmada depresyon düzeyinin yaş gruplarına göre bir farklılık göstermediği bildirilmiştir (23). Edirne'de 340 gebe ile yapılan çalışmada yaşın depresyon skoru ile bir ilişkisi olmadığı saptanmıştır (24). Adana'da 136 gebe ile yapılan bir diğer çalışmada da depresyon puanlarının yaş gruplarına göre fark göstermediği tespit edilmiştir (25). Bu çalışmaların sonuçları bizim sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Tablo 1. Gebelerin tanımlayıcı özelliklerine göre stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma puanları ($\bar{x} \pm SS$)

Değişkenler	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					EAMDS	PBE
	Boyun eğici yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Kendine güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama		
Yaş							
18-34 yaş (n: 293)	1,02 ± ,54	1,19 ± ,52	2,04 ± ,51	1,79 ± ,54	1,95 ± ,57	17,82 ± 9,54	61,25 ± 9,94
35 ve üzeri (n: 49)	1,05 ± ,55	1,09 ± ,51	2,07 ± ,54	1,70 ± ,59	1,94 ± ,57	16,45 ± 11,62	57,49 ± 10,66
t	0,282	1,317	0,454	1,144	0,085	0,902	2,426
p	0,778	0,189	0,650	0,253	0,932	0,367	0,016
Eğitim Durumu							
İlköğretim a (n: 174)	1,11 ± 0,54	1,26 ± 0,51	2,00 ± 0,51	1,77 ± 0,52	1,82 ± 0,57	19,19 ± 9,88	58,95 ± 10,52
Lise b (n: 98)	1,02 ± 0,51	1,19 ± 0,52	2,08 ± 0,51	1,80 ± 0,58	2,01 ± 0,50	17,54 ± 9,35	61,98 ± 9,17
Üniversite c (n: 70)	0,85 ± 0,56	0,96 ± 0,52	2,08 ± 0,51	1,77 ± 0,55	2,19 ± 0,56	13,86 ± 9,60	63,33 ± 9,65
F	5,685	8,768	1,027	0,137	12,195	7,590	5,917
p	0,004	0,000	0,359	0,872	0,000	0,001	0,003
Anlamlı fark	a>c	a,b>c			a<b,c	a,b>c	a<b,c
Çalışma Durumu							
Çalışmıyor (n: 265)	1,09 ± 0,55	1,23 ± 0,52	2,04 ± 0,51	1,78 ± 0,54	1,89 ± 0,55	18,73 ± 9,94	59,71 ± 10,20
Çalışıyor (n: 77)	0,81 ± 0,48	0,99 ± 0,48	2,06 ± 0,50	1,78 ± 0,57	2,15 ± 0,59	13,82 ± 8,59	64,17 ± 9,07
t	4,039	3,704	0,335	0,031	3,615	3,931	3,458
p	0,000	0,000	0,738	0,975	0,000	0,000	0,001
Ekonomik Durum							
Gelir giderden az (n: 113)	1,14 ± 0,58	1,32 ± 0,55	2,09 ± 0,52	1,80 ± 0,54	1,90 ± 0,61	19,93 ± 10,41	60,43 ± 9,39
Gelir gidere denk/fazla (n: 229)	0,97 ± 0,52	1,11 ± 0,50	2,02 ± 0,50	1,77 ± 0,55	1,98 ± 0,55	16,49 ± 9,39	60,85 ± 10,48
t	2,683	3,709	1,113	0,390	1,192	3,073	0,359
p	0,008	0,000	0,266	0,697	0,234	0,002	0,720
Aile tipi							
Çekirdek aile (n: 282)	1,02 ± 0,55	1,17 ± 0,51	2,04 ± 0,51	1,78 ± 0,54	1,98 ± 0,55	17,09 ± 9,81	60,71 ± 10,25
Geniş aile (n: 60)	1,06 ± 0,53	1,21 ± 0,57	2,04 ± 0,50	1,79 ± 0,55	1,79 ± 0,62	20,15 ± 9,79	60,75 ± 9,54
t	0,486	0,467	0,029	0,207	2,464	2,196	0,031
p	0,627	0,641	0,977	0,836	0,014	0,029	0,975

Tablo 2. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma puanları ($\bar{x} \pm SS$)

Değişkenler	Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği					EAMDS	PBE
	Boyun eğici yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Kendine güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama		
Gebelik Sayısı							
Primigravida a(n: 116)	0,96 ± 0,55	1,12 ± 0,57	2,04 ± 0,50	1,86 ± 0,52	1,95 ± 0,61	16,44 ± 9,52	63,41 ± 10,03
2 b (n: 109)	1,00 ± 0,53	1,16 ± 0,47	2,01 ± 0,57	1,74 ± 0,57	2,00 ± 0,56	17,22 ± 9,19	60,01 ± 9,83
3 ve üzeri c (n: 117)	1,12 ± 0,54	1,25 ± 0,52	2,08 ± 0,47	1,74 ± 0,54	1,91 ± 0,53	19,18 ± 10,64	58,69 ± 9,97
F	2,769	1,861	0,554	1,683	0,666	2,405	6,963
p	0,064	0,157	0,575	0,187	0,515	0,092	0,001 a>b,c
Yaşayan çocuk sayısı							
Yok a (n: 175)	1,02 ± 0,56	1,16 ± 0,57	2,05 ± 0,52	1,86 ± 0,52	1,96 ± 0,59	17,37 ± 10,06	62,95 ± 10,01
Bir çocuk b (n: 117)	0,98 ± 0,53	1,21 ± 0,46	2,00 ± 0,54	1,65 ± 0,56	1,95 ± 0,57	18,03 ± 9,67	59,28 ± 9,80
İki çocuk ve üzeri c (n: 50)	1,14 ± 0,51	1,17 ± 0,51	2,11 ± 0,41	1,80 ± 0,52	1,91 ± 0,50	17,56 ± 9,76	56,24 ± 9,26
F	1,513	0,276	0,877	5,041	0,159	0,159	10,926
p	0,222	0,759	0,417	0,007	0,853	0,853	0,000
Anlamlı fark				a>b		a>b,c	
Gebeliği sonlandırmayı düşünme							
Hayır (n: 317)	1,01 ± 0,53	1,16 ± 0,52	2,03 ± 0,50	1,78 ± 0,53	1,96 ± 0,56	17,06 ± 9,35	60,87 ± 9,82
Evet (n: 25)	1,21 ± 0,64	1,43 ± 0,50	2,18 ± 0,58	1,72 ± 0,66	1,78 ± 0,63	24,76 ± 13,12	58,68 ± 13,42
Test Değeri (U)	3199,500	2761,000	3124,500	3646,000	3293,000	2607,500	3621,000
p	0,107	0,011	0,077	0,503	0,156	0,004	0,473
Şu Anki Gebelik Haftası							
20-24 (n: 31)	1,01 ± 0,63	1,11 ± 0,59	2,01 ± 0,68	1,90 ± 0,64	2,02 ± 0,55	15,10 ± 9,75	61,45 ± 9,90
25-29 (n: 37)	1,18 ± 0,59	1,14 ± 0,61	2,06 ± 0,50	1,76 ± 0,46	1,94 ± 0,55	14,78 ± 9,06	58,32 ± 10,03
30-34 (n: 104)	1,08 ± 0,53	1,25 ± 0,50	2,10 ± 0,47	1,74 ± 0,49	1,93 ± 0,58	18,80 ± 9,87	61,51 ± 9,98
35-39 (n: 146)	0,95 ± 0,51	1,16 ± 0,51	2,02 ± 0,48	1,78 ± 0,57	1,97 ± 0,58	18,25 ± 9,96	60,64 ± 10,28
40 ve üzeri (n: 24)	1,03 ± 0,57	1,09 ± 0,43	1,95 ± 0,63	1,83 ± 0,60	1,84 ± 0,47	16,42 ± 9,79	60,46 ± 10,38
Test Değeri (KW)	5,609	4,027	2,272	4,207	1,987	8,359	3,209
p	0,230	0,402	0,686	0,379	0,738	0,079	0,524
Gebeliğin Planlanması							
Evet (n: 244)	0,99 ± 0,52	1,16 ± 0,52	2,04 ± 0,49	1,79 ± 0,53	1,98 ± 0,56	17,03 ± 9,75	62,14 ± 10,06
Hayır (n: 98)	1,13 ± 0,58	1,23 ± 0,53	2,06 ± 0,56	1,77 ± 0,57	1,88 ± 0,59	19,11 ± 10,02	57,16 ± 9,43
T	2,134	1,166	0,369	0,319	1,451	1,773	4,211
p	0,034	0,244	0,712	0,750	0,148	0,077	0,000

İlköğrenim mezunu olan kadınların boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzını daha çok kullanması ve daha az sosyal destek aramasını öğrenim düzeyi arttıkça problem odaklı başa çıkma tarzının daha fazla kullanılması ile açıklayabiliriz. Yali ve Lobel (21) düşük gelir düzeyi ve eğitim durumuna sahip gebelerin alkol, sigara gibi maddeleri kullanarak hem fetüse hem de kendilerine zarar veren farklı bir başa çıkma yöntemi kullandıklarını tespit etmişlerdir. Borchering (22) lise mezunu gebelerin yüksek

öğrenim görmüş gebelere göre daha fazla kaçınmacı tutum sergilediklerini, yüksek öğrenim görmüş gebelerin ise dua etme ve dikkatini başka yöne verme puanlarının daha düşük düzeyde olduğunu tespit etmiştir. Stresle başa çıkarken eğitim düzeyi arttıkça gebe kadınların boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzından uzaklaştıkları ve stresle başa çıkmada eğitimin olumlu katkısı olduğu söylenebilir.

Yükseköğrenim mezunu gebelerin EAMDS puan ortalamaları düşük; ilköğrenim mezunu gebelerin de

PBE puanları diğer gebelerden daha düşüktür. Şahin ve Kılıçarslan'ın (24) çalışmasında en son bitirilen okulun depresyon ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Akbaş ve arkadaşları (23) eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin daha düşük depresyon puanına sahip olduklarını bildirmiştir. Gözüyeşil ve arkadaşlarının (25) yaptığı çalışmada ise üniversite mezunu gebelerin depresyon puanlarının diğer gebelerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bizim sonuçlarımız Akbaş ve arkadaşları (23) ve Gözüyeşil ve arkadaşlarının (25) yaptığı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekte fakat Şahin ve Kılıçarslan'ın (24) çalışmasından farklılık göstermektedir. Çalışmaların farklı bölgelerde ve farklı yöntemler ile yapılmış olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmayan gebelerin boyun eğici ve çaresiz yaklaşım boyutu puan ortalamaları çalışanlarınkinden daha yüksek iken, sosyal destek arama puan ortalamaları daha düşüktür. Bir işte çalışma ve bunun sonucu elde edilen ekonomik bağımsızlığın kadınları daha güçlü kıldığı ve stresle başa çıkmada boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı daha az kullandıkları kanısındayız. Yurtdışında yapılan bir çalışmada ise çalışma durumunun başa çıkma tarzlarını etkilemediği bildirilmiştir (22). Bu farklılığı çalışmanın farklı bir kültürde yapılmış olmasına bağlayabiliriz. Çalışmayan gebelerin depresyon puan ortalamalarının çalışanlarınkinden daha yüksek, PBE puan ortalamalarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gözüyeşil ve arkadaşları (25) ve Akbaş ve arkadaşları (23) çalışmayan gebelerin depresyon puanının çalışanlardan daha yüksek olduğunu ancak aralarında fark olmadığını bildirmişlerdir. Bu çalışmaların aksine Şahin ve Kılıçarslan'ın (24) 340 gebe ile yaptığı çalışmada çalışan gebelerin depresyon skoru daha düşük bulunmuştur. Şahin ve Kılıçarslan'ın (24) bulguları ile bizim bulgularımız benzerlik göstermektedir. Bu benzerliğin hem büyük bir örneklem grubu ile çalışılmış olmasından hem de çalışmaların aynı bölgede yapılmış olmasından kaynaklandığı kanısındayız.

Geliri giderinden az olan gebelerin boyun eğici ve çaresiz yaklaşım puan ortalamaların geliri giderine eşit ve fazla olanlardan anlamlı olarak yüksekti. Ekonomik duruma göre grupların kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarındaki puan ortalamaları arasında fark

olmadığı belirlenmiştir. Ekonomik durumun kötü olmasının kadını güçsüzleştirdiği ve stresle başa çıkmada boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı daha çok kullanmak zorunda bıraktığı söylenebilir. Borcharding (22) düşük gelir düzeyine sahip gebelerin başa çıkmada daha çok kaçınmacı tarzı tercih ettiklerini bildirmiştir. Kaçınmacı tarzı kullanan kadınlar problemden kaçınmak için uyumakta ya da genellikle insanlarla bir arada olmaktan kaçınmaktadır. Başa çıkmada kaçınmacı tarzın, boyun eğici ve çaresiz yaklaşımın etkisiz bir yöntem olduğu ve düşük gelirli kadınların bu yöntemleri daha çok kullandıkları söylenebilir.

Geliri giderinden az olan gebelerin depresyon toplam puan ortalamaları geliri giderine eşit/fazla olanlardan daha yüksektir. Gözüyeşil ve arkadaşlarının (25) yaptığı çalışmada geliri giderinden az olan gebelerin depresyon puanının geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olan gebelerden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Şahin ve Kılıçarslan'ın (24) çalışmasında da aylık gelirin miktarı ile depresyon puanları arasında negatif korelasyon olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmaların sonuçları bizim sonuçlarımızı desteklemektedir. Sonuç olarak ekonomik durumun kötü olmasının depresif semptomları artırdığı söylenebilir. Gebe kadınların ekonomik durumuna göre prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptandı. Anne bebek arasındaki bağın kurulmasında ekonomik faktörlerin etkili olmadığı düşünülebilir.

SBTÖ alt boyutlarından sadece sosyal destek arama boyutunda çekirdek aile yapısına sahip olanların puan ortalamaları geniş aile yapısına sahip olan gebelerden yüksektir. Geniş aile yapısına sahip gebelerin aile bireylerinden destek gördüğü ve daha az sosyal destek aradığı, geniş ailenin bu anlamda bir katkı sağladığı kanısındayız.

Çekirdek aile yapısına sahip gebe kadınların EAMDS ortalamaları geniş aile yapısına sahip olanlarınkinden düşüktür. Akbaş ve arkadaşlarının (23) Malatya'da yaptıkları çalışmada geniş ailede yaşayan gebelerin depresif semptomlarının çekirdek ailede yaşayan gebelerden daha düşük olduğu bildirilmiştir. Şahin ve Kılıçarslan'ın (24) çalışmasında ise evde sürekli yaşayan kişi sayısı arttıkça depresyon skorunun arttığı bildirilmiştir. Evde yaşayan birey sayısının ise annenin bebeğine bağlanmasında etkili bir faktör olmadığı kanısındayız. Akbaş ve arkadaşlarının (23)

sonuçlarının bizim sonuçlarımızdan farklı olmasını çalışmanın gebeliğin 36. haftası ve sonrasında yapılmış olmasına bağlayabiliriz. Gebe kadın evdeki bireylerin doğacak bebeğe bakımda yardımcı olacağı beklentisine sahip olabilir. Şahin ve Kılıçarslan'ın (24) sonuçları ile bizim sonuçlarımız benzerlik göstermektedir.

Gebelik sayısına göre SBTÖ alt boyutlarında ve EAMDS toplam puanlarında fark yoktur. Akbaş ve arkadaşları (23) ilk gebeliği olan kadınların depresif belirtilerinin daha az olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu sonuçların birbirine benzememesini çalışmanın farklı bölge ve kültürel özelliklerdeki kadınlar ile yapılmış olması açıklayabilir. Gebe kadınların gebelik sayısına göre PBE puan ortalamaları arasında fark olduğu saptanmıştır. Primipar kadınların prenatal bağlanma puan ortalamaları hem iki gebeliği olanlardan hem de üç ve daha fazla gebeliği olanlardan yüksektir. İlk kez gebe kalan kadının daha çok heyecanlı ve bebek sahibi olma konusunda daha hevesli olduğu ve böylece bebeğine daha çok bağlandığı düşünülebilir.

Gebe kadınların yaşayan çocuk sayısına göre SBTÖ alt boyutlarından boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarının puan ortalamaları arasında fark yoktur. Çocuğu olmayan grupta bulunan kadınların iyimser yaklaşım boyutunun puan ortalamalarının tek çocuğu olan kadınlarınkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebe kadınlardan çocuğu olmayan grubun PBE puan ortalamasının hem tek hem de iki ve daha fazla çocuğu olan kadınların puanından yüksek olduğu saptanmıştır. Çocuğu olmayan kadınların bir bebeğe sahip olma konusunda daha istekli oldukları bunun sonucu olarak stresle başa çıkmada iyimser yaklaşım gösterdikleri ve bebeklerine daha çok bağlandıkları düşünülebilir. Gebe kadınların yaşayan çocuk sayısına göre EAMDS puanında fark olmadığı saptanmıştır. Akbaş ve arkadaşları (23) ve Şahin ve Kılıçarslan (24) da bizim çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde yaşayan çocuk sayısı ile gebelerin depresif belirti göstermesi arasında bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir.

Gebe kadınların gebeliğini sonlandırmayı düşünme durumuna göre SBTÖ alt boyutlarından boyun eğici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarının puanları arasında fark olmadığı, gebeliğini

sonlandırmayı düşünen gebe kadınların çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gebeliği sonlandırma fikrinin kadınları rahatsız ettiği ve ikilemde kalmış kadının stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşım sergilediğini söyleyebiliriz.

Gebeliğini sonlandırmayı düşünen gebelerin EAMDS puanı, sonlandırmayı düşünmeyenlerinkinden daha yüksekken EAMDS puanları benzerdir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Şahin ve Kılıçarslan'ın (24) çalışmasında gebeliğin istenmesi durumunda depresyon skorunun düşük olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçların aksine Akbaş ve arkadaşları (23) ise gebeliğin istenmesinin depresyon puanları üzerine etkisi olmadığını bildirmiştir. Gözüyeşil ve arkadaşlarının (25) yaptığı çalışmada ise isteyerek gebe kalanlar ile kalmayanlar arasında depresyon puanları arasında bir fark olmadığı fakat isteyerek gebe kalanların daha düşük puana sahip olduğu bildirilmiştir. Bizim kanaatimize göre istemeden gebe kalan kadınlar daha sonra bu durumu kabullenebilmekte fakat gebeliği sonlandırma fikri daha ciddi bir isteksizlik sonucu gelişmekte ve daha ciddi depresif belirtilerin görülmesine sebep olmaktadır.

İlginç olarak gebe kadınların gebeliğini sonlandırmayı düşünme durumuna göre PBE puanları arasında fark olmadığı yoktur. Gebeliği sonlandırma fikri gebeliği öğrendikten sonra ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde 1983 yılında 2827 sayılı kanunla kadınlara gebeliğin 10. haftasına kadar gebeliği sonlandırma hakkı tanınmıştır. Fakat dini inanç vb. sebeplerle gebeliğini sonlandıramamış kadınların 20. hafta ve üzerinde bağlanmada etkili olduğu düşünülen olayları (bebeğin hareketlerini hissetme ve anlamlandırmaya çalışma vb.) yaşamaya başladığı ve böylece gebeliğini sonlandırmayı düşünen kadınların da sonlandırmayı düşünmeyenler kadar bebeklerine bağlanabildiklerini düşünmekteyiz.

Kadınların gebelik haftası ile SBTÖ alt boyutları, EAMDS ve PBE puanları arasında ilişki yoktur. Huizink ve arkadaşlarının (5) normal gebelerin başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla 230 gebeyle yaptıkları çalışmada gebelerin ilk trimesterde emosyonel odaklı, ikinci trimesterde hem emosyonel hem de problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullandıkları son trimesterde de bunun devam ettiği bildirilmiştir. Çalışmamızda, bu araştırmanın sonuçlarına benzer şekilde gebelik haftasına göre

stresle başa çıkma tarzları arasında bir fark bulunmamıştır. Hamilton ve Lobel (26) gebelerle gebeliğin erken dönemlerinde, ortasında ve sonlarına yakın olmak üzere üç kez görüşme yapmış ve buna göre başa çıkma, stres ve sosyal desteklerinde meydana gelen değişimleri incelemiştir. Bizim bulgularımızdan farklı olarak gebelerin erken gebelik haftalarında ve ikinci trimesterde sıklıkla spiritüel başa çıkma tarzını kullandığı, gebelik süresince kaçınmacı tarzın kullanımının düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Son trimesterdeki gebelerin depresyon düzeylerini etkileyen etmenleri inceleyen Şahin ve Kılıçarslan (24) gebelik haftası ile depresyon puanları arasında bir ilişki olmadığını tespit etmiştir. Bizim sonuçlarımız da bu sonucu desteklemektedir.

Gebeliğinin planlı olup olmamasına göre SBTÖ alt boyutlarından çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarının puanları farksızken, gebeliği planlı olan kadınların boyun eğici yaklaşım puanı planlı olmayanlardan daha düşüktür. Gebeliğin istenen zamanda olması, gebe kalmaya hazır oluşluk gebeliğin sağlıklı bir biçimde ilerlemesi için önemlidir. Planlanmamış bir gebeliği kadın istemediği halde dini inanış, yasal prosedürler vb. çeşitli etkenler sebebiyle sonlandıramamış olabilir. Bizim çalışmamızda da gebeliği planlı olmayan kadınların stresle başa çıkarken boyun eğici yaklaşımı daha çok kullandıkları görülmektedir. Gebeliği planlı olan kadınların PBE puan ortalamalarının gebeliği planlı olmayan gebelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebeliğini planlayarak, kendisi ve ailesi için en uygun zamanda bir bebeğe sahip olmak isteyen kadının bebeğine daha çok bağlandığını söyleyebiliriz.

Bu çalışma sadece İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Perinatoloji Kliniği'ne başvuran gebeler ile yapıldığı için tüm gebelere genellenemez. Ayrıca çalışmanın kesitsel olarak yapılması çalışmanın sınırlılıklarındandır.

Sonuç olarak; 35 yaş ve üzerinde gebe kalan, öğrenim düzeyi düşük olan, çalışmayan, gebeliği planlı olmayan ve multipar gebelerin bağlanma düzeyleri daha düşük seviyededir. Geliri giderinden az, öğrenim düzeyi düşük ve gebeliğini sonlandırmayı düşünmüş olan kadınlar daha fazla depresif belirtiler göstermekte ve stresle başa çıkma

tarzı olarak boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı kullanmaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda; antenatal bakım sırasında sağlık profesyonellerinin; 35 yaş ve üzerinde gebe kalan, öğrenim düzeyi düşük olan, herhangi bir işte çalışmayan, gebeliği planlı olmayan, multipar gebelerin bağlanma düzeylerini dikkatli bir biçimde değerlendirmesi, eliri giderinden az, öğrenim düzeyi düşük ve gebeliğini sonlandırmayı düşünmüş olan kadınların depresif belirtilerinin gözlenmesi, stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemlerin belirlenmesi ve bunlara yönelik girişimler planlanması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *J Psychosom Res* 1999;47:609-21.
2. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery* 2009;25:344-56.
3. Blechman EA, Lowell ES, Garrett J. Prosocial coping and substance use during pregnancy. *Addict Behav* 1999;24:99-109.
4. Baor L, Soskolne V. Mothers of IVF and spontaneously conceived twins: a comparison of prenatal maternal expectations, coping resources and maternal stress. *Hum Reprod* 2010;25:1490-6.
5. Huizink AC, de Medina PG, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. Coping in normal pregnancy. *Ann Behav Med* 2002;24:132-40.
6. Gaffney KF. Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Matern Child Nurs J* 1986;15: 91-101.
7. Condon JT, Corkindale C. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *Br J Med Psychol* 1997;70:359-72.
8. Lindgren K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Res Nurs Health* 2001;24:203-17.
9. Bowlby J. Attachment and Loss Volume I: Attachment. 2nd ed. New York: Basic Books, Inc.; 1982.
10. Fonagy P. Introduction to attachment theory. In *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press.; 2001. ss. 5-18.
11. Peppers LG, Knapp RJ. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry* 1980;43:155-9.
12. Muller, ME. The development and testing of the Muller Prenatal Attachment Inventory. Dissertation. University of California, San Fransisco; 1990.
13. Shieh C, Kravitz M, Wang HH. What do we know about maternal-fetal attachment? *Kaohsiung Med Sci* 2001;17:448-54.

14. Radloff LS. The CES-D Scale:A self-report depression scalefor research in the general population. Applied Psychological Measurement 1977;1:385-405.
15. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle aged community sample. J Health Soc Behav 1980;21:219-39.
16. Şahin HN, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği; üniversite öğrencileri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi 1995;10:56-73.
17. Setse R, Grogan R, Pham L, Cooper LA, Strobino D, Powe NR et al. Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the Health Status in Pregnancy (HIP) study. Matern Child Health J 2009;13:577-87.
18. Lancaster CA, Flynn HA, Johnson TR, Marcus SM, Davis MM. Peripartum length of stay for women with depressive symptoms during pregnancy. J Womens Health (Larchmt) 2010;19: 31-7.
19. Lara MA, Le HN, Letechipia G, Hochhausen L. Prenatal depression in Latinas in the U.S. and Mexico. Matern Child Health J 2009;13: 67-76.
20. Armstrong DS. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. J Nurs Scholars 2002;34:339-45.
21. Yali AM, Lobel M. Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. J Psychosom Obstet Gynecol 1999;20:39-52.
22. Borcharding, KE. Coping in healthy primigravidae pregnant women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2009: 38:453-62.
23. Akbaş E, Vırit O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte sosodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2008;45:85-91.
24. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2010;27: 51-8.
25. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3:39-66.
26. Hamilton JG, Lobel M. Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. J Psychosom Obstet Gynecol 2008;29: 97-104.