

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELERDE SİBERKONDRIYA, DEPRESYON,
ANKSİYETE VE STRES İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Eda Nur YILDIRIM
ORCID: 0009-0006-2525-8157

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

ORDU-2024

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Eda Nur Yıldırım tarafından hazırlanan ve Prof. Dr. Nülüfer Erbil'in danışmanlığında yürütülen "Gebelerde Siberkondriya, Depresyon, Anksiyete ve Stres İlişkisinin İncelenmesi" adlı bu tez, jürimiz tarafından ... / .../ 2024 tarihinde oybirliği / oyçokluğu ile Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

Başkan : Prof. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ İmza.....
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yalova Üniversitesi

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL İmza.....
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Mehtap GÜMÜŞAY İmza.....
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

ONAY

... / ... / 2024 tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../2024 tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../2024

Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Eda Nur YILDIRIM

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca çok değerli bilgi, birikim ve tecrübeleriyle bana her zaman yol gösteren, yoluma ışık tutan, sevgisini ve ilgisini üzerimde; elini her daim omzumda hissettiğim, tez çalışmamın planlanmasından yürütülmesine tüm aşamalarında rehberliğini ve desteğini esirgemeyen, kıymetli hocam, saygıdeğer danışmanım Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e,

Yüksek lisans tez savunma komitesinde komite başkanı olarak yer alan, verdiği değerli önerileriyle tezime katkıda bulunan kıymetli hocam Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ'a,

Yüksek lisans tez savunma komitesinde yer alan bilgisinin yanı sıra ilgisi, alakası ve pozitif enerjisiyle tezime katkıda bulunan Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mehtap GÜMÜŞAY'a

Yüksek lisans eğitimim boyunca emeği geçen ve tez savunma sınavımda aramızda olamasa da tez önerimde verdiği kıymetli önerileriyle katkı sağlayan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni hep destekleyen İzmir Tire Devlet Hastanesi Çocuk Servisi çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde sevgi, şefkat ve sabırla yanımda olup yürüdüğüm yollarda her türlü desteğini hep yanımda hissettiğim, beni bugünlere getiren canım annem, babam, ağabeyim ve güzel eşine, her koşulda yanıbaşımdayken olan canım arkadaşım Kiraz ŞEKER'e ve araştırmaya gönüllü olarak katılan tüm kadınlara,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eda Nur YILDIRIM

ÖZET

GEBELERDE SİBERKONDRIYA, DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Bu çalışma, gebelerde siberkondriya, depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanan araştırmanın örnekleme Türkiye'nin Ege bölgesinde bir ilçe devlet hastanesinin doğum polikliniklerine ve gebe okuluna başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden 329 gebe dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ-21) ve Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu (CSS-12) kullanılarak 5 Haziran- 29 Eylül 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, t testi ve One Way ANOVA Pearson korelasyon analizi, çoklu regresyon analiz testi kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenirlik analizi Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Depresyon, gebelerin %9.4'ünde "hafif", %22.8'inde "orta", %9.1'inde "ileri", %6.1'inde "çok ileri" düzeylerdeydi. Anksiyete, gebelerin %8.8'inde "hafif", %21'inde "orta", %12.5'inde "ileri", % 32.5'inde "çok ileri" düzeylerde bulunmuştur. Stres, gebelerin %12.5'inde "hafif", %17'sinde "orta", %18.2'sinde "ileri", %4'ünde "çok ileri" düzeylerde bulunmuştur. "Hafif, orta, ileri ve çok ileri" düzey birlikte alındığında, gebelerin %47.4'ünde depresyon, %74.8'inde anksiyete ve %51.7'sinde stres olduğu saptanmıştır. Gebelerin depresyon puan ortalaması 5.36 ± 4.49 , anksiyete puan ortalaması 7.46 ± 5.03 , stres puan ortalaması 7.98 ± 4.86 , Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği toplam puan ortalaması 33.97 ± 8.84 bulunmuştur. Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği puanı ile depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişkiler olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Çoklu regresyon analizinde anksiyete, stres ve gebelikte doktora gitme sıklığının siberkondri ciddiyetinin önemli yordayıcıları olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Gebelerde anksiyete ve depresyon görülme sıklığının daha fazla, stresin görülme sıklığının daha düşük düzeyde ve siberkondri ciddiyetinin depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Gebelerin stres, anksiyete, depresyon ve siberkondri ciddiyeti açısından izlenmesi konusunda sağlık personelinin farkındalığını artırılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, depresyon, gebe kadın, siberkondri, stres.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CYBERCHONDRIA, DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS AMONG PREGNANT WOMEN

Aim: This study was conducted to examine the relationship between cyberchondria, depression, anxiety and stress in pregnant women.

Materials and Methods: The sample of the descriptive and cross-sectional study included 329 pregnant women agreed to participate and who applied to the obstetrics outpatient clinics and pregnancy school of a district state hospital in the Aegean region of Turkey. The data were collected between June 5 and September 29, 2023 using the Personal Information Form, Depression Anxiety Stress Scale (DASÖ-21) and Cyberchondria Severity Scale Short Form (CSS-12). Descriptive statistical methods, t test and One Way ANOVA Pearson correlation analysis, multiple regression analysis test were used in the analysis of the data. The reliability analysis of the scales was evaluated with Cronbach's Alpha reliability coefficient.

Results: Depression was at “mild” levels in 9.4% “moderate” levels in 22.8%, “advanced” levels in 9.1%, and “very advanced” levels in 6.1% of the pregnant women. Anxiety was at “mild” levels in 8.8% of the pregnant women, “moderate” levels in 21%, “advanced” levels in 12.5%, and “very advanced” levels in 32.5% of the pregnant women. Stress was at “mild” levels in 12.5% of the pregnant women, “moderate” levels in 17%, “advanced” levels in 18.2%, and “very advanced” levels in 4% of the pregnant women. It was determined that 47.4% of pregnant women had depression, 74.8% of them had anxiety and 51.7% had stress when “mild, moderate, advanced, and very advanced” levels were taken together. Pregnant women’s mean depression score 5.36 ± 4.49 , mean anxiety score was 7.46 ± 5.03 and mean stress score of pregnant women was 7.98 ± 4.86 , Cybechondria Severity Scale total mean score was 33.97 ± 8.84 . It was determined that there were moderate level positively correlations between the Cyberchondria Severity Scale score, the mean depression, anxiety and stress scores ($p < 0.05$). In multiple regression analysis, anxiety, stress and frequency of visiting a doctor during pregnancy were found to be significant predictors of cyberchondria severity.

Conclusion: It was found that the frequency of anxiety and depression was higher in pregnant women, the frequency of stress was lower and the severity of cyberchondria was associated with depression, anxiety and stress. It is recommended to increase the awareness of health personnel in monitoring pregnant women in terms of stress, anxiety, depression and cyberchondria severity.

Keywords: Anxiety, depression, pregnant women, cyberchondria, stress.

İÇİNDEKİLER

TEZ BİLDİRİMİ	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
İÇİNDEKİLER	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Gebelik Durumu ve Kapsamı	6
2.2. Siberkondriya	6
2.2.1. Siberkondriyi Başlatan ve Sürdüren Etkenler	7
2.2.2. Siberkondriya Modeli	9
2.2.3. Siberkondriya Tedavisi.....	10
2.3. Stres	12
2.3.1. Stresle Baş etme	16
2.4. Anksiyete.....	17
2.4.1. Anksiyete Bozukluğu Tedavisi	19
2.5. Depresyon.....	20
2.5.1 Depresyonun Tedavisi	21
2.6. Gebelikte Siberkondriya, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hemşirenin Rolü	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Türü	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Veri Toplama Araçları.....	25
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	25
3.4.2. Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Kısa Formu (CSS-12)	25
3.4.3. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21	26
3.5. Araştırma Planı.....	27
3.6. Verilerin Toplanması.....	27

3.7. Verilerin Analizi	27
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	56
5.1. Gebelerde Depresyon ile İlgili Bulguların Tartışılması	56
5.2. Gebelerde Anksiyete ile İlgili Bulguların Tartışılması	57
5.3. Gebelerde Stres ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	59
5.5. Gebelerde Siberkondriya Ciddiyeti, Stres, Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Tartışılması	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
EKLER.....	87
EK 1. Kişisel Bilgi Formu	87
EK 2. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu (CSS-12).....	89
EK 3. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21)	90
EK 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	91
EK 5. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu (CSS-12) Kullanım İzni.....	92
EK 6. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21) Kullanım İzni	93
EK 7. Etik Kurul Kararı	94
EK 8. Kurum İzni Yazısı	95
ÖZGEÇMİŞ.....	96

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 2.1. Sağlık Anksiyetesi Y¼ksek Olan Bireylerde İnternette Sağlıkla İlgili Bilgi Aramanın Yarattığı Sonuçlar	9
--	---

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 3.1. DASÖ-21 Puantaj Tablosu.....	27
Tablo 4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	29
Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Kronik Hastalığı Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....	30
Tablo 4.3. Kadınların İnternet Kullanımıyla İlgili Özelliklerine Göre Dağılım	31
Tablo 4.4. Kadınların İnternette Bilgi Aradığı Konulara Göre Dağılımı	32
Tablo 4.5. Gebelerin DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete ve Stres Alt Ölçekleri Ortalama, Standart Sapma, Alt-Üst Değerler, Cronbach Alfa Katsayıları	33
Tablo 4.6. Gebelerin Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Ortalama, Standart Sapma, Alt-Üst Değerler, Cronbach Alfa Katsayıları.....	34
Tablo 4.7. Gebelerin DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Göre Siberkondriya Ciddiyet Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..	34
Tablo 4.8. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete ve Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.9. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Kronik Hastalık Olma Durumlarına Göre DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete ve Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.10. Gebelerin İnternet Kullanımına Göre DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete ve Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
Tablo 4.11. Gebelerin İnternette Bilgi Aldığı Konulara Göre DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete ve Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 4.12. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46

Tablo 4.13. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Kronik Hastalığı Olma Durumlarına Göre Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	48
Tablo 4.14. Gebelerin İnternet Kullanımına Göre Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Tablo 4.15. Gebelerin İnternette Bilgi Aldığı Konulara Göre Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 4.16. Gebelerin DASÖ Stres, Anksiyete, Depresyon Alt Ölçekleri ile Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Korelasyonlar	53
Tablo 4.17. Gebelerin Siberkondri Ciddiyeti Yordayıcılarının Analizi	54

SİMGELER VE KISALTMALAR

5HT	:	Serotonin
APA	:	Amerikan Psikiyatri Birliği
CSS	:	Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu
DASÖ/DASS	:	Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği
DSM	:	Diagnostic and Statistical Manual
EKT	:	Elektrokonvülsif Tedavi
GABA	:	γ -aminobutirik asit
LSD	:	Liserjik Asit Dietilamid
MDMA	:	Metilen Dioksimetamfetamin
NE	:	Norepinefrin
OSS	:	Otonom Sinir Sistemi
SSRI	:	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
vd.	:	ve diğerleri

1. GİRİŞ

Dijitalleşme ve gelişen teknoloji ile bireylerin yaşam biçimindeki değişim, internet kullanımını artırmıştır. İnternet son zamanlarda ulaşılabilir ve maliyetinin düşük olması nedeniyle insanlara dünyanın her yerinden bilgiye ulaşabilecekleri bir ortam sağlamıştır. Kişilerin kendilerinde hissettiği belirti, bulgu ve hastalıklarıyla ilgili bilgi araması yaygın olmakla birlikte genel olarak yararlı amaçlara hizmet etmektedir. Tekrarlanan çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışının kişilerin kaygı, korku ve stresini artırdığı belirtilmektedir (Erdoğan ve Hocaoğlu, 2020).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırmasına göre Türkiye'de internet kullanım oranı 2021 yılında %82.6, 2022 yılında %85 bulunmuştur. İnternete erişimi olan hane oranı 2022 yılında %94.1 olarak tespit edilmiştir. 2022 yılının ilk 3 ayında interneti düzenli kullanan bireylerin oranı ise %82 olarak belirtilmiştir (TÜİK, 2022).

Siberkondriya, halk arasında “*hastalık hastalığı*” olarak bilinen “hipokondriyazis”in dijital versiyonudur. Hipokondriyazis, kişinin bedeninde tıbbi tanı koyulabilecek düzeyde bir bozukluk olmamasına rağmen, kişi kendini hasta hissederek sağlık kuruluşuna tekrarlı olarak başvurabilir (Erdoğan ve Hocaoğlu, 2020). Kişiler artık hastalık durumlarıyla ilgili kendilerinin tatmin edemez ve gittiği sağlık kuruluşlarına güvenemez hale gelir. Sonrasında çareyi internet ortamında bulmaya çalışırlar. Ancak, kişinin erişimi kolay ve maliyetsiz olan dijital ortamda yaptığı araştırmalar sonucu, tıbbi tanı koymak için yeterli olmayan belirti ve bulgular, kişiye kendisinde ciddi bir hastalık olduğu düşüncesine inandırabilir (Eke ve Demirhan, 2021). Siberkondriya “bireyin var olduğunu düşündüğü hastalıkları hakkında internet ortamında bilgi, belge ve tedavi yöntemleri araştırarak kendisine tanı koymaya çalışma ya da tedavi etme uğraşında olma” durumu olarak tanımlanmaktadır (Tarhan vd., 2021). Dijital ortamdaki bilgilerin birçoğu düşük kalitede, dağınık ve hastalık hakkında teknik bir dile sahip değildir. İnternetteki bilgiler ve belirtiler ortak bir teşhiste buluşmamakta ve kişiyi tekrarlayan bu çevrimiçi aramalar sonucu internet ortamının girdabına çekebilmektedir (Eke ve Demirhan, 2021). Ertaş vd., (2020) kadınların erkeklere göre, sürekli ilaç kullanan bireylerin ilaç kullanmayan bireylere

göre siberkondri düzeylerini yüksek bulmuştur. Aynı çalışmada kişilerin yıllık doktora başvurma oranlarının siberkondri oranlarıyla doğru orantılı olduğu saptanmıştır.

İnternet ortamının, bireyin kendisinin veya bir başkasının tıbbi deneyimleri ve hastalıkları hakkında bilgiye kolayca ulaşabiliyor olması gibi bazı faydaları bulunmaktadır. Fakat bu faydaların yanı sıra çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışının bir sonucu olarak “sağlık anksiyetesi” düzeyinin arttığını gösteren çeşitli araştırmalar mevcuttur. Kişilerin sebebini bilmediği, ama tehlikeli hissettiği ve tehdit edici olarak kabul ettiği olaylar karşısında duyduğu huzursuzluk, bir çeşit korku hissi, kaygı olarak tanımlanmaktadır (Fırat vd., 2021).

Siberkondri yaşayan kişiler “Siberkondriyak” olarak isimlendirilmektedir (Uzun ve Zencir, 2021). Siberkondriyaklar kendi bedenlerinde ya da bir yakınında meydana gelen belirtileri dijital ortamda araştırırlar ve sonrasında benzer belirtileri olan ciddi hastalıkları tekrarlı olarak araştırmaya devam ederler. Kendilerinde ya da yakınlarında ciddi hastalıkların olduğunu düşünebilir sonrasında kaygı ve endişeye kapılabilirler (Taylor vd., 2002).

Sağlıkla ilgili internet kullanım alışkanlıklarının yapıldığı bir araştırmada, sağlık okuryazarlığı ile internete erişim ve kullanımı arasında güçlü bir ilişki olduğu araştırma sonucunda bulunmuştur (Estacio vd., 2017). Sağlık okuryazarlığı “sağlıkla ilgili kararlar almak ve yargıda bulunmak amacıyla, sağlık bilgisine erişmek, sağlık bilgisini anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için gerekli olan bilgi, motivasyon ve yeterliliği”ni içermektedir (Taş ve Akış, 2016). Beydağ ve Güldür (2019), gebelerin %32.1’inin internetten gebelikle ilgili konuları araştırdıklarını, %65.3’ünün internetten edindiği bilgilerle karar aldığını bulmuştur. Gebelerin %15.1’i internetten edindikleri bilgileri sağlık çalışanlarıyla paylaşmadıklarını, %19.8’i internetten araştırma yaptıktan sonra stresli olduklarını bildirmişlerdir. Çalışma sonucunda sağlık okuryazarlığı arttıkça siberkondri düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir. Tarhan vd. (2021), tarafından yapılan bir araştırmada sosyal medya kullanan kişilerin siberkondri düzeyi yüksek bulunmuştur. Ancak sosyal medya kullanım yılının ve günlük internete kalma süresinin “siberkondri” ve “sağlık okuryazarlığı” üzerinde etkisinin düşük olduğu belirtilmiştir. İnternetten edindikleri bilgilere göre kendisi veya ailesinin sağlığı hakkında bilgi edinen ve karar veren kişiler anlamlı şekilde yüksek düzeyde

“siberkondriyak” bulunmuş ve bu kişilerin sağlık okur yazarlığı seviyesi düşük bulunmuştur. Araştırmada, eğitim seviyesi düşük olan katılımcıların siberkondri düzeyi yüksek, eğitim seviyesi yüksek kişilerin siberkondri düzeyi düşük bulunmuştur. Eğitim seviyesi düşük kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyesi ise yetersiz çıkmıştır.

Öztürk vd. (2020), kadınların bilgi kaynağı olarak “internet” kullanım oranlarının 16-19 yaş grubu gebelerde %88.2, 20-29 yaş grubu gebelerde %76.8 olduğu belirtmiştir. Yine aynı çalışmada kadınların %70.6’sının bilgi edinmek için çevrimiçi aramayı ve %55.1’inin de sosyal medyayı kullandığını bulunmuştur. Çalışmadaki kadınların %53.7’si bu yollarla edindikleri bilgilerin doğru olduğuna inanmadıkları, %30.8’i edindikleri bilginin kendilerini endişelendirdiğini belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan kadınların %65.4’ü internette edindikleri bilgileri teyit etmek için sağlık profesyoneli ile görüşme yaptıklarını bildirmişlerdir. Yapılan başka bir araştırmada gebelerin çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışı ile karar almaları sonucunda kendisi ve bebeğinin sağlığı hakkındaki düşünceleri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Gebelerin çevrimiçi sağlık bilgisi arama yoluyla karar alma düzeyleri arttıkça hem kendi ve hem de bebeğinin sağlığını geliştirmeye yönelik düşüncelerinin arttığı sonucuna varılmıştır (Polat ve Karasu, 2022).

Gebelikte ve doğumda, oldukça önemli fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik değişiklikler yaşanmaktadır. Yaşanan tüm bu biyolojik değişimler birçok kadın için özel bir deneyim anlamına gelmektedir (Özdamar vd., 2014). Gebelik, mutluluk kaynağı olmanın yanı sıra bireyde değişen hormon düzeyleriyle birlikte duygusal değişikliklerinde arttığı bir dönemdir (Marankoğlu ve Şahsıvar, 2008). Bebeğin organlarının oluşmaya başladığı (organogenezis) dönem olan birinci trimesterde, düşük tehlikesi oldukça fazladır. Bu dönem gebelikte ciddiyetle üzerinde durulması gereken bir zaman dilimidir. Gebelik dönemi gebeyi endişelendirecek mide bulantısı, yorgunluk, baş dönmesi, karın ve kasıkta ağrı, şişkinlik hissi, kabızlık, sık idrara çıkma, memelerde ağrı, kaygı, içe kapanma, duygusal iniş çıkışlar, sinirlilik gibi fizyolojik ve psikolojik sorunların yaşanabildiği için yorucu fakat bir o kadarda heyecan verici bir dönemdir. Pek çok kadın gebelikte ortaya çıkan bu değişimlere kolay uyum sağlayabilse bile bazı kadınlar uyum sağlamakta zorluk yaşayabilmektedir. Şahin ve Yılmaz (2019), gebelerin prenatal sıkıntı ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Riskli gebeliği olan,

kronik hastalığı olan, gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan, yaşadığı sağlık sorunu nedeniyle ilaç kullanan gebelerin prenatal sıkıntı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadınların gebelik sırasında karşılaştıkları sıkıntılı durumların başında depresyon, anksiyete ve stres gelmektedir. Gebelikte yaşanan anksiyete ve depresyon gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırmakta, preterm eylem, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişim geriliğine neden olabilmekte, yenidoğanın sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Dağlar vd., 2015). Türkiye'nin içinde bulunduğu 25 ülkeden 66 araştırmanın metaanalizinde, gebelikte anksiyete belirtileri ve hafif-şiddetli depresif belirtilerin birlikte görülme prevalansı %9.5, anksiyete belirtileri ve orta-şiddetli depresif belirtilerin birlikte görülme prevalansı %6.3 bulunmuştur (Hassani vd., 2017).

Gebeliğin özellikle ilk dönemlerinde ortaya çıkan depresyonun, gebe ve fetüsü uzun dönemde de olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011). Geçmişte yaşanan depresyon öyküsü, ailede depresyon öyküsü, evlilikte yaşanan problemler, olumsuz hayat deneyimleri ve koşulları, istenmeyen gebelik, geçmişte düşük öyküsü, fetüs için kaygılanma gibi durumlar gebelikte depresyon için zemin hazırlayan risk faktörlerindedir (Altınçelep, 2011). Gebelik döneminde depresyon yaygınlığı kültür ve coğrafyaya göre değişiklik göstermektedir. Depresif belirti görülme sıklığı Macaristan'da %17.9, Kanada'da %25, Amerika'da %20 ve Finlandiya'da %30 olarak bulunmuştur (Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, gebelikte depresyon oranını Erbil vd. (2009), %30.9, Nefes ve Erbil (2022), %14.7, Tunçel ve Süt (2019), %7.8 bulmuştur.

Anksiyete, bireyin tehdit durumu olan bir ortamda kendisini yetersiz görmesi, korkudan kaynaklanan huzursuzluk veya iç sıkıntı hali, hoş olmayan bir duygu durumu ve gelebilecek muhtemel tehlikelere karşı gösterilen tepki olarak tanımlanmaktadır (Gültekin Akduman, 2014). Yapılan bir çalışmada gebelikte anksiyete riski %10.5 bulunmuştur (Nefes ve Erbil, 2022). Başka bir çalışmada gebelerin %25.4'ünde sınırda anksiyete olduğu ve %22.3'ünde anksiyete olduğu saptanmıştır (Tunçel ve Süt, 2019).

İnsanın yaşadığı fiziki ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle uyum sağlama amacıyla sarf ettiği çaba, vücudun psikolojik, fiziksel olarak dengede kalması için gösterdiği tepki "stres" olarak tanımlanır (Baltaş, 2008). Gebelik sırasında

yaşanılan stresin gebeyi ve fetusu olumsuz etkileyeceği, kısa ve uzun vadede gebede ve fetusta olumsuz sonuçlara neden olabileceği düşünülmektedir. Gebelerde anksiyete, stres ve depresyon düzeyinde artma görülme olasılığı, çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışına bağlı olarak değişmekle birlikte artacağı düşünülmektedir. Gebelerde siberkondriya, depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişki konusunda literatürde bilginin sınırlı olması nedeniyle bu çalışma planlanmıştır. Yapılan çalışmanın bulguları, literatüre katkı sağlayacak, sağlık personelinin gebelere vereceği bakıma yol gösterecek ve gelecekte yapılacak araştırmalara veri oluşturacaktır.

Bu çalışma, gebelerde siberkondriya ciddiyeti, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları:

- Gebelerde siberkondriya ciddiyeti düzeyi nasıldır?
- Gebelerde depresyon görülme oranı nedir?
- Gebelerde anksiyete görülme oranı nedir?
- Gebelerde stres görülme oranı nedir?
- Gebelerde siberkondriya ciddiyeti, depresyon, anksiyete ve stres arasında ilişki var mıdır?
- Gebelerde siberkondriya ciddiyetinin yordayıcıları nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik Durumu ve Kapsamı

Gebelik dönemi, kadının doğurganlık yeteneğinin devam ettiğini gösteren, toplumsal statüsünü etkileyen ve çiftler için büyük bir mutluluk kaynağı olan bir süreçtir (Arslan vd., 2019). Bu süreç kadınlar için doğal bir fizyolojik süreç olsada, bazı durumlarda kadın ve çocuk sağlığı için riskli olabilmektedir (Storksken vd., 2012). Gebelik dönemi, kadın yaşamını pek çok açıdan etkileyen karmaşık bir süreç olarak kabul edilmektedir. Bu dönemde özellikle fiziksel, hormonal ve sosyal değişiklikler meydana gelir ve bu değişiklikler kadınların cinsel yaşamını ve duygusal durumunu etkileyebilmektedir. Gebelik sürecinin cinsel yaşam üzerindeki etkileri, üzerinde sıkça odaklanılan bir konudur (Kaya vd., 2022). Gebelik döneminde görülen bazı değişiklikler cinsel isteği azaltabilirken, gebelikte düşük riskinin de cinsel yaşamı doğrudan etkilediği görülmektedir (Karayurt vd., 2022).

Gebelik dönemi, kadın yaşamında hem fizyolojik değişikliklerin hem de duygusal, psikolojik ve sosyal dönüşümlerin yaşandığı karmaşık bir dönemdir (Taşkın, 2021). Her kadının gebeliğe uyum süreci, önceki yaşam deneyimlerine bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Bu süreçte, kadının daha önce annelik için hazır olup olmaması, çevresinde olumlu ve olumsuz örnekler, gebeliğin planlı olup olmaması, gebelik ve doğum hakkında doğru ve yeterli bilgiye sahip olup olmaması, korku ve endişe düzeyleri, sosyo-ekonomik koşullar ve kişisel benlik algısı gibi faktörler, gebeliği kabullenme sürecini etkileyen önemli etmenler arasında yer almaktadır (Çalık ve Çetin, 2018). Anneliğe dair olumlu düşünce kalıpları ve beden algısının geliştirilmesi, kadınların sağlıklı bir zihinsel durumda olmalarına ve gebeliğe uyum sağlamalarına katkı sağlamaktadır (Kumcağız, 2012).

2.2. Siberkondriya

Siberkondri terimi, kökenini “siber” (cyber) kelimesinden almakta ve hastalık anksiyetesi bozukluğu olarak adlandırılan “hipokondriyazis” terimi ile birleştirilerek oluşturulmuştur (Starcevic ve Berle, 2013). İlk olarak 1996 yılında bir haber makalesinde kullanılan bu terim, daha sonraki yıllarda medya kaynaklarında sıkça yer bulmuştur. 1999 yılında The Harris Poll şirketi tarafından gerçekleştirilen anketlerde

bu terim kullanılmış ve Wall Street Journal gazetesinde de bu konuya dair yazılar yayımlanmıştır (Tarhan vd., 2021). “Siberkondri” terimi, internetin sağlıkla ilgili bilgilere erişimi kolaylaştırmasıyla birlikte, insanların sağlıkla ilgili aşırı endişelerini ve bu endişeleri giderme amacıyla çevrimiçi kaynaklara yönelmelerini ifade etmektedir (Yılmaz, 2014).

Siberkondri teriminin kullanımının artmasıyla birlikte farklı tanımlamalar da ortaya çıkmaktadır (Starcevic ve Berle, 2013). Bir tanıma göre, bireyler internet üzerinde kendi kendilerine teşhis koymaya veya tedavi yöntemleri araştırmaya çalışarak var olduğunu düşündükleri hastalıklar hakkında bilgi ve belge aramaktadırlar; hatta bazen günlerce hatta haftalarca hastalıkla ilgili araştırmalar yaparak “Acaba bir şeyi kaçırıyor muyum?” şeklinde anksiyete geliştirebilmektedirler (White ve Horvitz, 2006). Collins Sözlüğü’nde ise “siberkondri” terimi, “sağlık ve tıbbi web sitelerini ziyaret ederek sağlık durumuyla ilgili asılsız endişe duyan” kişileri tanımlamaktadır (Aiken ve Kirwan, 2012). Başka bir tanıma göre ise siberkondri, internet üzerinde sağlık araştırmalarını aşırı tekrarlamak sonucunda ortaya çıkan olumsuz duygu durumlarını ve artan doktor ziyaretlerini içermektedir, bu da kişinin yaşamını olumsuz etkileyebilir ve günlük işlevselliğini bozabilir (Mcelroy ve Shevlin, 2014).

2.2.1. Siberkondriyi Başlatan ve Sürdüren Etkenler

Siberkondri, anormal davranış kalıplarıyla birlikte rahatsız edici duygusal durumları ifade etmektedir. Bazı görüşlere göre, bireylerin sağlık kaygısı, aşırı çevrimiçi aramalara yol açabilir ve bu nedenle siberkondri ile hastalık kaygısı bozukluğu arasında daha yakın bir ilişki olabilir. Ayrıca, sağlık bilgisi edinme konusundaki kararlı araştırma davranışının, sağlık kaygısındaki aşırı artışa neden olduğunu savunan başka bir görüş de bulunmaktadır. Çevrimiçi sağlıkla ilgili aramaların sağlık kaygısını artırma ilişkisi kişiden kişiye değişebilir. Kimi durumlarda, birey artan sağlık kaygısını hafifletmek amacıyla çevrimiçi sağlık araştırmaları yapabilir. Ancak bu araştırmalar, kişinin sağlığına yönelik endişelerini daha da artırabilir (Starcevic ve Berle, 2015).

Siberkondriyak bireyler, sürekli olarak sağlıklarıyla ilgili tekrarlayıcı dikkat ve merak içinde olma eğilimindedirler. Bu durum, artan kaygı ve stresle

sonuçlanmaktadır. Bu kaygı ve stres, günlük aktivitelerini sürdürmeyi zorlaştırmakta ve işlevselliklerini olumsuz etkilemektedir (Starcevic ve Aboujaoude, 2015). Sağlıkla ilgili bu endişeleri hafifletmek amacıyla yapılan sürekli aramalar, kişilerin kaygı ve endişelerini daha da artırmaktadır. Bu durum, siberkondriyi tetikleyebilmektedir (Deniz, 2020). Obsesyonları (örneğin; bir sağlık sorunu olup olmadığına dair düşünceler) azaltmak amacıyla ortaya çıkan kompulsif davranışlar (örneğin; internet üzerinden sağlık bilgilerini araştırma davranışı), mevcut kaygıyı azaltmak yerine onu besleyerek bir kısır döngü oluşturabilir ve bu davranış tekrarlandıkça bir tür bağımlılık gelişebilmektedir (Fergus ve Spada, 2017). Ayrıca, aşırı ve gerçekte var olmayan semptomları yaratma ise, diğer klinik özellikler olarak tanımlanabilmektedir (Criddle, 2010).

İnternet üzerinden sağlıkla ilgili bilgilere ara sıra ve düzenli olarak başvurmak güven verici olabilir ve bilinçli bir şekilde bilgi edinme hissi yaratabilir, tekrarlayan internet aramaları siberkondri olarak kabul edilemez. Siberkondri, kişinin daha fazla rahatsızlık ve endişe duymasına neden olabilen bir durumdur (Starvevic ve Berle, 2013).

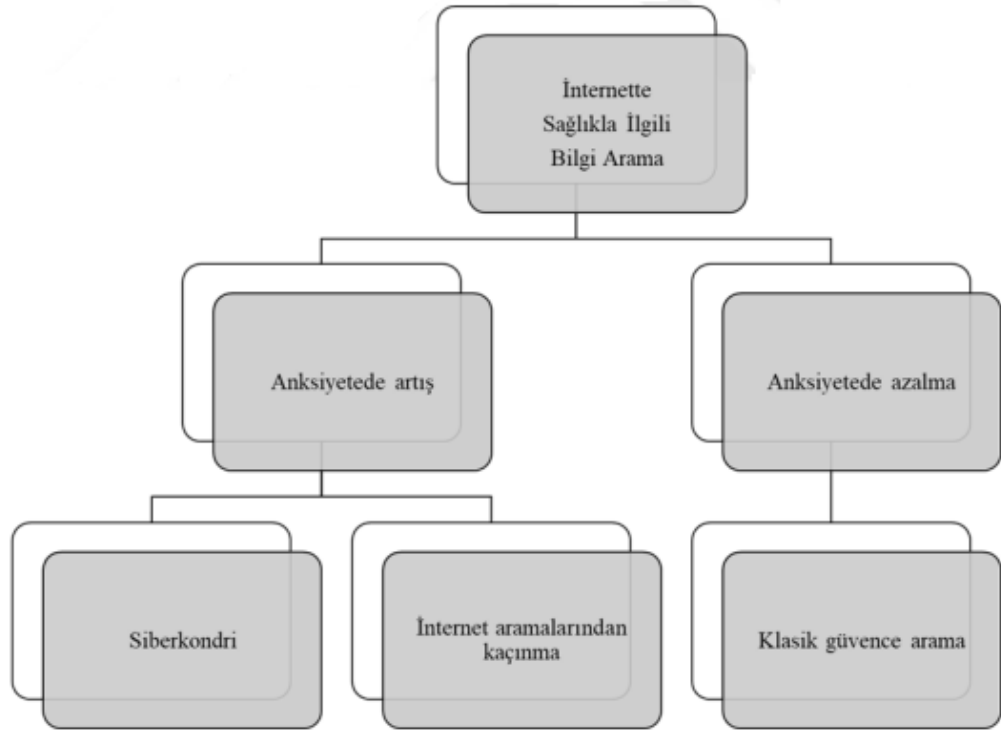
Siberkondrinin dört temel boyutu, bu durumu anlamamıza yardımcı olan ana bileşenleri temsil eder. *İlk olarak*, kişinin sağlıkla ilgili bilgi edinmek amacıyla İnternet'te geçirdiği zamanı ölçen “Sağlık bilgisi elde etmek için internette geçirilen zaman” boyutu bulunmaktadır. *İkinci boyut*, İnternet üzerinden elde edilen sağlık bilgilerinin kişi üzerinde yarattığı olumsuz etkileri değerlendirir, bu etkiler stres, kaygı ve kompulsif davranışları içerebilir (Köse ve Murat, 2021). *Üçüncü boyut*, bu olumsuz etkilerin günlük yaşama yansımalarıyla ilgilidir; kişi, sağlık kaygısı nedeniyle günlük aktivitelerini aksatma veya işlevselliğini kaybetme eğilimindedir. *Son olarak*, “Olumsuz etkinin yarattığı tahribattan kurtulmak için iyi ve güvende hissetme arayışı” boyutu, siberkondrinin yarattığı olumsuz etkilerden kaçınma veya hafifletme çabalarını içerir. Bu boyut, kişinin sağlık kaygısıyla başa çıkmak için çeşitli yollar aramasını veya tedavi arayışına girmesini kapsar (Köse ve Murat, 2021).

Siberkondri, temel olarak çevrimiçi aramaların dört ana faktörü tarafından karakterize edilir. Bu faktörler, aşırı çevrimiçi aramalar (aşırılık), çevrimiçi aramaların diğer aktivitelere müdahale etmesi (zorlama), çevrimiçi aramalarda yaşanan kaygı

(sıkıntı) ve çevrimiçi aramalarda sağlık uzmanlarından güvence talebini içeren bir prosedürdür (güvence) (Zangoulechi vd., 2018). Son olarak, tıp uzmanlarına güvensizlik (güvensizlik) gibi bir faktör de eklenerek, bu güven sorunuyla başa çıkmak için bireyler sosyal medyaya yönelmişlerdir (Fergus, 2014).

2.2.2. Siberkondriya Modeli

Starcevic ve Berle (2013) tarafından geliştirilen model, sağlık anksiyetesi yüksek olan bireylerin internet üzerinden sağlıkla ilgili bilgi aramasının sonuçlarını açıklayan bir yapı sunmaktadır (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Sağlık Anksiyetesi Yüksek Olan Bireylerde İnternette Sağlıkla İlgili Bilgi Aramanın Yarattığı Sonuçlar (Starcevic ve Berle, 2013).

Çevrimiçi sağlık bilgisi arama, doğrudan “uyumsuz” olmasa da siberkondriyi tetikleyebilir. Bu durum, çevrimiçi ortamda aşırı zaman harcamayı ve araştırmadan sonra anksiyete düzeyinde artış yaşamayı içerir. Siberkondriye katkıda bulunan faktörlerden biri, çevrimiçi sağlık bilgilerinin genellikle belirsiz, yanıltıcı veya eksik olmasıdır (Eysenbach vd., 2002).

Yapılan araştırmalar, yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi ile internet üzerinden sağlık bilgisi arama arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, daha fazla sağlık anksiyetesi yaşayan kişiler, evrimii sağlık destek gruplarını ve/veya sağlıkla ilgili internet sitelerini daha sık kullanma eğilimindedirler (Bajcar vd., 2019). Peterson (2012), internet kullanımının günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline geldikçe “siberkondri”nin arttığını belirtmektedir.

Yanlış teşhislere ve yanlış tedavilere yol açabilen arama sonuçları, internette bulunan bilgi karmaşasının bir sonucu olarak ortaya çıkabilen bir durumdur. Bu arama sonuçları, sağlık hizmetlerine gereksiz yk getirebilecek ve sağlık harcamalarında artışa neden olabilecek kadar gereksiz endişeye yol açabilir. Resmi bir teşhis olmaksızın, tıbbi semptomları olan bireylerin bu semptomlara yanıt olarak ciddi bir tıbbi durumları olduğunu düşünmeleri, bu durumu açıklayabilir.

2.2.3. Siberkondriya Tedavisi

İnternetin kaynak çeşitliliği arttıa, doğru ve güvenilir bilgilere ulaşmak giderek daha zor hale gelmektedir (Morahan-Martin, 2004). Bu durum, özellikle sağlık konusundaki bilgiye sınırlı erişimi olan kişiler için bilgi değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır (Diviani vd., 2015). Dolayısıyla, sağlık bilgilerini evrimii olarak doğru ve güvenilir bir Şekilde arama ve uygulama yeteneği, sağlıkla ilgili önemli bir beceridir (Gonzalez vd., 2022). Bu beceri eksikliği, bireyleri daha savunmasız hale getirebilir (Cline ve Haynes, 2001). Bu nedenle, güvenilir ve doğru kaynaklara erişim, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkilidir (Ghaddar vd., 2012).

Yapılan araştırmalar, evrimii sağlık bilgisi arayanların yaklaşık olarak %75’inin bu bilgilerin doğruluğunu araştırmadığını göstermektedir. Bu durum, insanların sağlıkla ilgili endişelerinde ciddi bir artışa neden olabilir (Fox, 2006). Bu Şekilde siberkondrisi olan kişiler, araştırdıkları hastalığın kendilerinde olduğuna inanabilirler ve gereksiz yere doktora başvurarak sağlık hizmeti talep edebilirler (Muse vd., 2012). Bu durum, gerçekten sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hastaların sağlık hizmetini zamanında alamamalarına veya hiç alamamalarına yol açabilir. Bu sorun aynı zamanda ülkelerin sağlık harcamalarının artmasının bir nedeni olabilir.

Amerika’da yapılan bir araştırmada, hipokondriyak hastalar için gereksiz yere yapılan tahliller, görüntülemeler, ilaçlar ve diğer tedaviler nedeniyle yılda yaklaşık

olarak 20 milyar dolarlık bir harcama yapıldığı belirtilmiştir. Bu hastalar, doktorlarıyla görüşmeden önce çevrimiçi olarak edindikleri bilgileri muayene sırasında doktorlarıyla tartışma eğilimindedirler. Bu durum, doktor-hasta ilişkisine zarar verebilmektedir (White ve Horvitz, 2009).

Siberkondri tedavisinde temel hedef, bu davranışı sergileyen bireylerin çevrimiçi sağlık bilgilerini veya genel sağlık bilgilerini gereksiz yere paniğe kapılmadan yönetmelerini sağlamaktır (Starcevic ve Berle, 2013). Siberkondriyi önleme ve kontrol etme çabalarında odaklanılması gereken çevrimiçi sağlık araştırmalarını tamamen engellemek değildir. Çünkü 21. yüzyılda sağlıkla ilgili bilgilere erişmek için internet önemli bir kaynaktır (Starcevic ve Berle, 2015; Starcevic, 2017; Starcevic vd., 2020).

Siberkondriyi önlemek veya etkilerini en aza indirmek için çaba harcamak, internet temelli bir davranış olduğundan, bu konuda etkili olabilmek için bilgi teknolojisi uzmanları, arama motoru geliştiricileri, web site tasarımcıları, sağlık hizmeti sunucuları, psikologlar, psikiyatristler ve halk sağlığı uzmanları arasında etkili bir iş birliğini gerektirmektedir (Harding vd., 2008). Önleyici tedbirlerin içinde, bireyin internet üzerinde semptomlarını araştırırken bulduğu bilgilerin gerçekçi olasılıklara dayandığından emin olmasını sağlama önemli bir yer tutmaktadır. Bu, internet üzerinde sunulan sağlık bilgilerinin açık, kesin, bilimsel temele dayanan ve kullanıcı dostu şekilde sunulmasının sağlanmasıyla mümkün olacaktır (White ve Horvitz, 2009).

Siberkondri düzeyini azaltma amacıyla yapılan birçok araştırma, farklı konuları ele almıştır. Bu araştırmaların genel olarak üzerinde durduğu noktalar, çevrimiçi sağlık bilgilerinin sunulmuş biçimini içermektedir (Copelton ve Valle, 2009). Araştırmaların sonuçlarına göre, çevrimiçi sağlık bilgilerinin açık, anlaşılır ve kullanıcı dostu bir dilde sunulması, hastanın semptomları ile muhtemel teşhisler arasındaki gerçekçi olasılıklara dayalı olarak çevrimiçi arama sonuçlarının sıralanması, sağlık kaygısının azalmasına katkı sağlayabilir. Ancak siberkondri düzeyini azaltmak için bu önlemlerin tek başına yeterli olmayabileceği unutulmamalıdır (Tekin, 2007; Tekin vd., 2009).

Siberkondrinin önlenmesi bağlamında başka bir yaklaşım da hasta-doktor iletişiminin iyileştirilmesidir. Sağlık hizmetlerine olan talep arttıkça, her hasta için

ayrılan doktor sayısı azalmış ve muayene süreleri kısalma eğilimi göstermiştir. Sınırlı zaman diliminde hastalar, doktorlarına aklına gelen her soruyu sorma fırsatını bulamamaktadır. Bu nedenle hastalar, gerekli bilgilere ulaşmak için internete başvururlar (Başoğlu, 2019). Yapılan bir çalışma, hastaların %38.7'sinin doktorların verdiği bilgileri yetersiz bulduğunu, %32.7'sinin ise doktorların kullandığı açıklamaları anlamakta zorlandığını göstermektedir (Tekin vd., 2009). Doktorların, hastaları bilgilendirirken karmaşık ve anlaşılması güç terimlerden kaçınmaları ve bilgiyi hastaların rahatça anlayabileceği bir dille iletmeleri önemlidir. Ayrıca, muayene sürelerinin hastaları daha iyi bilgilendirebilmek için uzatılması yönünde çalışmalar yapılması gerekmektedir (Tüter, 2019).

2.3. Stres

Latince “estricia” kelimesinden türeyen stres teriminin kökeni, zorlama, gerilim ve baskı gibi anlamları ifade etmektedir. Stres terimi, fizik, biyoloji, fizyoloji, endokrinoloji, tıp, antropoloji, sosyoloji ve psikoloji gibi çeşitli bilim alanlarında yoğun bir şekilde kullanılmaktadır (Şahin, 1994).

Biyolog Walter Cannon, stresi canlı organizmalar üzerinden açıklamaya çalışmıştır. Cannon'a göre, canlı organizmaların doğal içsel denge, dış etkenler tarafından bozulduğunda stres oluşmaktadır. Bu süreç, Cannon tarafından içsel dengeyi sürdürme ve dış etkenlere karşı savaşa veya kaçma tepkisi olarak adlandırılan “homeostasis” kavramlarıyla açıklanmıştır. Cannon'a göre, stres, temel olarak biyolojik varoluş ve uyum gereksinimlerinden kaynaklanmaktadır. Organizmalar, yaşamlarını veya çevreleriyle uyumlarını tehdit eden uyarıcılara tepki verirler ve stres, bu tür uyarılara karşı varoluşsal bir tepki olarak görülmelidir (Stuart, 2014).

Stres, bir organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesi sonucu ortaya çıkan bir durumdur (Baltaş ve Baltaş, 2018). Stres, organizmanın dış çevresinde meydana gelen istenen veya istenmeyen değişikliklere karşı kontrolsüz bir tepki olarak tanımlanabilmektedir (Tozkoparan, 2019). Endokrinolog Hans Selye, stresi, vücudun herhangi bir talebe karşı verdiği spesifik olmayan bir tepki olarak açıklamaktadır (Selye, 1980). Ayrıca, Cüceloğlu (2006),

stresi, bireyin fiziksel ve sosyal çevresinden kaynaklanan uyumsuz koşullar nedeniyle bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı bir çaba olarak tanımlanmaktadır.

Stres, insanlar ile çevreleri arasında gerçekleşen ve bilişsel değerlendirme ile başa çıkma süreçlerini içeren dinamik bir ilişki olarak kabul edilmektedir (Krohne, 2002). Lazarus ve Folkman (1984), tarafından geliştirilen üç aşamalı bilişsel stres ve başa çıkma modeli, bu yaklaşımın bir parçasıdır. Bu model, iki tür değerlendirmeyi içermektedir. İlk olarak, birey, tehdit edici olayların neden olduğu mevcut ve potansiyel zararı veya kaybı birincil değerlendirme aşamasında değerlendirmektedir. İkinci olarak, birey, başa çıkma kaynaklarını incelemek için ikincil değerlendirme aşamasına girmektedir (Harrington, 2012). Eğer birey, durumun üstesinden gelebilmek için ihtiyaç duyduğundan daha fazla başa çıkma kaynağına sahip olmadığını düşünüyorsa, kendini tehdit altında hisseder ve bu durum stres tepkisini tetiklemektedir. Bu nedenle, bireyin stres tepkisini azaltmak için deneyimin yorumunu değiştirebileceği durumlarda, yeniden değerlendirme süreci başlamaktadır (Eşsizoglu, 2013). Yeniden değerlendirme aynı zamanda gelecekteki stres tepkilerini yönetme ve dengeyi yeniden sağlama sürecine yardımcı olmaktadır (Harrington, 2012).

Perinatal stres, genellikle bunalmışlık veya gevşeyememe gibi semptomlarla ifade edilmektedir ve bu durum annenin vücudunda önemli fizyolojik değişikliklere neden olmaktadır (Li vd., 2022). Prenatal dönemde artan stres, hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenini aktive edebilmektedir. Bu, hipotalamustan kortikotropin salgılatıcı hormonun (CRH) artan salınımına yol açmaktadır. CRH, hipofizden adrenokortikotropin hormonunun (ACTH) salınımını uyarır ve ACTH, adrenal bezden kortizol ve norepinefrin salınımını artırmaktadır (Kramer vd., 2013). Stres altında, plasentayı besleyen damarlar daralır ve rahime giden kan akışı azalır (Cardwell, 2013). Bu nedenle, doğum öncesi stresin obstetrik komplikasyonlara yol açabileceği bilinmektedir; bu komplikasyonlar arasında preeklampsi riskinin artışı, spontan abortus, antenatal kanama, artan uterin arter direnci, erken doğum, plasental anomaliler, sezaryen doğum, zor doğum, artan epizyotomi, düşük APGAR skoru, düşük doğum ağırlığı, fetal ölüm ve postpartum depresyon gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirildiğini göstermektedir (Yali ve Lobel, 2002; Ortaarık vd., 2012). Ayrıca, gebelik sırasında stresli olaylara maruz kalmanın veya gebelik sırasında algılanan anne stresinin, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve erken membran rüptürü gibi doğum

komplasyonları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Bush vd., 2021). Ayrıca, annenin gebelik dönemindeki stresinin, bebeğin çocukluk, adölesanlık ve yetişkinlik dönemlerinde kalıcı sağlık sorunlarına yol açabileceği de belirtilmektedir. Bu nedenle, gebelik sırasındaki stresin anne ve bebek sağlığına etkisini azaltmak için özel önlemler ve destekler gereklidir (Diego ve Field, 2009; Atasever ve Sis, 2018).

Gebelik süresince kadınların fizyolojik ve psikolojik değişimlere uyum sağlayamaması ve yeterli sosyal destekten yoksun olmaları, ruhsal sorunlara karşı savunmasız hale gelmelerine neden olabilir. Bu dönemde görülebilecek ruhsal sorunlar, doğum sonrası dönemde artan stres faktörleriyle birleştğinde postpartum hüzün ve depresyon gibi sonuçlara yol açabilir (Lancaster vd., 2010). Gebelik sürecindeki stres hem anne hem de bebek sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu için bu konuya özellikle dikkat edilmesi gerekmektedir. Eğer gebelik sırasında ruhsal sorunlar erken dönemde tespit edilip müdahale edilirse, doğum sonrası dönemde ruhsal sorunların önlenmesi için önemli bir adım atılmış olur (Orr vd., 2007). Bu nedenle, gebelik sürecindeki stresin yönetimi ve ruhsal sağlık desteği hem anne hem de bebek için kritik bir öneme sahiptir.

Amerika'da gerçekleştirilen bir çalışma, 32 yaşından büyük gebelerde stresin düşük riskini 2 ila 3 kat artırdığını göstermektedir. Gebelik dönemi, kadının vücudu, duyguları ve yaşam tarzında değişikliklerin meydana geldiği özel bir dönemdir ve bu döneme stresin eklenmesi gebe kadınlar için rahatsızlık vermektedir. Gebelik sırasındaki hormonal değişimler veya gebelikle ilişkilendirilen semptomlar, bulantı, kusma, sık idrara çıkma, ellerde ve ayaklarda şişme gibi belirtiler, gebeler için stres kaynağı olabilmektedir. Bu, gebelik sürecini daha karmaşık ve zorlu hale getirmektedir (Carolan-Olah ve Barry, 2014).

Stres kişiden kişiye farklı semptomlara yol açabilir ve semptomlar stresin yoğunluğuna, süresine ve bireysel farklılıklara bağlı olarak değişebilir. Stresin kişide oluşturabileceği yaygın semptomlar:

Fiziksel semptomlar, stresin vücutta çeşitli etkileri olarak ortaya çıkar. Baş ağrısı, kas gerginliği, mide rahatsızlığı, yorgunluk, uyku problemleri, terleme, titreme ve kalp çarpıntısı gibi belirtiler stresle ilişkilendirilebilir. Bu semptomlar, stresin sindirim sisteminden kaslara, uyku düzenine kadar geniş bir yelpazede etki yarattığını

gösterir. Uzun vadede bu semptomlar, sağlık sorunlarına yol açabilir. Stresle başa çıkma stratejilerini öğrenmek ve sağlıklı alışkanlıklar geliştirmek önemlidir. Ayrıca, şiddetli veya sürekli stres semptomları durumunda bir sağlık profesyoneli ile iletişime geçmek önerilir (Erdoğan vd., 2009).

Duygusal semptomlar, stresin çeşitli duygusal tepkilere neden olduğunu gösterir. Anksiyete ve panik ataklar, stresin tetiklediği yoğun endişe ve korku durumlarını içerir. Kronik stres, depresyon veya hüznün hissine yol açabilir, kişi sürekli üzgün veya umutsuz hissedebilir. Sinirlilik, öfke veya hırçınlık gibi duygusal tepkiler de stresin bir sonucu olabilir. Duygusal dalgalanmalar, stres altındayken aniden değişen duygusal durumları ifade eder. Suçluluk veya utanç duyguları, stresin kişinin öz saygısını etkileyebileceği bir başka boyuttur. Huzursuzluk ve tedirginlik ise stresin neden olduğu sürekli bir huzursuzluk veya endişe durumunu yansıtır (Coşkun, 2019).

Zihinsel semptomlar, stresin zihinsel işlevleri nasıl etkileyebileceğini gösterir. Dikkat eksikliği, stres altında odaklanma sorunları ve dikkatin dağılması anlamına gelir. Stres, kısa vadeli bellek sorunlarına neden olabilir, bu da isimleri unutma veya önemli bilgileri hatırlamada zorluk yaratabilir. Karar verme zorluğu, stresin kişinin karar alma yeteneğini etkileyebileceği bir diğer belirtidir. Odaklanma güçlüğü, stresin belirli bir konuya odaklanmayı zorlaştırabileceğini gösterir, zihin sürekli olarak daldan dala atlayabilir. Zihinsel karmaşa ve düşünce döngüleri ise stresin negatif düşünce döngülerine yol açarak kişinin sürekli olarak endişeli veya negatif düşüncelerle meşgul olmasına neden olabilir (Gökler, 2012).

Davranışsal semptomlar, stresin kişinin davranışlarını nasıl etkileyebileceğini gösterir. İştah değişiklikleri, stres altında olanların bazılarında iştah kaybına ve kilo kaybına neden olabilirken, diğerlerinde aşırı yeme eğilimine ve kilo artışına yol açabilir. Sosyal geri çekilme veya izolasyon, stres altındaki bireylerin sosyal etkileşimlerden kaçınma ve kendilerini izole etme eğiliminde olmalarını ifade eder. Sigara, alkol veya uyuşturucu madde kullanımındaki artış, stresle başa çıkma yöntemi olarak ortaya çıkabilir. Tırnak yeme, saç çekme gibi kötü alışkanlıkların artışı da stresin etkilerindedir. İş performansında düşüş, stresin iş yaşamını olumsuz etkileyebileceğini gösterir, kişi daha az üretken veya dikkatsiz olabilir. İlişkilerde

sorunlar veya çatışmalar, stresin kişinin ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebileceğini yansıtır, kişi daha tahammülsüz veya çatışmacı olabilir (Özel ve Karabulut, 2018).

2.3.1. Stresle Baş etme

Başa çıkma mekanizmaları üzerine yapılan kuramsal yaklaşımlar, genellikle psikanalitik yaklaşım ve bilişsel-etkileşimsel süreç yaklaşımı olarak iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Psikanalitik yaklaşıma göre, psikolojik dengeyi korumak amacıyla ego, çevreyle uyum sağlamak için farklı savunma mekanizmalarını kullanmaktadır. Bu savunma mekanizmaları arasında inkâr etme, yansıtma, mantığa bürüme, bastırma, yer değiştirme, yüceltme, özgecilik, öngörme ve mizah bulunmaktadır. Bilişsel-etkileşimsel süreç yaklaşımı ise bireyin stresle başa çıkmak için duygusal ve zihinsel süreçler arasında dinamik bir etkileşim olduğunu öne sürmektedir. Buna göre, stresin olumsuz sonuçlarından korunmak için birey ve çevresi arasında bu etkileşim gerçekleşmektedir (Doğru, 2018).

Başa çıkma tarzları, Lazarus ve Folkman tarafından duygu odaklı ve problem odaklı olarak iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Kontrol edilebilir stres faktörleri için problem odaklı başa çıkma stratejileri kullanılmaktadır, kontrol edilemeyen stresli durumlar içinse duygu odaklı stratejiler tercih edilmektedir. Ayrıca, aktif ve kaçınmacı başa çıkma ile reaktif, proaktif, ileriye dönük ve önleyici başa çıkma tarzları da değerlendirilmektedir. Lazarus ve Folkman (1984), en etkili başa çıkma kaynaklarının sağlık, iyimserlik, problem çözme yeteneği, sosyal destek ve sosyal ilişkiler olduğunu vurgulamaktadırlar. Başa çıkma mekanizmaları, bireylerin stresle başa çıkma becerilerini anlamak ve geliştirmek için önemli bir rol oynamaktadır. Stresle başa çıkma stratejileri, kişinin stresi yönetme yeteneğini etkileyen önemli bir faktördür. Bu stratejiler, işlevsel veya işlevsiz olabilir ve kişiye farklı sonuçlar verebilir. Bazı başa çıkma yöntemleri aşağıda özetlenmiştir (Güçlü, 2001).

Stresle başa çıkma yöntemleri, genellikle bedensel, zihinsel ve davranışsal yaklaşımları içerir. Bedensel yöntemler, merkezi sinir sistemini ve sempatik sinir sistemini rahatlatmayı amaçlayarak stresi azaltmaya odaklanır. Bu yöntemlere örnek olarak, gevşeme teknikleri (meditasyon, derin nefes almak), fiziksel egzersiz ve sağlıklı beslenme sayılabilir. Zihinsel yöntemler, düşünce süreçlerini ve zihinsel durumu yönetmeyi hedefler. Pozitif düşünme, zihinsel düzenleme, mindfulness ve

meditasyon bu kategoriye örnektir. Davranışçı yöntemler ise stresle başa çıkmak için davranışları değiştirmeyi amaçlar. Her bireyin stresle başa çıkma süreci kişiseldir ve etkili stratejileri belirlemek için kendi ihtiyaçlarını anlaması ve uygulaması önemlidir (Baltaş ve Baltaş, 2018).

2.4. Anksiyete

Anksiyete, hayatın farklı dönemlerinde her insanın deneyimlediği, genellikle çeşitli fizyolojik belirtilerle birlikte hoş olmayan sıkıntı ve endişe duygularını içeren bir durumdur (Engin, 2021). Başka bir deyişle, anksiyete kavramsal ve klinik olarak “bunalım” olarak adlandırılabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Bu tür durumlar bazen “rahatsızlık hissi” veya “kaygı ve korku” terimleriyle de tanımlanır. Genel anlamda anksiyete bozukluğu, kişinin günlük yaşamında karşılaştığı bir olayı veya nesneyi gerçek durumundan daha tehlikeli bir şekilde algılayarak gereğinden fazla kaygılanma eğiliminde olduğu bir durumu ifade etmektedir (Helvacı ve Hoccoğlu, 2016; Şahin, 2019).

Anksiyete terimi, genellikle tehdidin belirsiz, değişken veya gerçek dışı olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Anksiyete ile ilişkilendirilen duygusal tepki, bireyin subjektif olarak rahatsızlık hissettiği, yaygın bir tepki olmakta, genellikle algılanan tehdide odaklanmış bir kavram veya düşünce unsuru içermektedir (Blanchard vd., 2008). Anksiyete, genellikle bireyi potansiyel bir tehlike veya tehdit karşısında gerekli önlemleri almaya yönlendiren biyolojik bir tepki olarak ortaya çıkar. Bu tehdit bazen bir kaybın, bazen de içsel bir çatışmanın sonucunda meydana gelebilir (Clark ve Beck, 2012). İçsel çatışma, bireyin içsel dürtüler ile iç veya dış engeller arasında yaşadığı bir çatışmayı yansıtabilir (Özer, 2006).

Anksiyete, tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur ve bu duyguya çeşitli bedensel hisler eşlik edebilmektedir. Örneğin, göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk hissi ve sık tuvalete gitme ihtiyacı gibi duyular anksiyetenin belirtileri arasında yer almaktadır. Huzursuzluk ve sürekli dolaşma isteği de sıkça görülmektedir (Kalyon, 2018). Anksiyete, somut bir tehlike olmamasına rağmen ortaya çıkmaktadır ve kişinin günlük yaşamını etkilemeye başlamaktadır. Anksiyetenin klinik belirtileri bireyden bireye büyük farklılıklar gösterebilmektedir. Bazı kişilerde kas gerilimi öne çıkarken, bu kişiler kas sertliği, baş

ağrısı ve boyun tutulması gibi şikayetlerle karşılaşmaktadırlar (Leahy, 2007). Anksiyete bozuklukları arasında panik atak, agorafobi, agorafobisiz panik bozukluğu, agorafobik panik bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, post travmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu ve madde kullanımı kaynaklı anksiyete bozuklukları bulunmaktadır. Tanı aşamasında özellikle panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu ayrımı önem arz etmektedir (Türkçapar, 2004).

Anksiyete ve depresyon, bir arada görülme olasılığı oldukça yüksek olan psikolojik rahatsızlıklardır. Sağlık kurumlarındaki hastalarda yapılan bir çalışmada, sadece anksiyete bozukluğu olanların (%12.8) veya sadece depresif bozukluğa sahip olanların (%10.3) yanı sıra, anksiyete ve depresyonun bir arada bulunduğu (%19.2) ve karma anksiyete-depresyonun (%42.3) daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, anksiyete ve depresyon arasındaki sınırların belirsizliğini vurgulamaktadır (Özen ve Temizsu, 2010).

Gebelik döneminde depresyon ve anksiyete, annenin uyku ve iştah sorunları yaşamasına, çökkün bir duyguduruma sahip olmasına sebep olmakta ve fetüsün ruhsal ve bedensel gelişimini olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Bu bozukluklar aynı zamanda annelik rolüne hazırlanmayı zorlaştırabilir ve aile içi çatışmalara yol açabilir. Ayrıca, gebelikte depresyon ve anksiyete riski, sosyodemografik faktörlere bağlı olarak değişebilir, bu faktörler arasında sigara, alkol ve madde kullanımı, gebeliği isteme durumu, gebelik yaşı, çocuk sayısı, medeni durum ve eğitim seviyesi gibi özellikler yer almaktadır (Zaman vd., 2018).

Gebelik döneminde, kadınlar fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşar ve bu değişiklikler, anksiyete semptomlarına benzerlik gösterebilir, bu nedenle gebelik döneminde anksiyete bozukluklarını teşhis etmek zor olabilir (Baştarcan, 2020). Gebelikte yaşanan anksiyetenin nedenleri arasında eğitim durumu, eş ilişkileri, bebekle ilgili sorunlar, operasyonlu doğum, yaşam değişiklikleri ve aile sorunları bulunmaktadır (Şahin ve Kılıçarslan, 2010). Araştırmalar, gebelik döneminde kadınların gebelik ve doğumla ilgili korkular yaşadığını ve bu korkuların anksiyete düzeyini artırdığını göstermektedir (Dönmez vd., 2014). Bu korkuların, sezaryen

doğum, zor doğum eylemi, preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi faktörlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Eskici vd., 2012).

2.4.1. Anksiyete Bozukluğu Tedavisi

Anksiyete tedavisi için ilk adım, anksiyetenin nedeni, kişinin yaşamını nasıl etkilediği, gerçek sosyal yaşamından ve yaşam kalitesinden ne kadar uzaklaştığı, semptomların şiddeti, çevresel ve ailesel destek düzeyi, bireyin durumunun farkındalık düzeyi ile ilgi sorulara yanıt almaktır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Beck (2001), olumsuz ve istenmeyen tutumların düzeltilmesi için ilk adımın, yanlış algılamının temelini oluşturan düşünce biçimini farklılaştırmak olduğunu vurgulamaktadır. Bilişsel terapide, bireylerin yanlış düşünce kalıplarını tanımalarını teşvik etmek amaçlanmaktadır. Bu, kişilere yanlış düşünce yapısını fark ettirerek, olayları ve düşünce biçimlerini yeniden değerlendirmelerini sağlamayı içermektedir. Çünkü insanların tutumları, dünyayı ve deneyimlerini algılama biçimlerine bağlı olarak şekillenmektedir. Bilişsel terapinin temelinde, yanlış algılamının fark edilmesi ve olaylara yanlış düşüncelerin yansıtılmasının farkına varılması yer almaktadır (Yılmaz, 2016). Yanlış düşünce yapısının farkına varıldıktan sonra, doğru davranışa yönelmek, danışanın kendi kendine dönüşmesi ve terapistin rehberliği ve verdiği ev ödevleri ile gerçekleşmektedir (Beck, 2001).

Temel inançlar, bilişsel yapıların en temel ve derin katmanını oluşturmaktadır. Kişisel inançlar, çocukluk döneminden itibaren sosyalleşme süreci içerisinde gelişen tamamen bireysel çıkarımlardır. Bu çıkarımlar zamanla birey tarafından kesin ve sorgulanmaz doğrular olarak kabul edilmektedir (Engin, 2021). Bu oluşan negatif tutumlar, genellikle çok erken yaşlardan itibaren başlar ve ergenlik döneminden itibaren yıllarca devam eder, bu nedenle çok katı ve değiştirilmesi zor hale gelmektedir. Özellikle daha muhafazakâr düşünce yapısına sahip bireylerde bu katılık daha fazla görülebilir. Bu yapının sertliği nedeniyle, dünyayı net bir şekilde görmekte zorlanma, olayları yanlış değerlendirme ve mutsuzluk hissi gibi sorunlar ortaya çıkabilir (Çiftçi, 2008).

2.5. Depresyon

Bunalım veya çöküntü durumu olarak adlandırılan depresyon, çağımızda yaygın olarak karşılaşılan bir hastalıktır. İlk olarak M.S. 170'lerde Galen, insanların diğer insanlardan nefret etme, yaşamdan duydukları memnuniyetsizlik, depresyon ve korku gibi kavramlarla tanımlamıştır (Kafes, 2021). Aslında melankoli olarak bilinen bu durumun ilk klinik tanımı, M.Ö. dördüncü yüzyılda Hipokrat tarafından yapılmıştır ve hastalığın nedeni olarak Yunanca'da "kara öfke"yi işaret etmiştir (Beck ve Alford, 2009). Yaş ilerledikçe birçok kronik hastalığın varlığı, depresyon riskini artırabilir. Farklı tıbbi tanımlarla depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde, kanser, kalp-damar hastalıkları, kan hastalıkları, böbrek hastalıkları, endokrin problemleri ve merkezi sinir sistemi hastalıkları ile solunum sistemi hastalıklarının depresyon ile daha sık ilişkilendirildiği görülmektedir (Covinsky vd., 1999).

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne (2017), göre, depresyon, bir kişinin duygusal durumunu, düşünce biçimini ve davranışlarını etkileyebilen yaygın ve ciddi bir ruh sağlığı sorunudur. Anksiyete, gerginlik hissi, endişeli düşünceler ve fiziksel belirtilerle tanımlanırken, stres bilişsel süreçleri, tepkileri ve başa çıkma yeteneğini olumsuz etkileyebilir. Depresyon süresince düşünce akışının yavaşlaması, en çok doğru karar almayı ve karar verme yeteneğini zorlaştıran, olumsuz ve karamsar düşüncelerden kaynaklanan bir durumdur (Işık vd., 2013).

DSM-V, depresyonu detaylı bir şekilde sınıflandırarak farklı gruplara ayırmıştır. Yıkıcı Duygudurum Bozukluğu, hızlı ve aşırı duygusal iniş çıkışlarına işaret ederken, (Majör) Ağır Depresyon Bozukluğu en yaygın depresyon türü olarak kişinin sürekli olarak üzgün, enerjisiz ve umutsuz hissettiği durumu ifade eder (Kafes, 2021). Sürekli (Distimi) Depresyon Bozukluğu, majör depresyon kadar yoğun olmayan ancak daha uzun süreli bir depresyon hali olarak tanımlanır. Diğer türler arasında Premenstrüel Disfori Bozukluğu, Madde ya da İlaç Kaynaklı Depresyon Bozukluğu, Diğer Sağlık Sorunlarına Bağlı Depresyon Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Depresyon Bozuklukları ve Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu bulunmaktadır. Her bir tür farklı semptomlar, şiddet dereceleri ve nedenlerle ilişkilidir, bu da doğru tanı ve tedavi planının oluşturulmasında önemlidir (Uzonwanne, 2014).

Depresyon, gebelik süreci ile ilişkilendirilen en sık görülen psikiyatrik sorundur (Carter ve Kostaras, 2005). Eğer bir kadının geçmişinde depresyon öyküsü varsa, gebelik döneminde depresyon riski daha yüksektir. Ayrıca, erken doğum, ölü doğum geçmişı, yetersiz sosyal destek, evlilik uyumsuzluğu, çocuk sayısı, istenmeyen gebelik, aile geçmişinde depresyon öyküsü, madde kullanımı gibi faktörler de depresyon riskini artırabilir (Melville vd., 2010). Gebelik sırasında hafif depresyon semptomları bazen kendiliğinden iyileşebilirken, orta düzeyde semptomlar yaşayan kadınlar için destek almak önerilmektedir (Karamağara, 2023). İlk trimesterde, depresyonun belirtileri arasında uyku ve iştah değışiklikleri, aşırı yorgunluk, cinsel isteksizlik, duygusal dalgalanmalar ve anksiyete durumları, konsantrasyon eksikliği bulunabilir. Benzer şekilde, gebeliğin üçüncü trimesterinde uyku ve iştah problemleri, aşırı yorgunluk, doğumla ilgili kaygılar ve anksiyete daha yaygın olabilirken, ikinci trimesterde bu belirtiler genellikle daha az görülür (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008).

Gebelik depresyonu, bir dizi maternal ve fetal riski beraberinde getirebilir. Bu riskler arasında hipertansiyon, abortus, erken doğum, perinatal kanama, uterin arter direncinin artması, düşük Apgar skoru, doğum sonrası bebek yoğun bakım ihtiyacı, neonatal büyüme geriliği, fetal ölüm, intrauterin gelişme geriliği, antenatal ve doğum komplikasyonları, erken doğum riski gibi durumlar bulunmaktadır. Ayrıca, antenatal dönemdeki depresyon, doğum sonrası depresyon riskini artırabilecek önemli bir faktör olarak kabul edilir (Marcus vd., 2008). Gebelik sırasında ikinci ve üçüncü trimesterlerde yaşanan depresyon, doğumla ilgili komplikasyonlar, zor doğum veya preterm doğum riskiyle ilişkilendirilebilir (Bennett vd., 2004). Depresyon tanısı konulup tedavi edilmeyen gebelerde irritabl bağırsak sendromu ve kardiyovasküler hastalık riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, depresyondaki hamileler, iştah kaybı nedeniyle kilo alamama sorunları yaşayabilirler ve bu, beslenme bozukluklarına bağlı intrauterin gelişme geriliği riskini artırabilir (Bowen ve Muhajarine, 2006).

2.5.1 Depresyonun Tedavisi

Depresyonun farmakoterapisinde kullanılan başlıca ilaç grupları şunlardır: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI'lar), serotonin seviyelerini artırarak depresyon semptomlarını azaltır; Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri

(SNRI'lar), hem serotonin hem de noradrenalin seviyelerini etkileyerek etkilidir; Triazolopyridine-Serotonin Reseptör Antagonistleri ve Agonistleri, serotonin reseptörlerine etki ederek semptomları hafifletebilir; Aminoketonlar-Noradrenalin-Dopamin Geri Alım İnhibitörleri, noradrenalin ve dopamin seviyelerini artırarak tedaviye katkıda bulunur; Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri, noradrenalin seviyelerini artırarak etkilidir; Alfa-2 Reseptör Antagonistleri, noradrenalin ve serotonin düzeylerini artırarak müdahale eder; Trisiklik ve Tetrasiklik Antidepresanlar, eski nesil antidepresanlardır ve kimyasal dengesizlikleri düzeltir. Bu ilaçlar, depresyonun türüne, hastanın özel durumuna ve diğer faktörlere bağlı olarak özelleştirilmiş tedavilerde kullanılır (Duran, 2008; Kahveci, 2019).

Farmakolojik tedavinin etkisiz olduğu veya tedaviye dirençli durumlarda bilişsel-davranışçı terapi yöntemi de tercih edilmektedir. Bu terapi, tek başına veya farmakolojik tedaviyle birlikte kullanılabilir ve her iki yöntemin etkinlik düzeyi benzerdir (Türkçapar, 2011). Diğer bir tedavi yöntemi, elektrokonvülsif tedavi (EKT) olarak bilinir. EKT, beyne elektrik akımı verilerek nöronal düzeyde kontrollü nöbet oluşturur. Özellikle farmakoterapinin etkisiz olduğu veya ilaç kullanımının sınırlı olduğu durumlarda, örneğin gebelik sırasında, tercih edilir. Ancak bu tedavinin etkisi geçici olabilir (Zeren vd., 2003). Son yıllarda kullanılmaya başlanan diğer tedavi yöntemleri arasında derin beyin stimülasyonu ve tekrarlayan manyetik stimülasyon gibi yöntemler de bulunmaktadır (Ebrinç, 2013).

2.6. Gebelikte Siberkondriya, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Hemşirenin Rolü

Gebelik döneminde gebenin önemli destekçileri ebe ve hemşirelerdir. Ebe ve hemşireler, doğum öncesi ve sonrasında bir dizi önemli rol üstlenmektedirler. Bu roller, danışmanlık, eğitim, kişisel bakım gibi sorumlulukları içermekte olup, aynı zamanda bireyin yaşadığı anksiyeteyi tanıma görevini de içermektedir. Doğum öncesi ve sonrasında bireye danışmanlık yapmak, gerektiğinde erken müdahalede bulunmak için gözlem yapmak son derece önemlidir. Gebelik döneminde, doğuma ilişkin korkuları ele almak, solunum ve gevşeme teknikleri gibi konularda eğitim vermek, bireyin kaygılarını azaltmaktadır. Aynı zamanda, ebe ve hemşireler, bir kadının veya ailenin aşırı kaygı yaşadığı durumlarda, bu kaygının nedenini anlamak ve geçmişte baş

etme yöntemlerini incelemek için destek sağlamaktadır. Bu şekilde, ebe ve hemşireler, gebelik döneminde kadınların ve ailelerin duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılayarak sağlıklı bir doğum deneyimi sunmaktadırlar (Durmuş, 2015).

Gebelik sürecindeki stres ve depresyonun önlenmesi için risk taşıyan kadınların tanımlanması gerekmektedir. Bu riskleri taşıyan kadınların erken dönemde belirlenmesi, gerekli önleyici tedbirlerin alınmasına ve gerektiğinde erken müdahalenin yapılmasına imkân sağlayacaktır. Hemşireler ve ebeler, gebelik döneminde uyum sağlama sürecinde ve stres faktörlerini minimize etme konusunda kritik bir rol oynamaktadırlar (Woods vd., 2010; Atasever ve Sis, 2018). Antenatal takipler sırasında gebelerin stres düzeylerini azaltmayı hedefleyen çalışmalar gerçekleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltir, gebelerin memnuniyetini artırır, gebelerin daha sağlıklı bir gebelik deneyimi yaşamalarına ve stresle daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Ayrıca, bu şekilde stresin doğum ve doğum sonrası dönem üzerindeki olumsuz etkileri minimize edilebilir veya önlenmiş olmaktadır (Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011).

Sonuç olarak gebelik dönemi, fiziksel ve duygusal açıdan büyük değişikliklere yol açabilen bir süreçtir. Hemşireler, gebelik sürecinde anne adaylarını hem fiziksel hem de psikolojik olarak destekleyerek stresi azaltmakta ve uygun kaynaklara yönlendirmede önemli role sahiptirler.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma İzmir ili Tire Devlet Hastanesin Kadın Hastalıkları Doğum Polikliniği, Kadın Hastalıkları Doğum Servisi ve Gebe Okulunda gerçekleştirilmiştir. Kadın doğum servisi 22 yataklı servis, polikliniğe günlük gelen hasta sayısı ortalama 100 ve gebe okulunun danışan sayısı her ay değişmekle birlikte ortalama 12-15 gebeden oluşmaktadır. Yataklı serviste 7 hemşire ve ebe çalışmakta, gebe okulunda bir ebe eğitim vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İzmir ili Tire Devlet Hastanesin Kadın Hastalıkları Doğum polikliniğine ve gebe okuluna başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden 329 gebe oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme gebeler arasında araştırmaya alınma kriterlerine uygun katılımcılar dahil edilmiştir. Gebelerin hastaneye tekrarlı gelmeleri nedeniyle, bilinmeyen evren örnekleme hesaplaması formülü ile örneklem sayısı belirlenmiştir. Örneklem sayısının hesaplanmasında, Erbil ve ark. (2009)'in çalışmasında bulunan kadınlarda depresyon yaşama oranı olan %30.9 incelenen olayın görülüş sıklığı olarak alınmıştır.

$$n = t^2 pq / d^2$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.31)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (0.69)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatası (0.05)

$$n = 1.96^2 \times (0.31 \times 0.69) / 0.05^2$$

n=329 gebe kadının örnekleme alınması gereklidir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri: 18 yaş üstünde olan, gebe olan, en az ilkokul mezunu olan, akıllı telefonu olan ve interneti kullanabilen, Türkçe konuşan ve anlayabilen, sözel iletişim kurabilen, araştırmaya katılmayı kabul edenler çalışma kapsamına alınacaktır. *Araştırmadan Dışlama Kriterleri:* Ruhsal hastalık tanısı alan kişiler, 18 yaşını doldurmamış gebeler araştırma kapsamı dışında tutulacaktır.

Bağımlı Değişkenler: Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği puanı, DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete, Stres ölçeği puanı. *Bağımsız Değişkenler:* Gebe kadınların sosyo-demografik özellikleri, gebe kadınların obstetrik özellikleri, gebe kadınların kronik hastalık bilgileri, internet kaynağı kullanım özellikleri.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, literatür doğrultusunda hazırlanan; Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu (CSS-12) (Ek 2) Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ-21) (Ek 3) ile toplanmıştır. Veri toplama öncesi her katılımcıdan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu alınmıştır (Ek 4).

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, gebe kadınların yaşı, eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, oturduğu yer, gelir, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, evlilik yılı, gebelik haftası, gebelikte doktora gitme sayısı, doğuma hazırlık sınıfına devam etme durumu, kronik hastalık varlığı, interneti kullanma yılı, bir günde internette geçirilen süre, internette araştırılan konular ve internetten arama yapmayı başkalarına tavsiye etme durumunu içeren 21 sorudan oluşmuştur (Üçüncü, 2023), (Ek 1).

3.4.2. Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Kısa Formu (CSS-12)

Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Kısa Formu (CSS-12) McElroy ve arkadaşları tarafından bir bireyin internet üzerinden sağlık bilgisi aramaya ilişkin endişelerini ve davranışlarını ölçmek için geliştirilmiştir. Söyler vd. (2021), ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmıştır. Ölçek 12 maddeden oluşmaktadır (Ek 2). Ölçeğin maddeleri, “asla” 1 puan, “nadiren” 2 puan “bazen” 3 puan “sık sık” 4 puan, “her

zaman” 5 puan olarak puanlanır Ölçekten alınabilecek toplam puan 12 ile 60 arasındadır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça siberkondri ciddiyetinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin dört alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutları “Aşırılık: Online araştırmanın sürekli ve tekrarlı hal alması” (1.,3.,6.); “Endişe: Online araştırma kaynaklı doğan endişe/anksiyete” (4.,8.,9.); “Güvence Arama: Bireyleri profesyonel tıbbi öneri/başvuru almaya yönlendiren araştırma” (5.,11.,12.), “Zorlanma: yaşamın farklı boyutlarını etkileyen düzeyde araştırma” (2.,7.,10.) dir. Ölçeğin özgün formunda ölçek ve alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları “Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği” toplam 0.862, “aşırılık” 0.830, “endişe” 0.782, “güvence arama” 0.650, “zorlanma” 0.763 bulunmuştur (Söyler vd., 2021). Bu çalışmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları ölçek toplamı 0.899, “aşırılık” 0.826, “endişe” 0.753, “güvence arama” 0.804, “zorlanma” 0.849 bulunmuştur (Tablo 4.6).

3.4.3. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeklerinin (DASÖ) 21 maddeli kısa versiyonu, depresyon, anksiyete ve stres olmak üzere birbiriyle ilişkili üç olumsuz duygusal durumu ölçmek için geliştirilmiş kişisel bildirim aracıdır (Lovibond ve Lovibond, 1995). DASS-21 (Ek 3), DASS-42'nin kısaltılmış halidir ve 3 alt ölçeğin her birinden 7'şer madde içerir. Katılımcılar, maddelerde belirtilen belirtilerin her birini bir önceki hafta boyunca ne ölçüde yaşadıklarını, 0 “bana uygun değil”, 1 “bana biraz uygun”, 2 “bana genellikle uygun”, ve 3 “bana tamamen uygun” arasında 4'lü likert tipte olan ölçeğin üzerinde belirtmektedir. 21 maddelik versiyon, DASS'ın orijinal 42 maddelik versiyonunun her bir ölçeğinden en yüksek yükleme maddeleri seçilerek geliştirilmiş ve aynı zamanda üç duygulanım durumunun her birinin tam semptom içeriğinin kapsamını korumayı amaçlamıştır (Lovibond ve Lovibond, 1995).

DASS-21 Türkçeye Yılmaz vd. (2017), tarafından uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. DASS-21'de depresyon, stres ve anksiyete boyutlarını ölçmek için 7'şer soru bulunmaktadır. Ölçekte yer alan depresyon, stres ve anksiyete sorularının karışık sorulması uygun olmaktadır. Ölçekte depresyon, stres ve anksiyete için toplam puanlara göre değerlendirme yapılmaktadır. Ölçekten 0-21 arasında puan alınabilir. 42 maddelik (uzun form) DASS'ta puanlar aşağıdaki gibidir.

21 soruluk ölçekte ise sorulardan alınan puanlar 2 ile çarpılarak değerlendirme yapılabilir (Tablo 3.1). Bu çalışmada, Cronbach alfa güvenirlik katsayıları stres için 0.868 anksiyete için 0.880, depresyon için 0.886 bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 3.1. DASÖ-21 Puantaj Tablosu

DASS Düzeyleri	Depresyon	Anksiyete	Stres
Normal	0-9	0-7	0-14
Hafif	10-13	8-9	15-18
Orta	14-20	10-14	19-25
İleri	21-27	15-19	26-33
Çok ileri	28+	20+	34+

3.5. Araştırma Planı

Veri toplama formu ve ölçekler 329 gebe kadına uygulanmış ve anlaşılmayan veya değiştirilmesi gereken herhangi bir soru olmadığı için uygulanan soru formları araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri 5 Haziran- 29 Eylül 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze yöntem kullanılmıştır. Kişisel bilgi formu ve ölçekler, araştırmacının gözetiminde gebelerin kendileri tarafından doldurulmuştur. Ölçeklerin ve formun doldurulması yaklaşık 15 dakika almıştır.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmanın verilerinin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı basıklık ve çarpıklık (± 2) katsayıları ile belirlenmiştir. Çarpıklık kat sayıları “aşırılık”-.283, “endişe” -.324, “güvence arama” .184, “zorlanma” .241 ve “Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği” toplam -.077 olarak bulunmuştur. Basıklık kat sayıları ise “aşırılık”-.461, “endişe”-.338, “güvence arama”-.392, “zorlanma” -.966 ve “Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği” toplam -.382 olarak bulunmuştur. DASÖ-21 çarpıklık kat sayısı depresyon için “0.704” anksiyete için “0.479” ve stres için “0.232” olarak bulunmuştur. Basıklık katsayıları ise depresyon için “-.316”, anksiyete için “-.585” ve stres için “-.866” olarak

bulunmuştur. Veriler normal dağılım gösterdiği için bağımsız grubun karşılaştırılmasında t testi ve One Way ANOVA testi kullanılmıştır. Gruplararası farkların hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz Sheffe ve LSD testleri ile yapılmıştır. Ölçeklerin puanları arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde pearson korelasyon analiz testi ve siberkondri ciddiyetinin yordayıcılarının belirlenmesinde çoklu regresyon analiz testi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısının mutlak değer olarak, 0.70-1.00 arasında olması “yüksek” 0.30-0,70 arasında olması “orta” 0.00-0.30 arasında olması ise “düşük” düzeyde bir ilişki şeklinde tanımlanmıştır (Büyüköztürk, 2018). Ölçeklerin güvenirlik analizi için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı kullanılmıştır. Sonuçların yorumlanmasında anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ alınmıştır.

3.8.Araştırmanın Etik Yönü

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu (CSS-12) yazarlarından olan Öğr. Gör. Doğançan ÇAVMAK'tan (Ek 5), Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21) ölçeğinin yazarlarından olan Doç. Dr. Özer YILMAZ'dan (Ek 6) ölçek kullanım izinleri e-posta yoluyla alınmıştır. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma izni (02.06.2023 tarihli 867069 sayılı belge) (Ek 8) ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı (12.05.2023 tarihli 2023/143 sayılı karar) (Ek 7) alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden araştırma kriterlerine uyan gönüllü gebe veri toplanması öncesinde çalışmanın amacı konusunda bilgilendirilmiş, kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı, toplanan verileri bilimsel amaçla kullanılacağı katılımcıya anlatılmıştır. Gönüllülük esasına dayanan bu çalışmada araştırmaya katılmaya gönüllü kadınlara çalışmanın amacı anlatılmıştır ve katılmayı kabul eden kadınların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bir ilçe devlet hastanesinde yapılması, depresyon, anksiyete ve stresin öz bildirim ölçekleriyle değerlendirilmesi bu araştırmanın sınırlılıklarıdır. Bu nedenlerle bu çalışmanın sonuçları sadece bu araştırmaya katılan gebelere genellenebilir, tüm topluma genellenemez.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	n	%
Yaş grupları		
18-22 yaş	44	13.4
23-27 yaş	112	34.0
28-32 yaş	110	33.4
33 yaş ve üzeri	63	19.2
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	13	4.0
Ortaokul	67	20.4
Lise	154	46.8
Üniversite/yüksekokul	95	28.8
Eş Eğitim Düzeyi		
İlkokul mezunu	11	3.3
Ortaokul mezunu	56	17.0
Lise mezunu	161	48.9
Üniversite/Yüksekokul	101	30.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	135	41.0
Çalışmıyor	194	59.0
Evlilik yılı		
1-2 yıl	100	30.3
3-4 yıl	64	19.5
5-6 yıl	64	19.5
7 yıl ve üzeri	101	30.7
Aile tipi		
Çekirdek aile	307	93.3
Geniş aile	22	6.7
İkamet ettiği yer		
İl	15	4.6
İlçe	283	86.0
Köy	31	9.4
Gelir düzeyi		
Asgari ücret altı	9	2.7
Asgari ücret	130	39.5
Asgari ücret üzeri	190	57.8

Araştırmaya alınan gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Gebelerin %33.4’ünün 28-32 yaş grubunda, %46.8’inin lise mezunu, eşlerinin %48.9’unun lise mezunu, %41’inin çalıştığı, %30.7’sinin 7 ve üzeri yıl evli olduğu, %93.3’ünün çekirdek ailede yaşadığı, %86’sının ilçede yaşadığı,

%57.8'inin asgari ücretin üzerinde geliri olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Gebelerin yaş ortalaması 28.06±4.94 (18-42 yaş), evlilik yılı ortalaması 5.33±3.93 (1-19 yıl) bulunmuştur.

Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Kronik Hastalığı Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Gebelerin özellikleri	n	%
Gebelik sayısı		
1 gebelik	131	39.8
2 gebelik	122	37.1
3 gebelik ve üzeri	76	23.1
Yaşayan çocuk sayısı		
Yaşayan çocuğu yok	140	42.6
1 çocuğu var	130	39.5
2 çocuk ve üzeri	59	17.9
Gebeliğin planlı olma durumu		
Evet	248	75.4
Hayır	81	24.6
Gebelik haftası		
Birinci Trimester (1-13 hf)	26	7.9
İkinci Trimester (14-26.hf)	75	22.8
Üçüncü Trimester (27-41. hf)	228	69.3
Gebelikte doktora gitme sayısı		
1-4 kez	91	27.6
5-8 kez	124	37.7
9 kez ve üzeri	114	34.7
Gebe okuluna devam etme durumu		
Düzenli devam eden	49	14.9
Düzensiz devam eden	20	6.1
Devam etmeyen	260	79.0
Kronik hastalık olma durumu		
Evet	43	13.1
Hayır	286	86.9
Kronik hastalıklar (n:43)*		
Diyabet	18	41.8
Hipertansiyon	10	23.3
Kalp hastalığı	2	4.7
Nörolojik hastalıklar	1	2.3
Diğer	12	27.9

*Yüzdeler n:43 üzerinden alınmıştır

Gebelerin gebelik sayısı ortalaması 1.92 ± 1.00 (1-9 gebelik), çocuk sayısı ortalaması 0.78 ± 0.81 (0-4 çocuk), gebelik haftası ortalamasının 29.63 ± 8.68 (4-40 hafta) olduğu, gebelikte doktora gitme sayısı ortalamasının 7.05 ± 3.24 (0-20) olduğu bulunmuştur. Araştırmaya alınan gebelerin obstetrik özellikleri ve kronik hastalığı olma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.2' de sunulmuştur. Gebelerin %39.8'inin ilk gebeliği olduğu, %39.5'inin yaşayan bir çocuğu olduğu, %75.4'ünün gebeliğinin planlı olduğu, %69.3'ünün gebeliğinin üçüncü trimesterde olduğu, %34.7'sinin gebelikleri süresince dokuz ve daha fazla kez doktora gittiği, %79'unun gebe okuluna devam etmediği, %13.1'inin kronik hastalığı olduğu, kronik hastalığı olanların %41.8'inin diyabeti olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Gebelerin İnternet Kullanımıyla İlgili Özelliklerine Göre Dağılım

Gebelerin internet kullanım özellikleri	n	%
İnternete girilen araç		
Akıllı telefon	292	88.8
Bilgisayar ve tablet	37	11.2
İnternet kullanım yılı		
1-5 yıl	37	11.2
6-10 yıl	154	46.8
11 yıl ve üzeri	138	42.0
Bir günde internette geçen süre (saat)		
1 saat	55	16.7
2 saat	143	43.5
3 saat	77	23.4
4 saat ve üzeri	54	16.4

Gebelerin internet kullanım yılı ortalamasının 10.68 ± 4.18 olduğu, bir günde internette geçen süre ortalamasının 2.55 ± 1.35 st (0-9 st) olduğu saptanmıştır. Araştırmaya alınan gebelerin internet kullanımıyla ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.3. de sunulmuştur. Gebelerin %88,8'inin internete akıllı telefon ile girdiği, %46.8'inin 6-10 yıldır interneti kullandığı, %43.5'inin günde 2 saat, %23.4'ünün 3 saat, %16.4'ünün ise günde 4 saat ve daha fazla süre internete giriş süresinin olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Gebelerin İnternette Bilgi Aradığı Konulara Göre Dağılımı

İnternette bilgi alınan konular	n	%
Sağlıklı beslenme		
Hayır	191	58.1
Evet	138	41.9
Gebelikte bulantı kusma		
Hayır	241	73.3
Evet	88	26.7
Gebelikte testler		
Hayır	157	47.7
Evet	172	52.3
Fiziksel aktivite		
Hayır	275	83.6
Evet	54	16.4
İlaç kullanımı		
Hayır	254	77.2
Evet	75	22.8
Psikoloji		
Hayır	252	76,6
Evet	77	23.4
Gebelikte bebeğin gelişimi		
Hayır	106	32.2
Evet	223	67.8
Cinsellik		
Hayır	267	81.2
Evet	62	18.8
Doğuma ait belirtiler		
Hayır	240	72.9
Evet	89	27.1
Emzirme		
Hayır	259	78.7
Evet	70	21.3

Tablo 4.4. “Devam” Gebelerin İnternette Bilgi Aradığı Konulara Göre Dağılımı

İnternette bilgi alınan konular	n	%
Normal doğum		
Hayır	210	63.8
Evet	119	36.2
Sezaryen		
Hayır	195	59.3
Evet	134	40.7
Bebek bakımı		
Hayır	208	63.2
Evet	121	36.8

Araştırmaya alınan gebelerin internette bilgi aradığı konulara göre dağılımı Tablo 4.4’te sunulmuştur. Gebelerin %41.9’u sağlıklı beslenme, %26.7’si gebelikte bulantı kusma, %52.3’ü gebelikte testler, %16.4’ü fiziksel aktivite, %22.8’i ilaç kullanımı, %23.4’ü psikoloji, %67.8’i gebelikte bebeğin gelişimi, %18.8’i cinsellik, %27.1’i doğuma ait belirtiler, %21.3’ü emzirme, %36.2’si normal doğum, %40.7’si sezaryen ve %36.8’i bebek bakımı konularında internette bilgi aradığını belirtmiştir (Tablo 4.4)

Tablo 4.5. Gebelerin DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete ve Stres Alt Ölçekleri, Ortalama, Standart Sapma, Alt-Üst Değerler, Cronbach Alfa Katsayıları

Ölçekler	Alnabilecek Alt- Üst Değerler	Alınan Alt- Üst Değerler	Ort.±SS	Cronbach Alfa Katsayısı
DASÖ Depresyon	0-21	0-21	5.36±4.49	0.886
DASÖ Anksiyete	0-21	0-21	7.46±5.03	0.880
DASÖ Stres	0-21	0-21	7.98±4.89	0.868

Araştırma kapsamına alınan gebelerin DASÖ-21 depresyon, anksiyete ve stres ait ortalama, standart sapma, alt-üst değerler, Cronbach alfa, çarpıklık ve basıklık katsayıları Tablo 4.5’te sunulmuştur. Gebelerin DASÖ-21 depresyon alt ölçeği puan ortalaması 5.36±4.49, anksiyete alt ölçeği puan ortalaması 7.46±5.03 ve stres alt ölçeği

puan ortalaması 7.98 ± 4.89 bulunmuştur. Ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları; “Depresyon” için 0.886, “Anksiyete” için 0.880 ve “Stres” için 0.868 bulunmuştur. Ölçeklerin puanlarının normal dağılım gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Gebelerin Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Ortalama, Standart Sapma, Alt-Üst Değerler, Cronbach Alfa Katsayıları

Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği ve Alt Boyutları	Alınabilecek Alt- Üst Değerler	Alınan Alt- Üst Değerler	Ort.±SS	Cronbach Alfa Katsayısı
Aşırılık	3-15	3-15	10.34±2.86	0.826
Endişe	3-15	3-15	9.54±2.76	0.753
Güvence arama	3-15	3-15	7.63±2.65	0.804
Zorlanma	3-15	3-15	6.46±2.61	0.849
Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Toplam	12-60	12-57	33.97±8.84	0.899

Araştırma kapsamına alınan gebelerin Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği ve alt boyutları ortalama, standart sapma, alt-üst değerler, Cronbach alfa, çarpıklık ve basıklık katsayıları Tablo 4.6’da sunulmuştur. Gebelerin Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği toplam puan ortalaması 33.97 ± 8.84 , “aşırılık” alt boyutu puan ortalaması 10.34 ± 2.86 , “endişe” alt boyutu puan ortalaması 9.54 ± 2.76 , “Güvence arama” alt boyutu puan ortalaması 7.63 ± 2.65 , “zorlanma” altboyutu puan ortalaması 6.46 ± 2.61 bulunmuştur. Cronbach alfa katsayıları; “Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği” için 0.899, alt boyutları olan “aşırılık” 0.826, “endişe” 0.753, “güvence arama” 0.804, “zorlanma” 0.849 bulunmuştur. Ölçek ve alt boyutlarının normal dağılım gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Gebelerin DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Göre Siberkondriya Ciddiyet Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DASÖ-21 Alt ölçek Düzeyleri	n	%	Siberkondriya Ciddiyeti Ölçeği Ort±SS	Test ve p
Depresyon				
Normal (0-9)	173	52.6	30.97±7.69	F=15.738
Hafif (10-13)	31	9.4	32.77±8.47	p=.000
Orta (14-20)	75	22.8	37.78±8.42	Fark 1-3,1-4,1-5, 2-4*
İleri (21-27)	30	9.1	39.36±7.70	
Çok ileri (28+)	20	6.1	39.50±10.75	
Anksiyete				
Normal (0-7)	83	25.2	28.74±7.37	F=30.837
Hafif (8-9)	29	8.8	31.17±7.08	p=.000
Orta (10-14)	69	21.0	31.40±7.35	Fark 1-4, 1-5, 2-5,
İleri (15-19)	41	12.5	34.73±8.19	3-5, 4-5*
Çok ileri (20+)	107	32.5	40.16±7.74	
Stres				
Normal (0-14)	159	48.3	29.84±7.68	F=28.610
Hafif (15-18)	41	12.5	33.34±6.02	p=.000
Orta (19-25)	56	17.0	38.08±7.95	Fark 1-3,1-4,1-5, 2-4
İleri (26-33)	60	18.2	39.41±8.35	2-5*
Çok ileri (34+)	13	4.0	43.76±7.09	
Toplam	329	100.0	33.97±8.84	

*Stres, anksiyete ve depresyon alt ölçek toplam puanları 2 ile çarpıldıktan sonra düzeyleri belirlenmiştir.

* Gruplararası fark için Sheffe testi yapılmıştır *F: One Way ANOVA

Gebelerin DASÖ-21 depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine göre Siberkondriya Ciddiyeti Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunulmuştur. DASÖ-21 depresyon alt ölçeği puanlarına göre depresyon düzeylerinin gebelerin %52.6’sında “normal” değerinde olduğu; “hafif, orta, ileri ve çok ileri” düzey birlikte alındığında, %47.4’ünde depresyon olduğu saptanmıştır. Anksiyete düzeylerinin gebelerin %25.2’sinde “normal” değerinde olduğu, “hafif, orta, ileri ve çok ileri” düzey birlikte alındığında % 74.8’inde anksiyete olduğu saptanmıştır. Stres düzeylerinin gebelerin %48.3’ünde “normal” değerinde olduğu, “hafif, orta, ileri ve çok ileri” düzey birlikte alındığında %51.7’sinde stres olduğu belirlenmiştir. Gebelerin depresyon, anksiyete ve stres düzeyi yükseldikçe Siberkondriya Ciddiyeti Ölçeği puan

ortalamlarının arttığı ve depresyon ($p=.000$), anksiyete ($p=.000$) ve stres ($p=.000$) düzeyine göre gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete ve Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	n	DASÖ	DASÖ	DASÖ
		Depresyon Ölçeği	Anksiyete Ölçeği	Stres Ölçeği
		Ort. \pm SS	Ort. \pm SS	Ort. \pm SS
Yaş grupları				
18-22 yaş	44	5.29 \pm 4.36	8.04 \pm 4.45	8.34 \pm 4.67
23-27 yaş	112	5.17 \pm 4.58	6.95 \pm 4.96	7.44 \pm 4.66
28-32 yaş	110	4.97 \pm 4.29	7.53 \pm 5.46	7.90 \pm 5.29
33 yaş ve üzeri	63	6.41 \pm 4.73	7.85 \pm 4.76	8.84 \pm 4.70
Test ve p değeri		F=1.491 p=.217	F=.7108 p=.546	F=1.182 p=.317
Eğitim Düzeyi				
İlkokul mezunu ¹	13	5.92 \pm 4.78	8.00 \pm 4.93	7.23 \pm 5.46
Ortaokul mezunu ²	67	4.55 \pm 3.91	6.26 \pm 4.35	7.13 \pm 3.99
Lise mezunu ³	154	6.09 \pm 4.66	8.29 \pm 5.14	8.74 \pm 4.95
Üniversite mezunu ⁴	95	4.66 \pm 4.44	6.90 \pm 5.13	7.47 \pm 5.18
Test ve p değeri		F=2.978 p=.032 Fark 2-3, 3-4 arasındadır*	F= 3.148 p=.025 Fark 2-3, 3-4 arasındadır*	F=2.373 p=.070
Evlilik yılı				
1-2 yıl	100	5.17 \pm 4.48	7.16 \pm 4.53	7.77 \pm 4.66
3-4 yıl	64	4.42 \pm 4.47	6.96 \pm 5.42	7.15 \pm 5.31
5-6 yıl	64	6.15 \pm 4.23	8.39 \pm 5.37	8.79 \pm 4.67
7 yıl ve üzeri	101	5.64 \pm 4.63	7.50 \pm 5.03	8.22 \pm 4.95
Test ve p değeri		F=1.792 p=.149	F=1.047 p=.372	F=1.342 p=.261
Eş Eğitim Düzeyi				
İlkokul mezunu ¹	11	3.54 \pm 4.34	5.90 \pm 4.10	4.63 \pm 3.80
Ortaokul mezunu ²	56	4.73 \pm 4.10	6.62 \pm 4.65	7.39 \pm 4.40
Lise mezunu ³	161	5.82 \pm 4.60	8.08 \pm 5.15	8.29 \pm 4.93
Üniversite/Yüksekokul ⁴	101	5.16 \pm 4.50	7.12 \pm 5.06	8.18 \pm 5.08
Test ve p değeri		F=1.605 p=.188	F=1.837 p=0.140	F=2.292 p=.078
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	135	5.81 \pm 4.57	8.17 \pm 5.29	8.74 \pm 5.03
Çalışmıyor	194	5.04 \pm 4.43	6.97 \pm 4.79	7.45 \pm 4.74
Test ve p değeri		t=1.527 p=.128	t=2.085 p=.038	t=2.366 p=.019

Tablo 4.8. “Devam” Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete ve Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Aile tipi				
Çekirdek aile	307	5.45±4.54	7.54±5.11	8.11±4.94
Geniş aile	22	4.00±3.62	6.45±3.75	6.27±3.81
Test ve p değeri		t=1.790 p=.085	t= 1.276 p=.213	t=2.133 p=.042
İkamet ettiği yer				
İl ¹	15	5.60±4.13	5.40±3.41	7.26±4.21
İlçe ²	283	5.50±4.57	7.81±5.15	8.25±4.98
Köy ³	31	3.96±3.83	5.25 ±3.71	5.87 ±3.88
Test ve p değeri		F=4.118 p=.193	F=5.065 p=.007 Fark 2-3 arasındadır**	F=3.544 p=.030 Fark 2-3 arasında **
Gelir düzeyi				
Asgari ücret altı	9	5.00±6.32	6.00 ±6.51	6.44±6.80
Asgari ücret	130	5.50±4.39	7.49 ±4.97	7.82±4.47
Asgari ücret üzeri	190	5.28±4.50	7.52±5.02	8.17±5.08
Test ve p değeri		F=.118 p=.889	F=.393 p=.675	F=.656 p=.520

*F: One Way ANOVA

Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre DASÖ-21 depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8’de sunulmuştur. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DASÖ-21 depresyon alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 33 yaş ve üzeri olan (6.41±4.73), lise mezunu olan (6.09±4.66), evlilik süresi 5-6 yıl olan (6.15±4.23), eşi lise mezunu olan (5.82±4.60), çalışan (5.81±4.57), çekirdek ailesi olan (5.45±4.54), ilde yaşayan (5.60±4.13) ve asgari ücrette geliri olan (5.50±4.39) gebelerin depresyon puan ortalamalarının diğer gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve sadece gebelerin eğitim düzeyine (**p=.032**) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diğer sosyodemografik özelliklere göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05), (Tablo 4.8). Yapılan ileri analizde gebelerin eğitim düzeyine göre farkın “ortaokul mezunu” ile “lise mezunu” ve “lise mezunu” ile “üniversite mezunu” arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır.

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DASÖ-21 anksiyete alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 18-22 yaş grubunda olan (8.04±4.45), lise mezunu olan (8.29 ±5.14), evlilik süresi 5-6 yıl olan (8.39±5.37), eşi lise mezunu olan (8.08±5.15), çalışan (8.17±5.29), çekirdek ailesi olan (7.54±5.11), ilçede yaşayan

(7.81±5.15) ve asgari ücretin üzerinde geliri olan (7.52±5.02) gebelerin anksiyete puan ortalamalarının diğer gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gebelerin eğitim düzeyi (**p=.025**), çalışma durumu (**p=.038**) ve ikamet ettiği yer (**p=.007**) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diğer sosyodemografik özelliklere göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.8). Yapılan ileri analizde gebelerin eğitim düzeyine göre farkın “ortaokul mezunu” ile “lise mezunu” ve “lise mezunu” ile “üniversite mezunu” arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Gebelerin ikamet ettiği yere göre anksiyete puan ortalamaları farkının “ilçe” ile “köy” arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır.

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DASÖ-21 stres alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 33 yaş ve üzeri olan (8.84±4.70), lise mezunu olan (8.74±4.95), evlilik süresi 5-6 yıl olan (7.73±4.57), eşi lise mezunu olan (8.29±4.93), çalışan (8.74±5.03), çekirdek ailede yaşayan (8.11±4.94), ilçede yaşayan (8.25±4.98) ve asgari ücretin üzerinde geliri olan (8.17±5.08) gebelerin stres puan ortalamalarının diğer gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gebelerin çalışma durumu (**p=0.019**), aile tipi (**p=.042**) ve ikamet ettiği yere (**p=.030**) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diğer sosyodemografik özelliklere göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.8). Yapılan ileri analizde, ikamet ettiği yere göre farkın “ilçe” ve “köy” de yaşayan kadınların stress puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Kronik Hastalık Olma Durumlarına Göre DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete ve Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	n	DASÖ-21	DASÖ-21	DASÖ-21
		Depresyon Ölçeği	Anksiyete Ölçeği	Stres Ölçeği
		Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS
Gebelik sayısı				
1 gebelik ¹	131	4.68±4.52	6.87±4.91	7.41±5.04
2 gebelik ²	122	5.40±4.37	7.54 ±5.13	8.07±4.59

Tablo 4.9. “Devam” Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Kronik Hastalık Olma Durumlarına Göre DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete ve Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	n	DASÖ-21	DASÖ-21	DASÖ-21
		Depresyon Ölçeği	Anksiyete Ölçeği	Stres Ölçeği
		Ort. ±SS	Ort. ±SS	Ort. ±SS
3 gebelik ve üzeri ³	76	6.46±4.49	8.35±5.00	8.84±5.02
Test ve p değeri		F=3.807 p=.023	F=2.110 p=.123	F=2.095 p=.125
		Fark 1-3 *		
Yaşayan çocuk sayısı				
Çocuğu yok	140	4.88±4.52	7.16 ±4.91	7.60±4.93
1 çocuğu var	130	5.66±4.54	7.73±5.34	8.39±4.91
2 çocuk ve üzeri	59	5.81±4.30	7.59 ±4.63	8.00±4.77
Test ve p değeri		F=1.387 p=.251	F=.459 p=.632	F=.866 p=.422
Gebeliğin planlı olma durumu				
Evet	248	5.36±4.57	7.46±4.98	7.97±4.80
Hayır	81	5.34±4.29	7.48±5.20	8.02±5.21
Test ve p değeri		t=.037 p=.971	t=-.028 p=.978	t=-.078 p=.938
Gebelik trimesteri				
Birinci Trimester (1-13 hf)	26	5.73±4.45	6.42±4.49	7.65±4.59
İkinci Trimester (14-26.hf)	75	5.24±3.93	7.84±4.57	8.21±4.30
Üçüncü Trimester (27-41. hf)	228	5.35±4.68	7.46±5.03	7.95±5.12
Test ve p değeri		F=.114 p=.892	F=.764 p=.467	F=.145 p=.865
Gebelikte doktora gitme sayısı				
1-4 kez ¹	91	5.64±4.09	8.34±4.28	7.63±4.20
5-8 kez ²	124	5.36±4.50	8.31±4.70	7.74±5.29
9 kez ve üzeri ³	114	5.13±4.81	7.35±5.49	7.03±5.35
Test ve p değeri		F=.332 p=.717	F=1.481 p=.229	F=.665 p=.520
Gebe okuluna devam etme durumu				
Düzenli devam eden ¹	49	4.26±4.65	6.40±4.73	5.06±3.77
Düzensiz devam eden ²	20	5.20±3.96	7.40±4.79	6.85±4.96
Devam etmeyen ³	260	5.58±4.49	8.33±4.88	7.96±5.12
Test ve p değeri		F=1.784 p=.170	F= 3.380 p=.035	F=7.309 p=.001
		Fark 1-3 *		Fark 1-3 *
Kronik hastalık varlığı				
Evet	43	6.25±4.71	8.81±4.47	9.27±4.68
Hayır	286	5.22±4.45	7.86±4.95	7.19±5.03
Test ve p değeri		t=1.399 p=.163	t=1.187 p=.236	t=2.551 p=.011

*Gruplararası fark analizi Sheffe testi ile yapılmıştır *t: t testi

*F: One Way ANOVA

Gebelerin obstetrik özellikleri ve kronik hastalık olma durumuna göre DASÖ-21 depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.9’de sunulmuştur.

Gebelerin obstetrik özellikleri ve kronik hastalık olma durumuna göre DASÖ-21 depresyon alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 3 gebelik ve üzeri gebeliği olan (6.46 ± 4.49), 2 ve daha fazla çocuğu olan (5.81 ± 4.30), gebeliği planlı olan (5.36 ± 4.57), gebeliği birinci trimesterde olan (5.73 ± 4.45), gebelikte doktora 1-4 kez giden (5.64 ± 4.09), gebelik okuluna düzenli devam etmeyen (5.58 ± 4.49), kronik hastalığı olan (6.25 ± 4.71) gebelerin depresyon puan ortalamalarının diğer gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gebelerin gebelik sayısına ($p=.023$) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklere göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.9). Yapılan ileri analizde gebelerin, farkın “ilk gebeliği olanlar” ile “3 ve üzeri gebeliği olanlar” arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 4.9).

Gebelerin obstetrik özellikleri ve kronik hastalık olma durumuna göre DASÖ-21 anksiyete alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 3 gebelik ve üzeri gebeliği olan (8.35 ± 5.00), bir çocuğu olan (7.73 ± 5.34), gebeliği planlı olmayan (7.48 ± 5.20), gebeliği ikinci trimesterde olan (7.84 ± 4.57), gebelikte doktora 1-4 kez giden (8.34 ± 4.28) gebe okuluna devam etmeyen (8.33 ± 4.88), kronik hastalığı olan (8.81 ± 4.47) gebelerin anksiyete puan ortalamalarının diğer gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve sadece gebelerin gebe okuluna devam etme durumuna göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=.035$), diğer özelliklere göre farkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.9). Yapılan ileri analizde, gebelerin gebe okuluna devam etme durumuna göre anksiyete puan ortalamaları farkının “*Düzenli devam eden*” ile “*Devam etmeyen*” şeklinde cevap verenlerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. (Tablo 4.9).

Gebelerin obstetrik özellikleri ve kronik hastalık olma durumuna göre DASÖ-21 stres alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 3 gebelik ve üzeri gebeliği olan (7.75 ± 4.72), bir çocuğu olan (8.39 ± 4.91), gebeliği planlı olmayan (8.02 ± 5.21), ikinci trimester gebeliği olan (8.21 ± 4.30), gebelikte doktora 5-8 kez giden (7.45 ± 5.29), gebe

okuluna devam etmeyen (7.96 ± 5.12), kronik hastalığı olan (9.27 ± 4.68) gebelerin stres puan ortalamalarının diğer gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gebe okuluna devam etme ($p=.001$) ve kronik hastalık olma durumuna göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=.011$), diğer özelliklere göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Gebelerin İnternet Kullanımına Göre DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete ve Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İnternet Kullanımı Özellikleri	n	DASÖ-21 Depresyon Ölçeği Ort. \pm SS	DASÖ-21 Anksiyete Ölçeği Ort. \pm SS	DASÖ-21 Stres Ölçeği Ort. \pm SS
İnternete girilen araç				
Akıllı telefon	292	5.37 \pm 4.59	7.38 \pm 5.09	7.92 \pm 4.96
Bilgisayar ve tablet	37	5.27 \pm 3.71	8.16 \pm 4.50	8.51 \pm 4.33
Test ve p değeri		t=.154 p=.878	t=-.890 p=.374	t=-.693 p=.489
İnternet kullanım yılı				
1-5 yıl ¹	37	3.64 \pm 3.15	5.81 \pm 4.43	6.13 \pm 3.58
6-10 yıl ²	154	5.02 \pm 4.66	6.56 \pm 4.71	7.33 \pm 4.88
11 yıl ve üzeri ³	138	6.19 \pm 4.66	8.92 \pm 5.18	9.21 \pm 4.95
Test ve p değeri		F=5.634 p=.004 Fark 1-3 arasında*	F=10.836 p=.000 Fark 1-3,2-3 *	F=8.696 p=.000 Fark 1-3,2-3*
İnternette geçen süre (saat/gün)				
1saat ¹	55	4.60 \pm 3.96	6.21 \pm 4.64	7.40 \pm 4.55
2 saat ²	143	5.97 \pm 4.78	8.32 \pm 5.49	8.54 \pm 5.20
3 saat ³	77	5.62 \pm 4.52	8.09 \pm 4.84	8.55 \pm 4.74
4 saat ve üzeri ⁴	54	4.14 \pm 3.92	5.59 \pm 3.56	6.29 \pm 4.23
Test ve p değeri		F=2.845 p=.038 Fark 2-4 **	F=5.619 p=.001 Fark 2-4,3-4*	F=3.455 p=.017 Fark 2-4 *
Sağlıkla ilgili internet kullanımını tavsiye etme				
Evet	252	5.30 \pm 4.35	7.68 \pm 5.00	8.01 \pm 4.80
Hayır	77	5.53 \pm 4.97	6.76 \pm 5.08	7.90 \pm 5.21
Test ve p değeri		t=-.380 p=.704	t= 1.400 p=.163	t=.161 p=.872

*F: One Way ANOVA *t: t testi

Gebelerin internet kullanım durumuna göre DASÖ-21 stres, anksiyete ve depresyon alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.10'da sunulmuştur. Gebelerin internet kullanım durumuna göre DASÖ-21 depresyon alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; internete akıllı telefon ile giren (5.37 ± 4.59), interneti 11 yıl ve üzeri süredir kullanan (6.19 ± 4.66), bir günde internette 2 saat geçiren (5.97 ± 4.78), sağlıkla ilgili internet kullanımını tavsiye etmeyen (5.53 ± 4.97) gebelerin depresyon puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha

yüksek olduğu ve kadınların internet kullanım yılına ($p=.004$) ve bir günde internette geçen süreye ($p=.038$) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diğer internet kullanım durumlarına göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.10). Yapılan ileri analizde gebelerin internet kullanım yılına göre anksiyete puan ortalamaları farkının “1-5 yıl” ile “11 yıl ve üzeri” ve “6-10 yıl” ile “11 yıl ve üzeri” arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Buna ilaveten kadınların bir günde internette geçen süreye göre anksiyete puan ortalamaları farkının “2 saat” ile “4 saat ve üzeri” ve “3 saat” ile “4 saat ve üzeri” arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır.

Gebelerin internet kullanım durumuna göre DASÖ-21 anksiyete alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; internete giriş için bilgisayar ve tablet kullanan (8.16 ± 4.50), interneti 11 yıl ve üzeri süredir kullanan (8.92 ± 5.18), bir günde internette 2 saat geçiren (8.32 ± 5.49), sağlıkla ilgili internet kullanımını tavsiye eden (7.68 ± 5.00) kadınların anksiyete puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve kadınların internet kullanım yılına ($p=.000$) ve bir günde internette geçen süreye ($p=.001$) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer internet kullanım durumlarına göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.10). Yapılan ileri analizde gebelerin internet kullanım yılına göre anksiyete puan ortalamaları farkının “1-5 yıl” ile “11 yıl ve üzeri” ve “6-10 yıl” ile “11 yıl ve üzeri” arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Buna ilaveten kadınların bir günde internette geçen süreye göre anksiyete puan ortalamaları farkının “2 saat” ile “4 saat ve üzeri” arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır.

Gebelerin internet kullanım durumuna göre DASÖ-21 stres alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; bilgisayar ve tablet kullanan (8.51 ± 4.33), interneti 11 yıl ve üzeri süredir kullanan (9.21 ± 4.95), bir günde internette 3 saat geçiren (8.55 ± 4.74), sağlıkla ilgili internet kullanımını tavsiye eden (8.01 ± 4.80) kadınların stres puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve kadınların internet kullanım yılına ($p=.000$) ve bir günde internette geçen süreye ($p=.017$) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diğer internet kullanım durumlarına göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.10). Yapılan ileri analizde kadınların internet kullanım yılına göre stress puan ortalamaları farkının “1-5 yıl” ile “11 yıl ve üzeri” ve “6-10 yıl” ile “11 yıl

ve üzeri” arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Buna ilaveten kadınların bir günde internette geçen süreye göre stress puan ortalamaları farkının “2 saat” ile “4 saat ve üzeri” arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 4.11. Gebelerin İnternette Bilgi Aldığı Konulara Göre DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete ve Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İnternette bilgi alınan konular	n	DASÖ-21	DASÖ-21	DASÖ-21
		Depresyon Ölçeği Ort. ±SS	Anksiyete Ölçeği Ort. ±SS	Stres Ölçeği Ort. ±SS
Sağlıklı beslenme				
Hayır	191	5.46±4.58	7.45±5.08	7.93±4.95
Evet	138	5.22±4.39	7.48±4.98	8.05±4.83
Test ve p değeri		t=-.469 p=.639	t=-.053 p=.958	t=-.220 p=.826
Gebelikte bulantı kusma				
Hayır	241	5.11±4.51	7.15±5.13	7.70±4.88
Evet	88	6.04±4.41	8.31±4.68	8.77±4.85
Test ve p değeri		t=-1.670 p=.096	t=-1.858 p=.064	t=-1.763 p=.079
Gebelikte testler				
Hayır	157	4.34±3.85	6.17±4.74	6.45±4.54
Evet	172	6.29±4.84	8.65±5.01	9.38±4.79
Test ve p değeri		t=-4.049 p=.000	t=-4.596 p=.000	t=-5.689 p=.000
Fiziksel aktivite				
Hayır	275	5.72±4.57	7.87±5.17	8.33±4.96
Evet	54	3.53±3.58	5.40±3.62	6.24±4.16
Test ve p değeri		t= 3.894 p=.000	t=4.426 p=.000	t=2.900 p=.004
İlaç kullanımı				
Hayır	254	4.96±4.23	7.11±4.99	7.60±4.77
Evet	75	6.70±5.10	8.65±5.02	9.28±5.10
Test ve p değeri		t=-2.696 p=.008	t=-2.336 p=.020	t=-2.624 p=.009
Psikoloji				
Hayır	252	5.00±4.37	7.04±4.94	7.44±4.74
Evet	77	6.54±4.71	8.84±5.11	9.75±4.99
Test ve p değeri		t=-2.662 p=.008	t=-2.768 p=.006	t=-3.684 p=.000
Bebeğin anne karnında gelişimi				
Hayır	106	5.73±4.52	7.44±5.09	7.80±4.86
Evet	223	5.18±4.48	7.47±5.01	8.07±4.92
Test ve p değeri		t=1.040 p=.299	t=-.061 p=.951	t=-.4743 p=.636

Tablo 4.11. “Devam” Gebelerin İnternette Bilgi Aldığı Konulara Göre DASÖ-21 Depresyon, Anksiyete ve Stres Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İnternette bilgi alınan konular	n	Depresyon Ölçeği Ort.±SS	Anksiyete Ölçeği Ort.±SS	Stres Ölçeği Ort.±SS
Cinsellik				
Hayır	267	5.17±4.39	7.01±4.99	7.53±4.79
Evet	62	6.14±4.90	9.41±4.74	9.95±4.89
Test ve p değeri		t=-1.525 p=.128	t=-3.443 p=.001	t=-3.568 p=.000
Doğuma ait belirtiler				
Hayır	240	5.30±4.55	7.23±4.92	7.79±4.83
Evet	89	5.50±4.38	8.08±5.29	8.50±5.05
Test ve p değeri		t=-.353 p=.724	t=-1.366 p=.173	t=-1.169 p=.243
Emzirme				
Hayır	259	5.55±4.66	7.47±5.05	8.23±4.97
Evet	70	4.65±3.79	7.44±5.00	7.05±4.52
Test ve p değeri		t=1.663 p=.099	t=.047 p=.962	t=-1.798 p=.073
Normal doğum				
Hayır	210	5.38±4.63	7.18±5.24	7.81±5.02
Evet	119	5.31±4.27	7.97 ±4.61	8.28±4.66
Test ve p değeri		t=.128 p=.898	t=-1.376 p=.170	t=-.848 p=.407
Sezeryan				
Hayır	195	4.87±4.60	6.74±5.04	7.42±4.94
Evet	134	6.06±4.26	8.52±4.84	8.81±4.72
Test ve p değeri		t=-2.374 p=.018	t=-3.193 p=.002	t=-2.557 p=.011
Bebek bakımı				
Hayır	208	5.65±4.57	7.57±5.11	8.19±4.95
Evet	121	4.85±4.34	7.28 ±4.90	7.63±4.79
Test ve p değeri	329	t= 1.547 p=.123	t= .491 p=.624	t= .993 p=.321

*t: t testi

Gebelerin internette bilgi aldığı konulara göre DASÖ-21 depresyon, anksiyete ve stres alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.11’de sunulmuştur. Gebelerin internette bilgi aldığı konulara göre DASÖ-21 depresyon alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; sağlıklı beslenme konusunda bilgi almayan (5.46±4.58), gebelikte bulantı kusma hakkında bilgi alan (6.04±4.41), gebelikte testler hakkında bilgi alan (6.29±4.84), fiziksel aktivite konusunda bilgi almayan (5.72±4.57), ilaç kullanımı hakkında bilgi alan (6.70±5.10), psikoloji hakkında bilgi alan (6.54±4.71),

bebeğin anne karnında gelişimi hakkında bilgi almayan (5.73±4.52), cinsellik hakkında bilgi alan (6.14±4.90), doğuma ait belirtiler hakkında bilgi alan (5.50±4.38), emzirme hakkında bilgi almayan (5.55±4.66), normal doğum hakkında bilgi almayan (5.38±4.63), sezaryen hakkında bilgi alan (6.06±4.26) ve bebek bakımı hakkında bilgi almayan (5.65±4.57) gebelerin depresyon puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gebelikte testler (p=.000), fiziksel aktivite (p=.000), ilaç kullanımı (p=.008), psikoloji (p=.008) ve sezaryen hakkında bilgi almayan (p=.018) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. İnternette bilgi alınan diğer konulara göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05), (Tablo 4.11).

Gebelerin internette bilgi aldığı konulara göre DASÖ-21 anksiyete alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; sağlıklı beslenme konusunda bilgi alan (7.48±4.98), gebelikte bulantı kusma hakkında bilgi alan (8.31±4.68), gebelikte testler hakkında bilgi alan (8.65±5.01), fiziksel aktivite konusunda bilgi almayan (7.87±5.17), ilaç kullanımı hakkında bilgi alan (8.65±5.02), psikoloji hakkında bilgi alan (8.84±5.11), bebeğin anne karnında gelişimi hakkında bilgi alan (7.47±5.01), cinsellik hakkında bilgi alan (9.41±4.74), doğuma ait belirtiler hakkında bilgi alan (8.08±5.29), emzirme hakkında bilgi almayan (7.47±5.05), normal doğum hakkında bilgi alan (7.97 ±4.61), sezaryen hakkında bilgi alan (8.52±4.84) ve bebek bakımı hakkında bilgi almayan (7.57±5.11) gebelerin anksiyete puan ortalamalarının diğer gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gebelikte testler (p=.000), fiziksel aktivite (p=.001), ilaç kullanımı (p=.020), psikoloji (p=.006), cinsellik (p=.001) ve sezaryen hakkında bilgi almayan (p=.002) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğerlerinde farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05), (Tablo 4.11).

Gebelerin internette bilgi aldığı konulara göre DASÖ-21 stres alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; sağlıklı beslenme konusunda bilgi alan (8.05±4.83), gebelikte bulantı kusma hakkında bilgi alan (8.77±4.85), gebelikte testler hakkında bilgi alan (9.38±4.79), fiziksel aktivite konusunda bilgi almayan (8.33±4.96), ilaç kullanımı hakkında bilgi alan (9.28±5.10), psikoloji hakkında bilgi alan (9.75±4.99), bebeğin anne karnında gelişimi hakkında bilgi alan (8.07±4.92), cinsellik hakkında bilgi alan (9.95±4.89), doğuma ait belirtiler hakkında bilgi alan (8.50±5.05), emzirme hakkında bilgi almayan (8.23±4.97), normal doğum hakkında bilgi alan (8.28±4.66),

sezaryen hakkında bilgi alan (8.81±4.72) ve bebek bakımı hakkında bilgi almayan (8.19±4.95) gebelerin stres puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gebelikte testler (p=.000), fiziksel aktivite (p=.004), ilaç kullanımı (p=.009), psikoloji (p=.000), cinsellik (p=.000) ve sezaryen hakkında bilgi alma (p=.011) durumlarına göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiş, internette bilgi alınan diğer konulara göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05), (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	n	Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Ort.±SS
Yaş grupları		
18-22 yaş	44	33.75±8.48
23-27 yaş	112	34.08±8.54
28-32 yaş	110	34.36±9.54
33 yaş ve üzeri	63	33.26±8.52
Test ve p değeri		F=.218 p=.884
Eğitim Düzeyi		
İlkokul mezunu ¹	13	31.53±9.91
Ortaokul mezunu ²	67	31.47±8.03
Lise mezunu ³	154	35.26±8.82
Üniversite mezunu ⁴	95	33.98±8.97
Test ve p değeri		F=3.267 p=0.022 Fark 2.-3. grup arasındadır**
Evlilik yılı		
1-2 yıl	100	32.77±8.57
3-4 yıl	64	34.60±8.93
5-6 yıl	64	35.28±9.52
7 yıl ve üzeri	101	33.95±8.58
Test ve p değeri		F=1.195 p=.312
Eş Eğitim Düzeyi		
İlkokul mezunu ¹	11	26.63±9.96
Ortaokul mezunu ²	56	32.03±7.00
Lise mezunu ³	161	35.08±9.09
Üniversite/Yüksekokul ⁴	101	34.09±8.81
Test ve p değeri		F=4.396 p=0.005 Fark 1.-3. grup arasındadır**

Tablo 4.12. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	n	Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Ort.±SS
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	135	35.51±8.65
Çalışmıyor	194	32.90±8.84
Test ve p değeri		t=2.657 p=.008
Aile Tipi		
Çekirdek aile	307	34.21±8.77
Geniş aile	22	30.63±9.41
Test ve p değeri		t=1.841 p=.067
İkamet ettiği yer		
İl ¹	15	27.86±5.69
İlçe ²	283	34.66±8.85
Köy ³	31	30.64±8.35
Test ve p değeri		F=6.874 p=.001 Fark 1-2.grup arasındadır**
Gelir düzeyi		
Asgari ücret altı	9	32.22±9.07
Asgari ücret	130	34.04±9.00
Asgari ücret üzeri	190	34.01±8.76
Test ve p değeri		F=.182 p=.834

*F: One Way ANOVA *t: t testi

Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre siberkondri ciddiyeti ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.12’de sunulmuştur. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre siberkondri ciddiyeti ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 28-32 yaş arası olan (34.36±9.54), lise mezunu olan (35.26±8.82), evlilik süresi 5-6 yıl olan (35.28±9.52), eşi lise mezunu olan (35.08±9.09), çalışan (35.51±8.65), çekirdek ailesi olan (34.21±8.77), ilçede yaşayan (34.66±8.85) ve asgari ücretin üzerinde geliri olan (34.04±9.00) gebelerin siberkondri ciddiyeti puan ortalamalarının diğer gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gebelerin eğitim düzeyi (p=0.022), eşinin eğitim düzeyi (p=0.005), çalışma durumu (p=0.008) ve ikamet ettiği yere (p=0.001) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diğer sosyodemografik özelliklere göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05), (Tablo 4.12).

Yapılan ileri analizde gebelerin eğitim düzeyine göre siberkondri ciddiyeti puan ortalamaları farkının “ortaokul mezunu” ile “lise mezunu” arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Buna ilaveten, eş eğitim düzeyine göre siberkondri ciddiyeti puan ortalamaları farkının “ilk okul mezunu” ile “lise mezunu” arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Buna ilaveten, çalışma durumuna göre farkın “çalışan” ve “çalışmayan” de yaşayan kadınların siberkondri ciddiyeti puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Buna ilaveten, ikamet ettiği yere göre farkın “il” ve “ilçe” de yaşayan kadınların siberkondri ciddiyeti puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 4.12)

Tablo 4.13. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Kronik Hastalığı Olma Durumlarına Göre Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	n	Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Ort.±SS
Gebelik sayısı		
1 gebelik ¹	131	32.69±8.83
2 gebelik ²	122	35.52±8.79
3 gebelik ve üzeri ³	76	33.71±8.68
Test ve p değeri		F=3.322 p=.037 Fark 1-2 arasındadır
Yaşayan çocuk sayısı		
Çocuğu yok ¹	140	33.15±9.14
1 çocuğu var ²	130	35.48±8.64
2 çocuk ve üzeri ³	59	32.62±8.22
Test ve p değeri		F=3.228 p=.041 Fark 1-2, 2-3 arasındadır
Gebeliğin planlı olma durumu		
Evet	248	33.75±9.14
Hayır	81	34.65±7.89
Test ve p değeri		t=.4330 p=.396

Tablo 4.13. “Devam” Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Kronik Hastalığı Olma Durumlarına Göre Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik özellikler	n	Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Ort.±SS
Gebelik haftası		
Birinci Trimester (1-13 hf)	27	34.96±7.57
İkinci Trimester (14-26.hf)	75	35.85±8.35
Üçüncü Trimester (27-41. hf)	227	33.24±9.07
Test ve p değeri		F=2.663 p=.071
Gebelikte doktora gitme sayısı		
1-4 kez ¹	91	36.94±7.65
5-8 kez ²	124	31.57±9.07
9 kez ve üzeri ³	114	33.97±8.84
Test ve p değeri		F=9.841 p=.000 Fark 1-2, 1-3 arasındadır
Gebe okuluna devam etme durumu		
Düzenli devam eden ¹	49	28.10±7.29
Düzensiz devam eden ²	20	35.00±8.95
Devam etmeyen ³	260	35.00±8.70
Test ve p değeri		F=13.680 p=.000 Fark 1-2, 1-3 arasındadır
Kronik hastalık varlığı		
Evet	43	33.11±10.13
Hayır	286	34.10±8.65
Test ve p değeri		t=-.685 p=.494

*F: One Way ANOVA *t: t testi

Gebelerin obstetrik özellikleri ve kronik hastalığı olma durumuna göre siberkondri ciddiyeti ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.13’de sunulmuştur. Gebelerin obstetrik özellikleri ve kronik hastalık olma durumuna göre siberkondri ciddiyeti ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 2 gebeliği olan (35.52±8.79), 1 çocuğu yaşayan (35.48±8.64), gebelik planı olmayan (34.65±7.89), gebelik haftası ikinci trimester (14-26. hf) olan (35.85±8.35), gebelikte doktora 1-4 kez giden (36.94±7.65), gebelik okuluna devam etmeyen (35.00±8.70), kronik hastalığı olmayan (34.10±8.65) kadınların siberkondri ciddiyeti puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve kadınların gebelik sayısı (**p=.037**), yaşayan çocuk sayısı (**p=.041**), gebelikte doktora gitme sayısı (**p=.000**), gebe okuluna devam etme durumu (**p=.000**) göre gruplararası farkların

istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diğer obstetrik özellikleri ve kronik hastalık olma durumlarına göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.13).

Yapılan ileri analizde gebelerin, gebelik sayısına göre siberkondri ciddiyeti puan ortalamaları farkının “1 gebelik” ile “2 gebelik” arasındaki farktan kaynaklandığı; yaşayan çocuk sayısına göre siberkondri ciddiyeti puan ortalamaları farkının “Çocuğu yok” ile “1 çocuğu var” ve “1 çocuğu var” ile “2 çocuk ve üzeri” farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Gebelikte doktora gitme sayısına göre siberkondri ciddiyeti puan ortalamaları farkının “1-4 kez” ile “5-8 kez” ve “1-4 kez” ile “9 kez ve üzeri” arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Gebelerin İnternet Kullanımına Göre Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	n	Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Ort.±SS
İnternet kullanım yılı		
1-5 yıl ¹	37	31.27±8.43
6-10 yıl ²	154	32.94±8.54
11 yıl ve üzeri ³	138	35.86±8.96
Test ve p değeri		F=6.102 p=.003 Fark 1-3, 2-3 arasındadır*
Bir günde internette geçen süre (saat)		
1 saat ¹	55	31.60±8.24
2 saat ²	143	35.20±8.16
3 saat ³	77	35.68±9.55
4 saat ve üzeri ⁴	54	30.72±8.99
Test ve p değeri		F=5.885 p=.001 Fark 2-4, 3-4 arasındadır*
Sağlıkla ilgili internette bilgi almayı tavsiye etmek		
Evet	252	34.49±8.70
Hayır	77	32.28±9.16
Test ve p değeri		t=1.926 p=.055

*Gruplararası fark Sheffe testi ile analiz edilmiştir.

*F: One Way ANOVA

*t: t testi

Gebelerin internet kullanım durumuna göre siberkondri ciddiyeti ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.14’de sunulmuştur. Gebelerin internet

kullanım durumuna göre siberkondri ciddiyeti ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; interneti 11 yıl ve üzeri süredir kullanan (35.86 ± 8.96), bir günde internette 3 saat geçiren (35.68 ± 9.55), sağlıkla ilgili internetten bilgi almayı tavsiye eden (34.49 ± 8.70) kadınların siberkondri ciddiyeti puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve kadınların internet kullanım yılına ($p=.003$), bir günde internette geçen süreye ($p=.001$) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diğer internet kullanım durumlarına göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.12). Yapılan ileri analizde kadınların internet kullanım yılına göre siberkondri ciddiyeti puan ortalamaları farkının “1-5 yıl” ile “11 yıl ve üzeri” ve “6-10 yıl” ile “11 yıl ve üzeri” arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Buna ilaveten kadınların bir günde internette geçen süreye göre siberkondri ciddiyeti puan ortalamaları farkının “2 saat” ile “4 saat ve üzeri” ve “3 saat” ile “4 saat ve üzeri” arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Gebelerin İnternette Bilgi Aldığı Konulara Göre Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İnternette bilgi alınan konular	n	Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Ort.±SS
Sağlıklı beslenme		
Hayır	191	33.95±9.00
Evet	138	34.01±8.66
Test ve p değeri		t=.062 p=.950
Gebelikte bulantı kusma		
Hayır	241	33.78±8.92
Evet	88	34.50±8.66
Test ve p değeri		t=.645 p=.519
Gebelikte testler		
Hayır	157	32.05±8.99
Evet	172	35.73±8.36
Test ve p değeri		t=3841 p=.000
Fiziksel aktivite		
Hayır	275	34.33±8.94
Evet	54	32.18±8.18
Test ve p değeri		t=.217 p=.103

Tablo 4.15. “Devam” Gebelerin İnternette Bilgi Aldığı Konulara Göre Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İnternette bilgi alınan konular	n	Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Ort.±SS
İlaç kullanımı		
Hayır	254	33.44±8.85
Evet	75	35.80±8.65
Test ve p değeri		t=2.038 p=.042
Psikoloji		
Hayır	252	33.21±8.83
Evet	77	36.48±8.49
Test ve p değeri		t=2.866 p=.004
Bebeğin anne karnında gelişimi		
Hayır	106	33.00±9.34
Evet	223	34.44±8.58
Test ve p değeri		t=1.385 p=.167
Cinsellik		
Hayır	267	33.55±8.88
Evet	62	35.80±8.52
Test ve p değeri		t=1.812 p=.071
Doğuma ait belirtiler		
Hayır	240	33.88±8.57
Evet	89	34.23±9.59
Test ve p değeri		t=.321 p=.749
Emzirme		
Hayır	259	34.20±9.10
Evet	70	33.14±7.84
Test ve p değeri		t=-.890 p=.374
Normal doğum		
Hayır	210	33.28±9.25
Evet	119	35.20±7.98
Test ve p değeri		t=1.895 p=.059
Sezaryen		
Hayır	195	32.83±9.19
Evet	134	35.64±8.05
Test ve p değeri		t=2.870 p=.004
Bebek bakımı		
Hayır	208	34.03±9.24
Evet	121	33.88±8.15
Test ve p değeri	329	t= -.147 p=.883

*t: t testi

Gebelerin internette bilgi aldığı konulara göre siberkondri ciddiyeti ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.15’te sunulmuştur. Gebelerin internette bilgi aldığı konulara göre siberkondri ciddiyeti ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde;

sağlık beslenme konusunda bilgi alan (34.01±8.66), gebelikte bulantı kusma hakkında bilgi alan (34.50±8.66), gebelikte testler hakkında bilgi alan (35.73±8.36), fiziksel aktivite konusunda bilgi almayan (34.33±8.94), ilaç kullanımı hakkında bilgi alan (35.80±8.65), psikoloji hakkında bilgi alan (36.48±8.49), bebeğin anne karnında gelişimi hakkında bilgi alan (34.44±8.58), cinsellik hakkında bilgi alan (35.80±8.52), doğuma ait belirtiler hakkında bilgi alan (34.23±9.59), emzirme hakkında bilgi almayan (34.20±9.10), normal doğum hakkında bilgi almayan (35.20±7.98), sezaryen hakkında bilgi almayan (35.64±8.05) ve bebek bakımı hakkında bilgi almayan (34.03±9.24) gebelerin siberkondri ciddiyeti puan ortalamalarının diğer gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gebelikte testler (**p=.000**), ilaç kullanımı (**p=.042**), psikoloji (**p=.004**) ve sezaryen hakkında bilgi almaya (**p=.004**) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diğer internette bilgi aldığı konulara göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Gebelerin DASÖ Stres, Anksiyete, Depresyon Alt Ölçekleri ile Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Ölçekler ve alt Boyutlar	r	SCÖ Alt boyutları					DASÖ		
		SCÖ Toplam	Aşırılık	Endişe	Güvence Arama	Zorlanma	Stres Ölçeği	Anksiyete Ölçeği	Depresyon Ölçeği
SCÖ Toplam	r	1							
SCÖ Alt Boyutları	Aşırılık	r	.815**	1					
	Endişe	r	.876**	.685**	1				
	Güvence Arama	r	.780**	.499**	.549**	1			
	Zorlanma	r	.770**	.430**	.596**	.495**	1		
DASÖ	Stres	r	.483**	.394**	.448**	.290**	.434**	1	
	Anksiyete	r	.542**	.451**	.497**	.305**	.502**	.818**	1
	Depresyon	r	.385**	.272**	.302**	.361**	.421**	.799**	.747**

** $p < 0.01$ seviyesinde önemlidir. SCÖ: Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği, DASÖ: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

*r: korelasyon katsayısı

Gebelerin DASÖ stres, anksiyete, depresyon alt ölçekleri ve siberkondri ciddiyeti ölçeği ve alt boyutları arasındaki korelasyonlar Tablo 4.16’de sunulmuştur.

Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği puan ortalamaları ile stres ($r=.483$), anksiyete ($r=.542$) ve depresyon ($r=.385$) arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişkiler olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$). Gebelerin Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği “aşırılık” alt boyutu puanı ile stres ($r=.394$), anksiyete ($r=.451$) ve depresyon ($r=.272$) puanı arasında orta düzeyde; “endişe” alt boyutu puanı ile stres ($r=.448$), anksiyete ($r=.497$), depresyon ($r=.302$) puanı arasında orta düzeyde ($p=.000$); “güvence arama” alt boyutu puanı ile stres ($r=.290$) arasında zayıf düzeyde; anksiyete ($r=.305$) puanı ve depresyon puanı arasında ($r=.361$) orta düzeyde; “zorlama” alt boyutu puanı ile stres ($r=.434$), anksiyete ($r=.502$), depresyon ($r=.421$) puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Gebelerin stres ölçeği puanı ile anksiyete puanı ($r=0.818$) ve depresyon puanı ($r=0.799$) arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu ($p=.000$); anksiyete puanı ile depresyon puanı ($r=0.747$) arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p=.000$), (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Gebelerin Siberkondri Ciddiyeti Yordayıcılarının Analizi

	B	SE	β	t	p
(Constant)	31.102	2.675		11.626	.000
Stres	.326	.163	.180	1.994	.047
Anksiyete	.837	.144	.476	5.826	.000
Depresyon	-.233	.154	-.119	-1.519	.130
Yaş	-.010	.094	-.006	-.107	.915
Gebelik haftası	-.039	.072	-.038	-.537	.592
Doktora gitme sıklığı	-.497	.193	-.182	-2.577	.010
Gebelik sayısı	.118	.463	.013	.254	.799

[$R=0.591$, $R^2=0.349$, $F=24.565$, $p=.000$]

Siberkondri ciddiyetini yordayan faktörlere ilişkin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.17’te sunulmuştur. Yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda, gebelerin stres, anksiyete ve doktora gitme sıklığının Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği puanlarıyla

anlamli ilifkiler verdiği grlmfftr [R=0.591, R²=0.349, F=24.565, p=.000]. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin siberkondri ciddiyesi üzerindeki göreli önem sırası; anksiyete (β=.476), gebelikte doktora gitme sıklığı (β=-.182), stres (β=-.180), depresyon (β=-.119), gebelik haftası (β=-.038), gebelik sayısı (β=.013), yaş (β=-.006)'dir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde, siberkondri ciddiyesi üzerinde stres (**p=.000**), anksiyete (**p=.023**), gebelikte doktora gitme sıklığının (**p=.010**) nemli yordayıcılar olduğu saptanmıştır. Diğer değişkenlerin önemli bir etkisi olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.17).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, gebelerde siberkondriya ciddiyeti, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada tartışma bölümü aşağıdaki gibi yapılandırılmıştır.

5.1. Gebelerde Depresyon ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, gebelerin DASÖ-21 depresyonun %52.6'sında "normal" düzeyde olduğu, %9.4'ünde "hafif" düzeyde, %22.8'inde "orta" düzeyde, %9.1'inde "ileri" düzeyde, %6.1'inde "çok ileri" düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, hafif düzeyden ileri düzeye depresyon yaşayan gebelerin oranının %47.4 olduğunu açığa çıkardı. Çalışmada DASÖ-21 depresyon alt ölçeği puan ortalaması 5.36 ± 4.49 bulunmuştur. DASÖ-21 depresyon puan ortalaması, Güner (2023)'in çalışmasında 2.63 ± 4.05 , Aslan ve Kılınçel (2021)'in çalışmasında 4.20 ± 3.91 olarak bildirmiştir. Çalık ve Aktaş (2011) tarafından yürütülen bir çalışmada gebelikte depresyon ve depresif belirti görülme sıklığının %12-36 arasında değiştiği belirtilmiştir. Ayrıca, daha önce yapılan çalışmalardan elde edilen verilere göre, Karaçam ve Ançel (2005) %27.3, Sevindik (2005) ise %36.3; Erbil ve ark. (2009) %30.9, Nefes ve Erbil (2022) %14.7, Tunçel ve Süt (2019) %7.8, Sanchana ve ark. (2020) %44.6, Khouj ve ark. (2022) %37.5 oranında gebelerde depresyon görülme sıklığı bildirmiştir. Bu sonuçlar, gebelerde depresyonun farklı popülasyonlarda, zamanlarda ve farklı ölçme araçlarına bağlı olarak görülme oranının değiştiğini göstermektedir.

Gebelerin depresyon puan ortalamalarının lise mezunu olan (6.09 ± 4.66), üç ve üzeri gebeliği olan ve gebelik okuluna düzenli devam eden gebelerin depresyon puan ortalamalarının diğer gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. İşcan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2018) erken yaş gebelik, eğitim durumu, doğum korkusu gibi faktörlerin gebelikte depresyon üzerinde etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Obstetrik özelliklerin gebelik depresyonu ile ilişkisi incelendiğinde bebeğin cinsiyeti, ilk doğum yaşı, trimesterler, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, arasında fark saptanmazken istenilen gebelik olup olmaması depresif semptomlar üzerinde etkili bulunmuştur (İşcan vd., 2018).

Bu çalışmada gebelerin internette bilgi aldığı konulara göre depresyon puan ortalamalarının gebelikte testler hakkında bilgi alan (6.29 ± 4.84), fiziksel aktivite konusunda bilgi almayan (5.72 ± 4.57), ilaç kullanımı hakkında bilgi alan (6.70 ± 5.10), psikoloji hakkında bilgi alan (6.54 ± 4.71), sezaryen hakkında bilgi alan (6.06 ± 4.26) gebelerin depresyon puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin obstetrik özellikleri ve kronik hastalık durumlarına göre yapılan değerlendirmede, 3 gebelik ve üzeri gebeliği olanların, 1 çocuğu olanların, gebelik planı olmayanların, ikinci trimesterde (14-26. hafta) olanların, doktora 1-4 kez gidenlerin, gebelik okuluna devam etmeyenlerin ve kronik hastalığı olan gebelerin depresyon puan ortalamalarının diğer gebelere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak istatistiksel olarak farkın gebelik sayısı arttıkça ve gebelik okuluna devam etme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Benzer bir şekilde, Dağlar ve Nur (2014) tarafından yürütülen bir çalışmada, kronik hastalık varlığının gebelerin depresyon puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı belirtilmiştir. Bu sonuçlar, kronik hastalıkların tek başına gebelerin depresyon düzeyini etkileyebileceği konusunda bir tutarsızlık göstermektedir. Çakır ve Can (2012), tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise kronik hastalık öyküsü olan gebelerde anksiyete ve depresyon oranlarının daha yüksek olduğu, ancak kronik hastalık öyküsü ile depresyon puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Ayrıca, gebelik sayısı arttıkça depresyon görülme oranının arttığı ve düşük veya ölü doğum yapmış kadınlarda ciddi depresif semptomların daha yüksek olduğu diğer çalışmalardan alıntılanan bulgular arasındadır. Yücel (2013) ve Arslan ve ark. (2011) çalışmasında gebelik sayısı arttıkça depresyonun arttığı bulunmuştur. Yazıcıoğlu ve Yavuz (2022) doğum öncesi algılanan korku düzeyinde doğum sayısının anlamlı fark oluşturmadığını, gebe okulunda verilen eğitim müdahalesinin algılanan doğum korkusunu azalttığını bulmuştur.

5.2. Gebelerde Anksiyete ile İlgili Bulguların Tartışılması

Gebeliğe özgü anksiyete, kişinin kendisinin ve çocuğunun sağlığı, doğumu, mali durumu, yakın ilişkileri, görünümü, çocuğun kaybı, ebeveynliği ve yenidoğan bakımıyla ilgili endişeleri ile karakterize edilen duygusal bir durumdur (Bayrampour

vd., 2016). Bu durum, özellikle gebelik, doğum ve ebeveynlikle ilgili kaygılara odaklanır, durumluk ve sürekli kaygıdan farklıdır (Huizinc vd., 2004).

Gebelik anksiyeteyi tetikleyen bir durumdur ve kanıtlar gebelerin %10.5-%54 oranında kaygı belirtileri yaşadığını göstermektedir (Arslan vd., 2011; Tunçel ve Süt, 2019; Nefes ve Erbil, 2022; Khouj vd., 2022). Bu araştırmada hafif düzeyden ileri düzeye anksiyete birlikte değerlendirildiğinde gebelerin %74.8'inin anksiyetesi olduğu bulunmuştur. Gebelerin DASÖ-21 anksiyete alt ölçeği puan ortalaması 7.46 ± 5.03 bulunmuştur. Güner (2023)'in çalışmasında DASÖ-21 anksiyete alt ölçek puanı 4.62 ± 3.83 Arslan ve Kılınçel (2021) çalışmasında gebelerde DASÖ-21 anksiyete alt ölçek puan ortalaması 3.75 ± 3.50 olduğunu bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada gebelikte anksiyete riski %10.5 bulunmuştur (Nefes ve Erbil, 2022). Başka bir çalışmada gebelerin %25.4'ünde sınırdan anksiyete olduğu ve %22.3'ünde anksiyete olduğu saptanmıştır (Tunçel ve Süt, 2019). Arslan vd. (2011), çalışmasında gebelerin %28.8'inde anksiyete bulgularına rastlandığını, Lee vd. (2007), çalışmasında ise gebelerin %54'ünde anksiyete saptandığını ortaya konulmuştur. Sanchana ve arkadaşları (2020) gebelerin anksiyete yaygınlığını %40.5 bulmuştur. Khouj vd. (2022), Suudi Arabistan'daki gebe kadınlarda gebelerin %54'ünde anksiyete belirtileri bulunduğunu rapor etmiştir. Bu çalışmanın bulguları literatürdeki bazı çalışma bulgularına benzer, bazılarından farklıdır. Bu farklılıklar, farklı kültürlerde, zamanlarda ve çalışma örneklem büyüklüklerindeki değişikliklere ve ölçme araçlarındaki farklılıklara bağlı olabilir. Bu da gebelik sürecinin duygusal zorluklarıyla başa çıkma konusundaki benzerlikleri vurgulamaktadır.

Bu çalışmada gebelerin DASÖ-21 anksiyete alt ölçeği puan ortalamalarının lise mezunu olan (8.29 ± 5.14), çalışan (8.17 ± 5.29) ve ilçede yaşayan (7.81 ± 5.15), gebe okuluna devam etmeyen (7.96 ± 5.12) gebelerin anksiyete puan ortalamalarının diğer gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Ayrıca gebelerin internette bilgi aldığı konulara göre anksiyete puan ortalamalarının gebelikte testler hakkında bilgi alan (8.65 ± 5.01), fiziksel aktivite konusunda bilgi almayan (7.87 ± 5.17), ilaç kullanımı hakkında bilgi alan (8.65 ± 5.02), psikoloji hakkında bilgi alan (8.84 ± 5.11), cinsellik hakkında bilgi alan (9.41 ± 4.74), sezaryen hakkında bilgi alan (8.52 ± 4.84) ve bebek bakımı hakkında bilgi almayan (7.57 ± 5.11) gebelerin anksiyete puan

ortalamalarının diğer gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gebelikte gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Micheal vd. (2007), tarafından yürütülen bir çalışma, kadın cinsiyetine, bekar olmaya, işsiz olmaya, düşük eğitim düzeyine ve düşük gelir düzeyine sahip olmanın anksiyete ile güçlü bir şekilde ilişkilendirildiğini ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Hajebi vd. (2018), tarafından yapılan bir çalışma, İran'da anksiyete bozukluklarının kadınlarda, işsizlerde, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda ve kentsel alanlarda daha yüksek olduğunu göstermiştir. Blanco vd. (2014), çalışması ise düşük kendilik güveni, ailede depresyon öyküsü, kadın cinsiyeti, düşük eğitim düzeyi ve aile ortamının anksiyete bozukluğu riskini artırdığını belirlemiştir.

Dağlar ve Nur (2014) tarafından yapılan çalışmada, kronik hastalığı olmayan gebelerin anksiyete puan ortalamalarının kronik hastalığı olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, diğer çalışmalarda da kronik hastalığa sahip bireylerde, depresyon ve anksiyete görülme oranının kronik hastalığı olmayanlara oranla daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (Sağduyu vd., 2000; Altan vd., 2004). Çakır ve Can (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, gebelerde kronik hastalık öyküsü ile anksiyete ve depresyon puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmemiş, bununla birlikte kronik hastalık öyküsü olanlarda, olmayanlara göre daha fazla oranda anksiyete ve depresyon saptanmıştır. Bu bulgular, kronik hastalığın gebelik sürecindeki psikolojik sağlık üzerinde potansiyel bir etkisi olabileceğini işaret etmektedir.

5.3. Gebelerde Stres ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre, gebelerin DASÖ-21 “stres” alt ölçeği puan ortalaması ise 7.98 ± 4.89 olduğu, gebelerin %51.7'sinin hafif düzeyden çok ileri düzeye stres yaşadığı bulunmuştur. Gebelerde DASÖ-21 stres puan ortalaması, Güner (2023)'in çalışmasında 4.28 ± 4.49 , Aslan ve Kılınçel (2021)'in çalışmasında 5.68 ± 3.81 olduğunu bildirilmiştir. Khouj ve ark. (2022) çalışmasında Suudi Arabistan'daki gebe kadınlarda, DASÖ-21 puanlarına göre, katılımcıların %37.5'inin belirli düzeyde depresif belirtilere sahip olduğunu, yarıdan fazlasında (%54) anksiyete belirtileri bulunduğunu ve yalnızca dörtte birinin (%25) herhangi bir

düzeyde stres yaşadığı rapor edilmiştir. Sachana ve ark (2020) gebelerde DASÖ-21 stres yaşama oranı %37.8 olarak saptanmıştır. Güner (2023)'in çalışmasında DASÖ-21 stres alt ölçek puan ortalamasının 4.28 ± 4.49 olduğu bulunmuştur. Aslan ve Kılınçel (2021) çalışmasında gebelerde DASÖ-21 stres puan ortalamasının 5.68 ± 3.81 olduğunu bildirilmiştir. Baran vd. (2020) ve Solivan vd. (2015), gebelerin stres puanlarının orta düzeyde olduğunu, Pınar vd. (2014), ise gebelerin algılanan stres ve uyku kaliteleri ile arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır. Sis Çelik ve Atasever (2020), tarafından yapılan çalışma sonuçlarına göre, gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyinin genel olarak yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, gebelik sürecinin birçok duygusal ve fiziksel değişiklikle birlikte geldiğini ve bu durumun gebelerin stres düzeyini etkileyebileceğini göstermektedir. Bu sonuçlar, farklı zamanlarda ve farklı gruplarda gerçekleştirilen çalışmalarda benzer stres düzeylerinin gözlemlendiğini göstermektedir.

Bu çalışmada gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DASÖ-21 stres alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; çalışan (8.74 ± 5.03), çekirdek ailede yaşayan (8.11 ± 4.94), ilçede yaşayan (8.25 ± 4.98) gebelerin stres puan ortalamalarının diğer gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Yüksel vd. (2020), yaptığı çalışmada aile yapısı stres düzeylerini, gebelik haftası anksiyete düzeylerini, düşük öyküsü depresyon ve stres düzeylerini ve sağlık sorunu yaşama anksiyete ve stres düzeylerini anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır. Daha önce yapılmış çalışmalarda yaş, gelir, çalışma durumu, aile tipi, yaşayan çocuk, planlı gebelik, gebelik öncesi stres, doğum korkusu, sosyal destek azlığı, kronik hastalık ve gebelik öncesi psikolojik tedavi alma durumlarının gebelikte strese etki ettiği belirtilmiştir (Gilbert ve Harmon, 2011; Gümüşdaş vd., 2014; Aksay vd., 2017). Sis Çelik ve Atasever (2020), gebelerin yaş, eğitim düzeyi, eşin eğitim düzeyi, eşin mesleği, aile tipi, ekonomik duruma göre stres puan ortalamalarının gruplar arası farkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu çalışmanın sonuçları literatüre benzerdir.

Kadının gebelikteki psikososyal sağlığı; yaşayan çocuk sayısı (Gümüşdaş vd., 2014; Ertekin Pınar vd., 2014), planlı ve istenen gebelik olma durumu (Çapık vd., 2015; Bulut ve Yiğitbaş, 2018), kronik hastalık varlığı (Aksay vd., 2017), gebelik öncesi stresi ve psikolojik durumu gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Bu

çalışmada gebelerin DASÖ-21 stres alt ölçeği puan ortalamalarının gebe okuluna devam etmeyen, kronik hastalığı olan gebelerde, diğer gebelerden daha yüksek olduğu ve gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Tekeli Özer'in (2022) yaptığı bir çalışmada, gebelerin depresyon, anksiyete ve stres puan düzeylerinin kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermediğini belirtilmiştir. Primipara ve multipar gebelerin stress düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada primiparların stress düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Primiparlarda eş mesleği ve ölü doğum öyküsünün, multiparlarda ise yaşın gebelik stresi düzeylerini arttırdığı belirtilmiştir (Genç Koyuncu vd., 2020).

Bu çalışmada gebelerin internette bilgi aldığı konulara göre stres puan ortalamalarının gebelikte testler hakkında bilgi alan (9.38 ± 4.79), fiziksel aktivite konusunda bilgi almayan (8.33 ± 4.96), ilaç kullanımı hakkında bilgi alan (9.28 ± 5.10), psikoloji hakkında bilgi alan (9.75 ± 4.99), cinsellik hakkında bilgi alan (9.95 ± 4.89) ve sezaryen hakkında bilgi alan (8.81 ± 4.72) gebelerin stres puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gruplararası farkların anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). İzmir'in Bayraklı ilçesinde yapılan bir çalışmada kadınların gebelik öncesi internetten yaptıkları arama konuları sırasıyla; "genel sağlık, tahlil sonuçları, beslenme, zayıflama" olarak bulunmuştur. Kadınlar gebelik düşünmeye başladıktan sonra ise en sık "bebeğin anne karnındaki gelişimi, gebelikte tehlike belirtileri, doğum yöntemleri" gibi aramalar yaptıkları; çalışma grubundaki kadınların %75.4'ü sıklıkla araştırdıkları bu bilgilerin doğruluğuna inandıklarını, %87.3'ü de bu durumu sağlık personeliyle paylaşmadığını belirtmiştir (Hadımlı vd., 2018). Karataş Baran vd. (2020), yaptığı bir çalışmada ise riskli gebeler gebelik süreçleri ile ilgili belirsizlik nedeniyle daha fazla stres yaşarken, normal gebelerde doğum korkusu nedeniyle stres daha fazla görülmektedir. Bu sonuçlar literatürdeki diğer çalışmalarla tutarlılık göstermektedir ve gebelikteki psikososyal sağlığın birçok faktörden etkilendiğini vurgulamaktadır.

5.4. Gebelerde Siberkondriya Ciddiyeti ile İlgili Bulguların Tartışılması

Kaygılı ve nevrotik kadınlar sıklıkla ebeveynlik yeteneklerine güven duymazlar ve bebeklerine yeterli bakımı sağlama konusunda kendilerini yeterli donanıma sahip olmadıklarını hissedebilirler ve bu durum aşırı çevrimiçi araştırmaya neden olabilir

(Klabbers vd., 2016). Šoštarić vd., (2023), gebe kadınların internette arama eğiliminde olduğu doğum sonrası sorunlar gibi annelikle ilgili gebelik endişelerinin siberkondri için özellikle önemli olduğunu, kadınların gebelik sırasındaki mevcut semptomlardan ziyade gelecekteki potansiyel sağlık sorunlarına daha fazla odaklanabileceğini belirtmiştir.

Bu çalışmada gebelerin siberkondri ciddiyetinin orta düzeyde olduğu (33.97 ± 8.84) bulunmuştur. Bu çalışmada, kendisi ve eşi lise mezunu olan, eşi lise mezunu olan, çalışan, ilçede yaşayan, iki gebeliği olan (35.52 ± 8.79), bir çocuğu olan (35.48 ± 8.64), gebelikte doktora 1-4 kez giden (36.94 ± 7.65), gebe okuluna devam etmeyen (35.00 ± 8.70) kadınların siberkondri ciddiyeti puan ortalamalarının diğer kadınların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelikte doktora gitme sayısı, gebe okuluna devam etme durumuna göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Demir vd. (2024), çalışmasında gebelerde siberkondri ciddiyeti orta düzeyde (30.29 ± 9.78) bulunmuştur. Aynı çalışmada gebelerde siberkondri düzeyinin yaş, eğitim düzeyi, gebelik haftası, gebelik sayısına göre farklı olduğu rapor edilmiştir. Çalışmanın bazı bulguları, bu çalışmanın bulgularına benzerdir. İtalya'da çevrimiçi yapılan bir çalışmada kadınlarda depresyon anksiyete ve stres düzeylerindeki artışın siberkondriyle ilişkisi olduğu, siberkondriyak kadınların algıladıkları yalnızlık duygusunun da yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir (Gioia ve Boursier, 2020).

Deniz (2020), katılımcıların yaşına, eğitim durumuna, medeni durumuna ve çalışma durumuna göre e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediğini belirtmiştir. E-sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan başka bir çalışmada ise kadınların ve yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu, ancak eğitim durumuna göre siberkondri puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Çizmeci ve Deniz, 2017). Tarhan vd., (2021) tarafından yürütülen bir çalışmada eğitimin e-sağlık okuryazarlık düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkilendiği, ancak Deniz'in (2020) çalışmasında böyle bir ilişkinin bulunmadığı belirtilmiştir. Bu durum, konuyla ilgili daha fazla araştırma yapılmasını ve farklı faktörlerin etkileşimini anlamak için nitel çalışmalar yapılmasına gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Türkiye'nin güneydoğu bölgesinde yapılan bir araştırmada gebelerin internet yoluyla karar almaları ve sağlık uygulamaları arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur (Bayrak ve Kanbur, 2022). Aynı çalışmada, gebelerin yaş, eğitim durumu, aile tipi, çocuk sayısı ve internet kullanım sıklığına göre internet yoluyla karar alma puanları farklı bulunmuştur. (Bayrak ve Kanbur, 2022). Öztürk vd. (2019), gebelerin %75'i bilgi ihtiyacı hissettiklerini, bilgi edinmek için %70.6'sı interneti ve %55.1'i sosyal medyayı kullandıklarını bildirmiş, eğitilmiş, ev hanımı olmayan, çekirdek ailede yaşayan ve ilk gebeliği olan gebelerin bilgi kaynağı olarak internet ve sosyal medyayı yaygın bir şekilde kullandıklarını bulmuştur.

5.5. Gebelerde Siberkondriya Ciddiyeti, Stres, Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Gebelik, çocuğun sağlığı, kişisel sağlık, doğum, mali durum, yakın ilişkiler, görünüm ve ebeveynlik gibi birçok kaygının yaşandığı bir dönemdir. Bu nedenlerle, birçok kadının gebeliğe özgü anksiyete yaşaması şaşırtıcı değildir (Bayrampour vd., 2016). Sağlık konusunda anksiyeteli ve anksiyeteye duyarlı kadınlar için gebelik sırasında yaşanan önemli yaşam değişiklikleri ve tehdit edici olarak algılanan sağlık ve fiziksel duyuumlara odaklanma, çevrimiçi araştırmayı tetikleyebilir (Šoštarić vd., 2023).

Bu araştırmada siberkondri ciddiyeti ölçeği puanlarının stres, anksiyete ve puanları ile pozitif yönde orta düzeyde ilişkili olduğunu göstermiştir ($p<0.05$). Bu durum, gebelerde siberkondri ciddiyeti arttıkça stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin de arttığını işaret etmektedir. Araştırmada siberkondri ciddiyeti alt boyutları (aşırılık, endişe, güven arama, zorlama) ile stres, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiler incelenmiş, alt boyutlardan "aşırılık" ve "zorlama" ile stres, anksiyete ve depresyon arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($p<0.05$). Bunun yanı sıra, gebelerin siberkondri ciddiyeti puanlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, siberkondri ciddiyeti üzerinde stres, anksiyete, gebelikte doktora gitme sıklığının önemli yordayıcılar olduğu saptanmıştır.

Thomee vd. (2007), yaptıkları araştırmada, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımının algılanan stres, depresyon semptomları ve uyku düzensizliği ile ilişkili

olduğunu bulmuşlardır. Kocademir (2022)'in çalışmasında gebelerin %28.3'ünün internette en yaygın olarak aradıkları konunun sağlıklı yaşam tarzı geliştirme olduğunu, internetten bilgiye erişimin gebelerin %87.8'ini olumlu etkilediği, %65.0'inin interneti gebelik öncesine göre daha fazla kullandığı saptanmıştır. Bazı çalışmalarda internet kullanımının bireylerin stres düzeylerini azaltmalarına ve negatif ruh hallerini düzeltmelerine yardımcı olabileceği belirtilmiştir (Chou, 2001; La Rose vd., 2003; Morahan-Martin, 2005). Chou (2001) tarafından yapılan bir çalışma, internetin, belirli bireyler için stresle başa çıkmada bir araç olarak kullanılabileceğini ortaya koymuştur. Aynı şekilde, La Rose vd. (2003) ile Morahan-Martin (2005) tarafından yürütülen çalışmalar, internet kullanımının, bazı durumlarda bireylerin ruh hallerini iyileştirmede etkili olabileceğini öne sürmüştür. Bu bulgular, gebelerin psikolojik sağlığına yönelik müdahalelerde depresyon ve anksiyetenin dikkate alınması gerektiğini ve bu müdahalelerin siberkondri ciddiyetini azaltmada etkili olabileceğini göstermiştir. Bu bağlamda, internet kullanımının psikolojik sağlık üzerindeki etkilerini anlamak ve yönetmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre sonuçlar;

Gebelerin %33.4'ünün 28-32 yaş grubunda, %46.8'inin lise mezunu, eşlerinin %48.9'unun lise mezunu, %41'inin çalıştığı, %30.7'sinin 7 yıl ve üzerinde evli olduğu, %93.3'ünün çekirdek ailede yaşadığı, %86'sının ilçede yaşadığı, %57.8'inin asgari ücretin üzerinde geliri olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1).

Gebe kadınların gebelik sayısı ortalaması 1.92 ± 1.00 (1-9 gebelik), çocuk sayısı ortalaması 0.78 ± 0.81 (0-4 çocuk), gebelik haftası ortalamasının 29.63 ± 8.68 (4-40 hafta) olduğu, gebelikte doktora gitme sayısı ortalamasının 7.05 ± 3.24 (0-20) olduğu bulunmuştur.

Gebelerin %39.8'inin ilk gebeliği olduğu, %39.5'inin yaşayan bir çocuğu olduğu, %75.4'ünün gebeliğinin planlı olduğu, %34.7'sinin gebelikleri süresince dokuz ve daha fazla kez doktora gittiği, %79'unun gebe okuluna devam etmediği, %13.1'inin kronik hastalığı olduğu, kronik hastalığı olanların %41.8'inin diyabet hastalığı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2).

Gebelerin internet kullanım yılı ortalamasının 10.68 ± 4.18 olduğu, bir günde internette geçen süre ortalamasının 2.55 ± 1.35 st (0-9 st) olduğu saptanmıştır. Gebelerin %88.8'inin internete akıllı telefon ile girdiği, %46.8'inin 6-10 yıldır interneti kullandığı, %43.5'inin günde 2 saat, %23.4'ünün 3 saat, %16.4'ünün ise günde 4 saat ve daha fazla süre internete giriş süresinin olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Gebelerin %41.92'u sağlıklı beslenme, %26.7'si gebelikte bulantı kusma, %52.3'ü gebelikte testler, %16.4'ü fiziksel aktivite, %22.8'i ilaç kullanımı, %23.4'ü psikoloji, %67.8'i gebelikte bebeğin gelişimi, %18.8'i cinsellik, %27.1'i doğuma ait belirtiler, %21.3'ü emzirme, %36.2'si normal doğum, %40.7'si sezaryen ve %36.8'i bebek bakımı konularında internette bilgi aradığını belirtmiştir (Tablo 4.4).

Gebelerin DASÖ-21 puan ortalamaları, depresyon için 5.36 ± 4.49 , anksiyete için 7.46 ± 5.03 ve stres için 7.98 ± 4.89 bulunmuştur. Ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları;

“Depresyon” için 0.886, “Anksiyete” için 0.880 ve “Stres” için 0.868 bulunmuştur (Tablo 4.5).

Gebelerin Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği toplam puan ortalaması 33.97 ± 8.84 , “aşırılık” alt boyutu puan ortalaması 10.34 ± 2.86 , “endişe” alt boyutu puan ortalaması 9.54 ± 2.76 , “Güvence arama” alt boyutu puan ortalaması 7.63 ± 2.65 , “zorlanma” altboyutu puan ortalaması 6.46 ± 2.61 bulunmuştur. Cronbach alfa katsayıları; “Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği” için 0.899, alt boyutları olan “aşırılık” 0.826, “endişe” 0.753, “güvence arama” 0.804, “zorlanma” 0.849 bulunmuştur. Ölçek ve alt boyutlarının normal dağılım gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.6).

DASÖ-21 depresyon alt ölçeği puanlarına göre depresyon düzeylerinin gebelerin %52.6’sında “normal” değerde olduğu, %9.4’ünde “hafif” düzeyde, %22.8’inde “orta” düzeyde, %9.1’inde “ileri” düzeyde, %6.1’inde “çok ileri” düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). “Hafif, orta, ileri ve çok ileri” düzey birlikte alındığında, %47.4’ünde depresyon, % 74.8’inde anksiyete, %51.7’sinde stres olduğu belirlenmiştir.

Anksiyete düzeylerinin gebelerin %25.2’sinde “normal” değerde olduğu, %8.8’inde “hafif” düzeyde, %21’inde “orta düzeyde, %12.5’inde “ileri” düzeyde, % 32.5’inde “çok ileri” düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7).

Stres düzeylerinin gebelerin %48.3’ünde “normal” değerde olduğu, %12.5’inde “hafif” düzeyde, %17’sinde “orta” düzeyde, %18.2’sinde ileri düzeyde, %4’ünde çok ileri düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Gebelerin DASÖ-21 stres, anksiyete ve depresyon düzeyi yükseldikçe siberkondri Ciddiyeti Ölçeği puan ortalamalarının arttığı ve stres ($p=.000$), anksiyete ($p=.000$) ve depresyon ($p=.000$) düzeyine göre ve gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DASÖ-21 depresyon alt ölçeği puan ortalamalarının sadece gebelerin eğitim düzeyine ($p=.032$) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($p>0.05$), (Tablo 4.8).

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DASÖ-21 anksiyete puan ortalamalarının gebelerin eğitim düzeyi ($p=.025$), çalışma durumu ($p=.038$) ve ikamet

ettiği yere (**p=.007**) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diğer sosyodemografik özelliklere göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.8).

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DASÖ-21 stres alt ölçeği puan ortalamaları gebelerin çalışma durumu (**p=0.019**), aile tipi (**p=.042**) ve ikamet ettiği yere (**p=.030**) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diğer sosyodemografik özelliklere göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.8).

Gebelerin obstetrik özellikleri ve kronik hastalık olma durumuna göre DASÖ-21 depresyon alt ölçeği puan ortalamalarının gebelik sayısına (**p=.023**) göre gruplararası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer özelliklere göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.9).

Gebelerin obstetrik özellikleri ve kronik hastalık olma durumuna göre DASÖ-21 anksiyete alt ölçeği puan ortalamalarının gebelerin gebe okuluna devam etme durumuna göre gruplararası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (**p=.035**), diğer özelliklere göre farkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.9).

Gebelerin obstetrik özellikleri ve kronik hastalık olma durumuna göre DASÖ-21 stres alt ölçeği puan ortalamalarının gebe okuluna devam etme durumuna göre ($p=.035$) ve kronik hastalık olma durumuna göre ($p=.011$) gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu diğer özelliklere göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.9).

Gebelerin internet kullanım durumuna göre DASÖ-21 depresyon alt ölçeği puan ortalamalarının, internet kullanım yılına (**p=.004**) ve bir günde internette geçen süreye (**p=.038**) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiş, diğer internet kullanım durumlarına göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.10).

Gebelerin internet kullanım durumuna göre DASÖ-21 anksiyete alt ölçeği puan ortalamalarının, kadınların internet kullanım yılına (**p=.000**) ve bir günde internette geçen süreye (**p=.001**) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer internet kullanım durumlarına göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.10).

Gebelerin internet kullanım durumuna göre DASÖ-21 stres alt ölçeği puan ortalamalarının, kadınların internet kullanım yılına ($p=.000$) ve bir günde internette geçen süreye ($p=.017$) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer internet kullanım durumlarına göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.10).

İnternette bilgi alınan konulara göre gebelerin DASÖ-21 depresyon alt ölçeği puan ortalamalarının, gebelikte testler ($p=.000$), fiziksel aktivite hakkında bilgi ($p=.000$), ilaç kullanımı hakkında bilgi ($p=.008$), psikoloji hakkında bilgi ($p=.008$) ve sezaryen hakkında bilgi almaya ($p=.018$) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, internette bilgi alınan diğer konulara göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.11).

İnternette bilgi alınan konulara göre gebelerin DASÖ-21 anksiyete alt ölçeği puan ortalamalarının, gebelikte testler hakkında bilgi ($p=.000$), fiziksel aktivite hakkında bilgi ($p=.001$), ilaç kullanımı hakkında bilgi ($p=.020$), psikoloji hakkında bilgi ($p=.006$), cinsellik hakkında bilgi ($p=.001$) ve sezaryen hakkında bilgi almaya ($p=.002$) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiş, internette bilgi alınan diğer konulara göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.11).

İnternette bilgi alınan konulara göre gebelerin DASÖ-21 stres alt ölçeği puan ortalamalarının, gebelikte testler hakkında bilgi ($p=.000$), fiziksel aktivite hakkında bilgi ($p=.004$), ilaç kullanımı hakkında bilgi ($p=.009$), psikoloji hakkında bilgi ($p=.000$), cinsellik hakkında bilgi ($p=.000$) ve sezaryen hakkında bilgi alma ($p=.011$) durumlarına göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiş, internette bilgi alınan diğer konulara göre farkların anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.11).

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre siberkondri ciddiyeti ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların eğitim düzeyi ($p=0.022$), eş eğitim düzeyi ($p=0.005$), çalışma durumu ($p=0.008$) ve ikamet ettiği yere ($p=0.001$) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12).

Gebelerin obstetrik özellikleri ve kronik hastalık olma durumuna göre siberkondri ciddiyeti ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; gebelerin gebelik sayısı

(**p=.037**), yaşıyan çocuk sayısı (**p=.041**), gebelikte doktora gitme sayısı (**p=.000**), gebe okuluna devam etme durumu (**p=.000**) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13).

Gebelerin internet kullanım durumuna göre siberkondri ciddiyeti ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; gebelerin internet kullanım yılına (**p=.003**), bir günde internette geçen süreye (**p=.001**) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14).

Gebelerin internette bilgi aldığı konulara göre siberkondri ciddiyeti ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; gebelikte testler hakkında bilgi (**p=.000**), ilaç kullanımı hakkında bilgi (**p=.042**), psikoloji hakkında bilgi (**p=.004**) ve sezaryen hakkında bilgi (**p=.004**) almaya göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.15).

Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği puan ortalamaları ile ($r=.483$), anksiyete ($r=.542$) ve depresyon ($r=.385$) arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişkiler olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$), (Tablo 4.16).

Gebelerin stres ile anksiyete ($r=0.818$) ve depresyon ($r=0.799$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu (**p=.000**); anksiyete ile depresyon puan ortalamaları ($r=0.747$) arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (**p=.000**) (Tablo 4.16).

Yapılan çoklu regresyon analizine göre; siberkondri ciddiyeti üzerinde stres (**p=.000**), anksiyete (**p=.023**) ve gebelikte doktora gitme sıklığının (**p=.010**) önemli yordayıcılar olduğu saptanmıştır (Tablo 4.17).

6.2. Öneriler

- Gebelikle ilgili konularda gebelerin bilgilerinin değerlendirilmesi ve bilgi eksikliği yaşayan gebeler için eğitim ve bilinçlendirme programları düzenlenmesi,
- Gebe izlemlerinde depresyon, anksiyete ve stres açısından gebelerin değerlendirilmesi ve başa çıkma konusunda sağlık hizmetleri sunulması,
- Bireylerin duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarına yönelik duyarlı bir yaklaşım içinde olarak destek mekanizmalarının oluşturulması,
- Gebe izlemlerinin düzenli olmasının siberkondriyi azaltıcı etkisi göz önünde bulundurularak izlemlerin düzenli olmasına önem verilmesi,
- Özellikle stres altında olan veya kronik hastalığı bulunan kadınlar için sosyal destek sistemleri oluşturulması,
- Gebelerin yararlanabilecekleri güvenilir internet kaynakları oluşturması ve bu kaynaklar konusunda gebelerin bilgilendirilmesi,
- Gebelerin ruhsal sağlığını korumak ve sürdürmek için sağlıklı yaşam tarzı, düzenli beslenme, fiziksel aktivite gibi faktörlere önem verilmesi konusunda bireylere rehberlik edilmesi,
- Gebe izlemlerinde gebelerin kendilerini ifade etmelerine ve merak ettiği konularda sorular sormasına uygun ortam sağlanması ve sorularının cevaplanması,
- Farklı gebe popülasyonlarında siberkondriya, depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişkinin incelenmesi,
- Gebelerde siberkondriya, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisi konusunda ileri çalışmalar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Aiken, M., & Kirwan, G. (2012). Prognoses for diagnoses: medical search online and “cyberchondria”. *BMC Proceedings*, 6(4). <https://doi.org/10.1186/1753-6561-6-s4-p30>
- Aksay, Y., Gülhan, Y.B., Saygın, N., & Körükcü, Ö. (2017). Gebelerin psikososyal sağlıkları doğum tercihini etkiler mi? *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6, 138-45.
- Altan, L., Bingöl, Ü., Sağırkaya, Z., Sarandöl, A., & Yurtkuran, M. (2004). Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon. *Romatizma*, 19(1), 7-13.
- Altınçelep, F. (2011) *Gebelerdeki Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi* [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Bilim Üniversitesi.
- American Psychiatric Association, (2017). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed (DSM-5®).155-189, London.
- Arslan, B., Arslan, A., & Kara, S. (2011). Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 21(2), 79-84.
- Arslan, S., Okçu G., Coşkun, A.M., & Temiz, F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 179-192.
- Aslan, E. A., & Kılınçel, O. (2021). Effects of COVID-19 pandemic on the mental health of pregnant women. *Journal of Contemporary Medicine*, 11(5), 652-660.
- Atasever, İ., & Sis Çelik, A. (2018). Prenatal stresin ana çocuk sağlığı üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1), 60-68.
- Bajcar, B., Babiak, J., & Olchowska-Kotala, A. (2019). Cyberchondria and its measurement the polish adaptation and psychometric properties of the cyberchondria severity scale css-pl. *Polish Psychiatry*, 53(1), 49-60.
- Baltaş, A., & Baltaş, Z. (2018). Stres ve Başa Çıkma Yolları. (2. Baskı). Remzi Kitabevi.
- Baltaş, Z. (2008). Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. (4. Baskı). Remzi Kitabevi.

- Baran, G.K., Şahin, S., Öztaş, D., Demir, P., & Desticioğlu, R. (2020). Gebelerin algılanan stres düzeylerinin ve stres nedenlerinin değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 45(1), 170-180.
- Başoğlu, M.A. (2019). *Edirne il merkezinde 15-49 yaş grubu kadınların siberkondrinin sürekli kaygı ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisinin incelenmesi* [Uzmanlık Tezi]. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Baştarcan, Ç. (2020). *Kişilik Özelliklerinin Gebelikte Anksiyete ve Depresyon Düzeyine Etkisi* [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Bayrak, E., & Kanbur, A. (2022). Gebelerde İnternet Yoluyla Karar Alma ile Sağlık Uygulamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 10(1), 255-269. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.1010546>
- Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D., Benzies, K., MacQueen, G., Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies* 55, 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023>
- Beck, A. (2001). Bilişsel Danışma Temel İlkeler ve Ötesi. Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Beck, A.T., & Alford, B.A. (2009). Depression Causes and Treatment. Published by University of Pennsylvania Press: Philadelphia, Pennsylvania
- Bennett, H.A, Einarson, A., Taddio, A., Corren, G., & Einarson, T. (2004). Prevalance of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetric Gyneco*, 103, 698-709.
- Beydağ, K.D., & Güldür, A. (2019). İnternette sağlık arama davranışı olan gebelerin sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeyi. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi.
- Blanchard, R. C., Blanchard, D. C., Griebel, G. & Nutt, D. J. (2008). Handbook of anxiety and fear. Elsevier Science.
- Blanco, C., Rubio J, Wall M, Wang S, Jiu CJ, & Kendler KS. (2014). Risk factors for anxiety disorders: common and specific effects in a national sample. *Depress Anxiety*, 31, 756-764.

- Bowen, A., & Muhajarine, N. (2006). Antenatal depression. *Canadian Nurse Journal*, 102, 26-30.
- Bulut, A., & Yiğitbaş, Ç. (2018). Gebelerde depresyonla ilişkili sosyo demografik özellikler. *Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15, 5-9.
- Bush, N.R., Savitz, J., Coccia, M., Jones-Mason, K., Adler, N., Boyce, W.T., & Epel, E. (2021). Maternal stress during pregnancy predicts infant infectious and noninfectious illness. *The Journal of Pediatrics*, 228, 117-125.
- Cardwell, M.S. (2013). Stress: pregnancy considerations. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 68(2), 119-129.
- Carolan-Olah, M., & Barry, M. (2014). Antenatal stress: An Irish case study. *Midwifery*, 30, 310- 316.
- Carter, D. & Kostaras, X. (2005). Psychiatric disorders in pregnancy. *BC Medical Journal* 47, 96-99.
- Chou, C. (2001). Internet heavy use and addiction among Taiwanese college students: an online interview study. *Cyberpsychology & Behavior*, 4, 573-585.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2012). *The Anxiety & Worry Workbook: The Cognitive Behavioral Solution*. The Guilford Press.
- Cline, R. J., & Haynes, K. M. (2001). Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health Education Research*, 16(6), 671-692.
- Copelton, D.A., & Valle, G. (2009). You don't need a prescription to go gluten-free: the scientific self-diagnosis of celiac disease. *Social Science & Medicine*, 69(4), 623-631.
- Coşkun, E. (2019). *Duygusal Zekâ ve Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Stresle Başa Çıkma Tarzlarına Etkisinin İncelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Covinsky, K.E., Kahana, E., & Chin, M.H. (1999). Depressive symptoms and 3- year mortality in older hospitalized medical patients. *Annals of Internal Medicine*, 130, 563-569.
- Criddle, L. (2010). Monsters in the Closet: Munchausen Syndrome by Proxy. *Nurs Critical Care Nurse*, 30, 46-55.
- Cüceloğlu, D. (2006). İnsan ve Davranışı. (36. Baskı). Remzi Kitabevi.

- Çakır, L., & Can, H. (2012). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Turkish Family Physician*, 3(2), 35-42.
- Çalık, K.Y., & Aktaş S. (2011), Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-162.
- Çalık, K.Y., & Çetin, F.C. (2018). Doğum öncesi dönem. (1. Baskı). İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Çapık, A., Ejder Apay, S., & Sakar, T. (2015). Gebelerde distress düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18, 196-203.
- Çiftçi, M. (2008). *Disiplin Cezası Alan ve Almayan Lise Öğrencilerinin Ahlaki Yargı Yetenekleri Bilişsel Çarpıtmaları ve Empatik Becerilerinin Karşılaştırılması* [Yüksek Lisans Tezi]. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çizmeci, E., & Deniz, S. (2017). Chronically searching online: e-health literacy of diabetes patients and healthy individuals in Turkey. *Uluslararası Hakemli İletişim ve İnsani Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 15(1), 71-86.
- Dağlar, G., & Nur, N. (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Medical Journal*, 36(4), 429-441.
- Dağlar, G., Nur, N., Bilgiç, D., & Kadioğlu, M. (2015). Gebelikte duygulanım bozukluğu. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 27-40.
- Demir, Y., Dağ, E., & Özpınar, S. (2024). The relationship of e-health literacy with cyberchondria: a cross-sectional study on pregnant women. *Journal of Health Literacy*, 9(1), 89-101.
- Deniz, S. (2020). Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. *İnsan ve İnsan*, 7(24), 84-96.
- Diego, M.A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., & Gonzalez-Quintero, V.H. (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Human Development*, 85, 65-70.
- Diviani, N., van den Putte, B., Giani, S., & van Weert, J. C. (2015). Low Health Literacy and Evaluation of Online Health Information: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), Article e112. <https://doi.org/10.2196/jmir.4018>

- Doğru, N. (2018). *Üniversite öğrencilerinin psikolojik iyi oluş düzeylerinin stres, stresle başa çıkma tarzları ve sosyal destek değişkenleri bakımından incelenmesi* [Doktora Tezi]. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Dönmez, S., Yeniel, Ö.A. & Kavlak, O. (2014). Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebeleri durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 908-920.
- Duran, A. (2008). Psikiyatride ilaçla tedavi. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 62(1), 275-302.
- Durmuş, E. (2015). *Gebelerin Anksiyete, Algılanan Stres ve Depresif Belirti Durumlarının İncelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ebrinç, S. (2013). Tedaviye dirençli tek uçlu depresyonun tedavisinde yenilikler. *Journal of Mood Disorders*, 3(5), 51-53.
- Eke, E., & Demirhan, H. (2021). Sağlık bilgisi arama davranışı açısından dijitalleşmenin etkileri: siberkondria hastalığı üzerine bir inceleme. *International Journal of Health Sociology*, 1(1), 1-18.
- Engin, E. (2021). Anksiyete Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluğu ile İlişkili Bozukluklar Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar. İstanbul Tıp Kitapevi.
- Erbil, N., Oruç, H. & Karabulut, A. (2009). Gebelikte depresyon ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 19(2), 67-74.
- Erdoğan, A., & Hocaoğlu, Ç. (2020). Siberkondria: bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(4), 435-443.
- Erdoğan, T., Ünsar, Y. S., & Süt, D. (2009). Stresin çalışanlar üzerindeki etkileri: bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2), 447-461.
- Ertaş, H., Kıracı, R., & Ünal SN. (2020). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin siberkondri düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 15(23), 1746-1764.
- Ertekin Pınar, Ş., Arslan, Ş., Polat, K., Çiftçi, D., Cesur, B., & Dağlar, G. (2014). Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi.

- Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7, 171-177.
- Eskici, L., Demir Akca, A.S., Atasoy, N., Arıkan, İ., & Harma, M. (2012). Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri. *The Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 6(1), 10-16.
- Estacio, E.V., Whittle, R., & Protheroe, J. (2017). The digital divide: Examining sociodemographic factors associated with health literacy, access and use of internet to seek health information. *Journal of Health Psychology*, 24(12), 1668-1675.
- Eşsizoglu, A. (2013). Stresin Tanımı ve Doğası, Ç, Yenilmez. (Der.), Çatışma ve Stres Yönetimi -II, (s. 2- 21). Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Eysenbach, G., Powell, J., Kuss, O., & Sa, E. R. (2002). Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. *Jama*, 287(20), 2691-2700.
- Fergus, T. A. (2014). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): An examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *Journal Of Anxiety Disorders*, 28(6), 504- 510.
- Fergus, T.A., & Spada, M.M. (2017). Cyberchondria: examining relations with problematic internet use and metacognitive beliefs. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1322- 1330.
- Fırat, M., Kanbay, Y., Okanlı, A., & Akçam, A. (2021). Utkan Salgın Hastalık Kaygısı Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(2), 140-145.
- Fox, S. (2006). Online Health Search 2006. Pew Research Center, <https://www.pewresearch.org/internet/2006/10/29/online-health-search-2006/> (Erişim 19.03.2024).
- Genç Koyuncu, R., Ülkar, D., & Erdem, B. (2020). Primipar ve Multipar Gebelerin Gebelik Streslerinin Karşılaştırılması. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(3), 652-663. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.745511>

- Ghaddar, S.F., Valerio, M.A., Garcia, C.M., & Hansen, L. (2012). Adolescent health literacy: the importance of credible sources for online health information. *Journal of school health*, 82(1), 28-36.
- Gioia, F., Boursier, V. (2020). What Does Predict Cyberchondria? Evidence from a Sample of Women. *Journal of Psychology and Psychotherapy Research*, 7, 68-75.
- Gilbert, E., & Harmon, J. (2011). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Taşkın, L., (Çeviri Ed.), Palme Yayıncılık.
- Gonzalez, C., Bollinger, B., Yip, J., Pina, L., Roldan, W., & Nieto Ruiz, C. (2022). Intergenerational online health information searching and brokering: framing health literacy as a family asset. *Health Communication*, 37, 438-449.
- Gökler, R. (2012). Modern çağın hastalığı; stres ve etkileri. *Journal of History Culture and Art Research*, 1(3), 154-168.
- Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.
- Gültekin Akduman, G. (2014). Çocukluk Döneminde Ruhsal Sorunlar. Güngör Aytar, A. (Ed.), Her Yönüyle Okul Öncesi Eğitim, (s.123- 156). Hedef Yayınları.
- Gümüüşdaş, M., Apay, S., & Özorhan, E. (2014). Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1, 32-42.
- Güner, Ö. (2023). Gebelikte eş desteğinin stres, anksiyete ve depresyonla ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 39(2), 235-242.
- Hadımlı, A., Demirelöz Akyüz, M. & Tuna Oran, N., (2018). Gebelerin İnterneti Kullanma Sıklıkları ve Nedenleri. *Life Sciences (NWSALS)*, 13(3), 32-43, DOI: 10.12739/NWSA.2018.13.3.4B0018
- Hajebi, A., Motevalian, S.A., Rahmin-Movaghar, A., Sharifi, V., Amin-Esmaeili, M., & Radgoodarzi, R. (2018). Major anxiety disorders in Iran: prevalence, socio-demographic correlates and service utilization. *BMC Psychiatry*, 18, 261-269.
- Harding, K.J., Skritskaya, N., Doherty, E., & Fallon, B.A. (2008). Advances in understanding illness anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 10(4), 311-317.
- Harrington, R. (2012). Stress, Health ve Well Being. Belmont, Wadsworth.

- Hassani, K.F., Shiri, R., & Dennis, C.L. (2017). The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(12), 2041-2053.
- Helvacı Çelik, F., & Hoccoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Huizinc, A., Mulder, E., Medina, P., Visser G., & Buitelaar, J. (2004) Pregnancy Anxiety A Distinctive Syndrome? *Early Hum Dev.* 79, 81-91.
- Işık, E., Işık, U., & Taner, Y. (2013). Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar, Ziraat Gurup Matbaacılık.
- İşcan, G., İşcan, S.C., Koç, E.M., & Karçaaltıncaba, D. (2018) Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerin Gebelik Depresyonuna Etkisi. *SDÜ Tıp Fak Dergisi*, 25(4), 429-435.
- Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.
- Kahveci, G. (2019). *Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Risk Faktörlerinin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanılarak Değerlendirilmesi* [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Kalyon, A. (2018). *Anksiyete Duyarlılığının ve Sosyal Anksiyeteye Eşlik Eden Anksiyete Duyarlılığının Azaltılmasında Bilişsel-Davranışçı Müdahale Programının Etkisi* [Doktora Tezi]. Karadeniz Teknik Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Karaçam, Z., & Ançel, G. (2005). Gebelikte depresyon, anksiyete ve etkileyici faktörler. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Türkiye. Kongre Özet Kitabı.
- Karamağara, M.Ç. (2023). *Gebelikte Evlilik Uyumunun Anksiyete ve Depresyon ile İlişkisi* [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi.
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.

- Karayurt, Ö., & Savsar, A. (2022). Böbrek transplantasyonu sonrası cinsel yaşam, gebelik ve danışmanlık/Sexual life, pregnancy and counseling after renal transplantation. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 17(3), 104-120.
- Karataş Baran, G., Şahin, S., Öztaş, D., Demir, P., & Desdicioğlu, R. (2020). Gebelerin algılanan stres düzeylerinin ve stres nedenlerinin değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 45(1), 170-180.
- Kaya, H., Alnak, A., Subaşı, B.Z., Arslan, N.B., & Şahin, D. (2022). Erken yaşta evliliklerin ruhsal sonuçları: Kadınların ruhsal ve cinsel sağlığındaki uzun dönem etkiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 25(1), 57-66.
- Khouj, M. A., Albasri, S., Albishri, A. A., Softa, S. M., Almaslamani, A. S., & Ahmad, H. M. (2022). Prevalence of Stress, Anxiety, and Depression Among Pregnant Women in Jeddah. *Cureus*, 14(7), e27174. <https://doi.org/10.7759/cureus.27174>
- Klabbers, G. A., van Bakel, H. J., van den Heuvel, M., & Vingerhoets, A. J. (2016). Severe fear of childbirth: its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psihologijske teme*, 25(1), 107-127.
- Kocademir, L. (2022), *Gebelerin İnternet Kullanım Durumlarının Saptanması* [Yüksek Lisans Tezi]. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Köse, S., & Murat, M. (2021). Examination of the relationship between smartphone addiction and cyberchondria in adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(6), 563-570.
- Kramer, M. S., Lydon, J., Goulet, L., Kahn, S., Dahhou, M., Platt, R. W., & Séguin, L. (2013). Maternal stress/distress, hormonal pathways and spontaneous preterm birth. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 27(3), 237-246.
- Krohne, H. W. (2002). Stress and coping theories. *International Encyclopedia Of The Social and Behavioral Sciences*, 22, 15163- 15170.
- Kumcağız, H. (2012). Gebe kadınların beden imajı ve benlik saygısına göre bazı değişkenlerin incelenmesi. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 9(2), 691-703.
- La Rose, R., Lin, C.A., & Eastin, M. S. (2003). Unregulated internet usage: addiction, habit, or deficient self-regulation? *Media Psychology*, 5, 225-253.

- Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M., & Davis, M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202, 5-14.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(2), 107.
- Leahy, R. L. (2007). Bilişsel terapi müdahaleleri. T, Özakkaş. (Ed.), Bilişsel terapi ve uygulamaları içinde (s. 23-39, H. Hacak, M. Macit & F. Özpilavcı, Çev.). Litera Yayıncılık.
- Lee, A.M., Lam, S.K., & Sze Mun Lau, S.M. (2007). Prevalance, course and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics and Gynecology*, 110, 1102-1112.
- Li, X., Laplante, D. P., Paquin, V., Lafortune, S., Elgbeili, G., & King, S. (2022), Effectiveness of cognitive behavioral therapy for perinatal maternal depression, anxiety and stress, A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 92, 102129 <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102129>
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Marankoğlu, K., & Şahsıvar, M.Ş. (2008). Gebelikte depresyon. *Turkiye Klinikleri (J Med Sci.)*, 28, 525-532.
- Marcus, S.M., Muzık, M., Heringhausen, J.E., & Flynn, H.A. (2008). When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstetric and Gynecology Clinics of North America*, 36, 771–788.
- Mcelroy, E., & Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 259-65.
- Melville, J.L., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M.Y., & Katon, W.J. (2010). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstetrics And Gynecology*, 116(5), 1064.

- Micheal, T., Zetsche, U., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorder. *Psychiatry*, 6, 136-142.
- Morahan-Martin, J.M. (2004). How internet users find, evaluate, and use online health information: a cross-cultural review. *CyberPsychology & Behavior*, 7, 497-510
- Morahan-Martin, J.M. (2005). Internet abuse – addiction? disorder? symptom? alternative explanations? *Social Science Computer Review*, 23, 39-48.
- Muse, K., McManus, F., Leung, C., Meghreblian, B., & Williams, J.M. (2012). Cyberchondriasis: fact or fiction? a preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the internet. *J. Anxiety Disord*, 26(1), 189–196.
- Nefes, H.N., & Erbil, N. (2022, Ekim). Gebelerde anksiyete ve depresyon düzeyleri ile beslenme tutumu arasındaki ilişki. 2. Uluslararası 4. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi Sözel Bildiri, Çeşme, İzmir.
- Orr, S.T., Blazer, D.G., James, S.A., & Reiter, J.P. (2007). Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *Journal of Women's Health*, 16, 535-42.
- Ortaarık, E., Tekgöz, İ., Ak, M., & Kaya, E. (2012). İkinci trimestir gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 16-20.
- Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H.H., & Muhcu, M. (2014). Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 45(2), 71-77.
- Özel, Y., & Karabulut, A. B. (2018). Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-56.
- Özen, D. Ş., & Temizsu, E. (2010). Anksiyete ve depresif bozukluklarda örtüşen ve ayrışan belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 1-14.
- Özer, Ş. (2006). Anksiyete bozuklukları. Tükel, R., & Alkın, T. (Ed.), Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi No-4.
- Öztürk, M.O., & Uluşahin, A. (2018). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. (15. Baskı). Nobel Tıp Kitapevleri.

- Öztürk, G., Ünlü, N., Uzunkaya, E., & Karaçam, Z. (2020). Gebelerin bilgi kaynağı olarak internet ve sosyal medya kullanım durumları. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(3), 210-220.
- Peterson, M. (2012). International Perspectives on Maps and the Internet: An Introduction, 1-7. University of Nebraska at Omaha.
- Pınar, Ş. E., Arslan, Ş., Polat, K., Çiftçi, D., Cesur, B., & Dağlar, G. (2014). Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 171-177.
- Polat, F., & Karasu, F. (2022). Gebelerde İnternet Kullanımının Kendisinin ve Bebeğinin Sağlığı Hakkındaki Düşünceleriyle İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 23(4), 483-491.
- Sanchana, D. A., Ethirajan, D. S., Selvamani, D. I., & Rohini, D. G. (2020). Assessment of the prevalence of depression, anxiety and stress symptoms in term antenatal women-a tertiary care center experience during the COVID-19 pandemic. *Ann Trop Med. & Public Health*, 23, 10-36295.
- Selye, H. (1980). A Personal Message from Hans Selye. *Journal of Extension*, 18(3), 6- 11.
- Sevindik, F. (2005), *Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler* [Yüksek Lisans Tezi]. Fırat Üniversitesi.
- Sis Çelik, A., & Atasever, İ. (2020). Gebelerde algılanan stres düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 267-276.
- Solivan, A. E., Xiong, X., Harville, E. W., & Buekens, P. (2015). Measurement of perceived stress among pregnant women: a comparison of two different instruments. *Maternal and Child Health Journal*, 19, 1910-1915.
- Šoštarić, M., Mikac, U., & Jokić-Begić, N. (2023). Understanding cyberchondria in pregnant women: longitudinal assessment of risk factors, triggers, and outcomes. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 44(1), 2265050 <https://doi.org/10.1080/0167482X.2023.2265050>
- Söyler, S., Biçer, İ., & Çavmak, D. (2021). Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Kısa Formu (CSS-12) Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. S. Uyar & R. Kırac (Ed.), *Davranışsal Boyutları ile Sağlık* (1. Baskı s.302). Nobel Akademik Yayıncılık.

- Starcevic, V., & Berle, D. (2015). Cyberchondria: An old phenomenon in a new guise? In E. Aboujaoude & V. Starcevic (Eds.), *Mental health in the digital age: Grave dangers, great promise*, pp. 106–117. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199380183.003.0006>
- Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother*, 13(2), 205-213.
- Starcevic, V. (2017). cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(3), 129-133.
- Starcevic, V., & Aboujaoude, E. (2015). cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: “new” psychopathologies for the 21st century? *World Psychiatry*, 14(1), 97-100.
- Starcevic, V., Berle, D., & Arnáez, S. (2020). Recent insights into cyberchondria. *Current Psychiatry Reports*, 22(11), 56.
- Storksen, H.T., Eberhard-Gran, M., Garthus-Nielsen, S., & Eskild, A., (2012). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 237-242.
- Stuart, G. W. (2014). Principles and Practice of Psychiatric Nursing-E-Book. Elsevier Health Sciences.
- Şahin, E., & Yılmaz, E.B. (2019). Gebelerin prenatal sıkıntı düzeyleri ile ilişkili faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 10(3), 197-203.
- Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sos ve Ekon Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117–135.
- Şahin, E.M., & Kılıçarslan, S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 51-58.
- Şahin, N. (1994). Stres ve Başa Çıkma. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Tarhan, N., Tutgun-Ünal, A., & Ekinci, Y. (2021). Yeni kuşak hastalığı siberkondri: Yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(37), 4253-4297.
- Taş, T.A., & Akış, N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(3), 119-124.

- Taşkın, L. (2021). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Taylor, C.B., Jobson, K.O., Winzelberg, A., & Abascal, L. (2002) The use of the internet to provide evidence-based integrated treatment programs for mental health. *Psychiatr Ann*, 32, 671-677.
- Tekeli Özer, N. (2022). *Gebelerin Depresyon, Anksiyete, Stres ve Koronavirüs Korku Durumlarının Belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Tekin, A., Kaya, E., Demirel, M., & Yazıcı, S.Ö. (2009). Güçlendirme bağlamında internetin hasta-hekim ilişkilerine etkisi. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akad Dergisi*, 6(1), 23-36.
- Tekin, A. (2007). *Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri (Burdur Örneği)* [Yüksek Lisans Tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Thomee, S., Eklöf, M., Gustafsson, E., Nilsson, R., & Hagberg, M. (2007). Prevalence of perceived stress, symptoms of depression and sleep disturbances in relation to information and communication technology (ICT) use among young adults-an explorative prospective study. *Computer Human Behavior*, 23(3), 1300-1321.
- Tozkoparan, G., (2019). İş Yaşamında Stres. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic.Ltd.Şti.
- Tunçel, N.T., & Süt, H.K. (2019). The effect of anxiety, depression and prenatal distress levels in pregnancy on prenatal attachment. *Journal of Gynecology Obstetric and Neonatology*, 16(1), 9-17.
- Türkçapar, H. (2011). Dirençli depresyon tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşım, *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*, 1(3), 239-240.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanınal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). TÜİK Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=HanehalkiBilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2022-37437](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=HanehalkiBilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2022-37437) (Erişim Tarihi: 30.01.2024).

- Tüter, M. (2019). *Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Siberkondri Düzeyinin ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi* [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Uzonwanne, F. C. (2014). Depression, anxiety and stress as correlates of organizational citizenship behaviour among oil workers in Nigeria. *European Journal of Globalization and Development Research*, 10(1).
- Uzun, S.U., & Zencir, M. (2021). Siberkondria Şiddet Ölçeğinin Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Güncel Psikoloji*, 40, 65-71.
- Üçüncü, H. (2023). *Kadınlarda premenstrual sendrom ile cinsel işlev ve çift uyumu ilişkisinin incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- White, R.W., & Horvitz, E. (2006). Experiences with web search on medical concerns and self diagnosis. *AMIA Annu Symp Proc AMIA Symp*, 696-700.
- White, R.W., & Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Transactions on Information Systems (TOIS)*, 27(4), 1-37.
- Woods, S.M., Melville, J.L., Guo, Y., Fan, M.Y., & Gavin, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics And Gynecology*, 202, 61-67.
- Yali, A.M., & Lobel, M. (2002). Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress and Coping*, 15, 289-309.
- Yazıcıoğlu, B., & Yavuz, E. (2022). Gebe okulu eğitimlerinin doğum korkusu üzerine etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 26(1), 12-16.
- Yeşilçiçek Çalık, K., & Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3, 142-62.
- Yılmaz, Ö., Boz, H., & Aslan, A. (2017). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (DASS 21) Türkçe kısa formunun geçerlilik-güvenilirlik çalışması. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 83-85.
- Yılmaz, S. (2016). *Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları*. Gürhan, N. (Ed.), Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.

- Yılmaz, E. (2014). Türkiye’de hastaların internette tıbbi enformasyon arama davranışlarının doktor-hasta iletişimine etkileri. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 93-108.
- Yücel, P., Çayır, Y., & Yücel, M. (2013). Birinci dönem gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 16, 83-87.
- Yüksel, A., Dabanlı, Z., & Bahadır Yılmaz, E. (2020). Gebelerde bilinçli farkındalık ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN)*, 6(2), 195-202.
- Zaman Kaya, F., Özkan, N., & Toprak, D. (2018), Gebelikte depresyon ve anksiyete, *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(1), 20-25.
- Zangoulechi, Z., Yousefi, Z., & Keshavarz, N. (2018). The role of anxiety sensitivity, intolerance of uncertainty, and obsessive compulsive symptoms in the prediction of cyberchondria. *Advances in Bioscience and Clinical Medicine*, 6(4), 1-6.
- Zeren, T., Tamam, L., & Evlice, Y.E. (2003). Elektrokonvülsif terapi: bir genel değerlendirme. *Arşiv*, 12, 340-378.

EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı ‘Bu çalışma, gebelerde siberkondriya, depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişki’nin incelenmesidir. Araştırmanın sonucu istatistiksel olarak ifade edilecek olup kişisel herhangi bir veri kullanılmayacaktır. Tüm soruların içtenlikle ve eksiksiz olarak cevaplanması çalışmanın bilimsel değeri açısından önemlidir.

Eda Nur YILDIRIM

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız?.....
2. Eğitim düzeyiniz nedir?
1) İlkokul mezunu 2) Ortaokul mezunu 3) Lise mezunu 4) Üniversite/yüksekokul mezunu
3. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?
1) İlkokul mezunu 2) Ortaokul mezunu 3) Lise mezunu 4) Üniversite/yüksekokul mezunu
4. Çalışma durumunuz?
1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum
5. Aile tipiniz?
1) Çekirdek aile 2) Geniş aile
6. Oturduğunuz yer?
1) İl 2) İlçe 3) Köy
7. Haneye giren toplam geliriniz?
1) Asgari ücret altı 2) Asgari ücret 3) Asgari ücret üzeri
8. Bu kaçınıc gebeliğiniz?.....
9. Bu gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?
1) Evet 2) Hayır
10. Yaşayan çocuğunuz var mı?
1) Evettane 2)Hayır
11. Evlilik yılınız?.....
12. Şu an gebeliğinizin kaçınıc haftasındasınız?.....hafta
13. Gebelik süresince doktora gitme sayınız:
14. Doğuma hazırlık sınıfına devam ettiniz mi?
1) Evet, düzenli devam ettim 2) Düzensiz devam ettim 3) Hayır, devam etmedim
15. Kronik hastalığınız var mı? Var ise birden çok işaretleme yapabilirsiniz.
1) Evet 2)Hayır
16. Kronik hastalığınız var ise aşağıdaki hastalıklardan hangisi/hangileri sizde var?
İşaretleyiniz.
1) Şeker hastalığı 2) Tansiyon hastalığı 3) Böbrek rahatsızlığı 4) Kalp hastalığı
5) Nörolojik bir hastalık (epilepsi, beyinde damar tıkanıklığı vs.)
6) Diğer (yazınız).....
17. İnterneti kaç yıldır kullanıyorsunuz?yıl
18. Bir günde internette geçirdiğiniz süre kaç saattir?saat

EK 2. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu (CSS-12)

<i>Aşağıdaki maddeleri okuyunuz ve belirtilen davranışı ne sıklıkla yaptığınızı karşısında bulunan bölüme işaretleyiniz.</i>	Asla	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1-Vücudumla ilgili açıklayamadığım bir durum hissedersen, bu durumu internette araştırırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-Hastalık belirtilerini/vücudumla ilgili durumları internette araştırmak, internette yaptığım diğer faaliyetleri engeller.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3- Aynı hastalık belirtileri ile ilgili farklı internet sitelerini okurum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-İnternette hastalık belirtilerimin nadir görülen veya ciddi bir hastalıkta da görüldüğünü okursam paniğe kapılırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5-Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmam aile hekimime başvurmama neden olur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-Aynı hastalık belirtilerini internette birden fazla defa araştırırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7-Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmam işim/okulumla ilgili diğer faaliyetlerimi engeller.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8-İnternette durumumla ilgili kötü bir şey görmediğim sürece kendimi iyi hissederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırdıktan sonra daha endişeli hissederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10-Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmak, internet dışında gerçekleştirdiğim sosyal aktivitelerimi engeller.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11-İnternette gördüğüm/okuduğum bazı tetkikleri bana yapması için, aile hekimine veya başka bir hekime talepte bulunurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12-Hastalık belirtilerini/ vücudumla ilgili durumları internette araştırmam farklı uzmanlıktan hekimlere başvurmama neden olur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK 3. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21)

	SON BİR HAFTADA	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana genellikle uygun	Bana tamamen uygun
A2	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>)	0	0	0	0
S6	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	0	0	0
D7	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	0	0	0
A1	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim	0	0	0	0
D1	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim	0	0	0	0
S1	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	0	0	0
D2	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	0	0	0
A4	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	0	0	0
D6	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	0	0	0
S5	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	0	0	0
D3	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	0	0	0
S3	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	0	0	0
S7	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	0	0	0
D5	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	0	0	0
A7	Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)	0	0	0	0
S2	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	0	0	0
A6	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	0	0	0
A5	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim	0	0	0	0
A3	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	0	0	0
S4	Alıngan olduğumu hissettim	0	0	0	0
D4	Hayatın değersiz olduğunu hissettim	0	0	0	0

EK 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu katıldığımız çalışma bilimsel bir araştırma olup adı “*Gebelerde Siberkondriya, Depresyon, Anksiyete ve Stres İlişkisinin İncelenmesi*”dir. Araştırmanın amacı gebelerde siberkondriya, depresyon, anksiyete ve stres ilişkisinin belirlenmesidir. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre **15 dakika** olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 329’dur.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır ve sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Sizde istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya katılma onayı:

Yukarıda yer alan çalışmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün; Adı-Soyadı: Adresi: Tel-Fax: Tarih-İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının; Adı-Soyadı: Eda Nur Yıldırım Görevi: Hemşire İş Adresi: ----- Hastanesi Tel-Fax: 05----- Tarih-İmza:
---	---

EK 5. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu (CSS-12) Kullanım İzni

16.02.2023 13:26

Gmail - SİBERKONDRI CİDDİYET ÖLÇEĞİ KISA FORMU KULLANIM İZNI



Eda Nur Yıldırım <edanur3852@gmail.com>

SİBERKONDRI CİDDİYET ÖLÇEĞİ KISA FORMU KULLANIM İZNI

2 ileti

Edanur Yıldırım <edanur3852@gmail.com>
Alıcı: dogancavmak@tarsus.edu.tr

4 Ocak 2023 16:57

Sayın Doğancaan ÇAVMAK,
Merhaba Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği Kısa Formu (CSS-12) adlı çalışmanızı hazırlamayı planladığım tezde izniniz dahilinde kullanmak istiyorum. İyi çalışmalar diliyorum.
Eda Nur YILDIRIM

Doğancaan ÇAVMAK <dogancavmak@tarsus.edu.tr>
Alıcı: Edanur Yıldırım <edanur3852@gmail.com>

6 Ocak 2023 10:41

Sayın Yıldırım,

İlginize teşekkür ederiz. Ölçeği kullanabilirsiniz.

Faktör Adı	Açıklama	Önerme Numaraları
Aşırılık	Online araştırmanın sürekli ve tekrarlı bir hal alması	1,3,6
Endişe	Online araştırma kaynaklı doğan endişe/anksiyete	4,8,9
Güvence arama	Bireyleri profesyonel tıbbi öneri/başvuru almaya yönlendiren araştırma	5,11,12
Zorlanma	Yaşamın farklı boyutlarını etkileyen düzeyde araştırma	2,7,10

Tablo 15.3. Ölçeğin ve Boyutlarının Cronbach Alpha Değerleri

F1	0.830
F2	0.782
F3	0.650
F4	0.763
Genel Ölçek	0.862

Başarılar dilerim.

Edanur Yıldırım <edanur3852@gmail.com>, 4 Oca 2023 Çar, 16:57 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

--

Doğancaan ÇAVMAK

Öğr.Gör. / Lecturer



Sağlık Hizmetleri MYO / Vocational School of Health Services

Yönetim ve Organizasyon Bölümü / Healthcare Management Department

+90 (324) 600 00 33 – Dahili / Extension : 1742

dogancavmak@tarsus.edu.tr / dogancavmak@gmail.com

https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=2c65157126&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3A5020217487831170533&siml=msg-a%3A7759... 1/2

EK 6. Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21) Kullanım İzni

17.02.2023 01:04

Gmail - DASS 21 ÖLÇEKKULLANIM İZNI



Eda Nur Yıldırım <edanur3852@gmail.com>

DASS 21 ÖLÇEKKULLANIM İZNI

2 ileti

Edanur Yıldırım <edanur3852@gmail.com>
Alıcı: oyilmaz@bandirma.edu.tr

4 Ocak 2023 16:43

Sayın ÖZER YILMAZ,
Merhaba Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalında yüksek lisans öğrencisiyim. 2017 yılında yayınlanan 'Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin(DASS 21) Türkçe Kısa Formunun Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması' adlı çalışmanızı hazırlamayı planladığım tezde izniniz dahilinde kullanmak istiyorum. İyi çalışmalar diliyorum.
Eda Nur YILDIRIM

ÖZER YILMAZ <oyilmaz@bandirma.edu.tr>
Alıcı: Edanur Yıldırım <edanur3852@gmail.com>

4 Ocak 2023 16:55

Sayın Edanur Hanım.

Öncelikle çalışmanızda başarılar dilerim.

Çalışmanızda Türkçe formatının geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığımız DASS 21'i kullanmanızı memnuniyetle kabul ederiz.

Ölçekte yer alan soruların Türkçe formatları ve geçerlilik çalışmasına alttaki linkten ulaşabilirsiniz. (ölçek soruları çalışmanın 83 ve 84'te bulunmaktadır)

<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/354106>

Ayrıca ölçek hakkında önemli bazı hususlar bulunmakta:

Ölçekte yer alan soruların sıralamasının bir önemi bulunmamakta. Ancak depresyon stres ve anksiyete sorularının karışık sorulması uygun olmaktadır. Orjinal ölçekte de (Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995) ölçüm bu şekilde gerçekleştirilmiştir. Ölçekte Depresyon Stres ve Anksiyete için toplam puanlara göre değerlendirme yapılmaktadır. Ölçekte yer alan her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1, 2 ya da 3 puana karşılık gelecek 4'lü bir puanlama sistemine sahiptir. Her boyutta minimum 0 maksimum 21 puan alınabilir. 42 maddelik (uzun form) DASS'ta puantajlar aşağıdaki gibidir.

	Depresyon	Anksiyete	Stres
NORMAL	0-9	0-7	0-14
HAFİF	10-13	8-9	15-18
ORTA	14-20	10-14	19-25
İLERİ	21-27	15-19	26-33
ÇOK İLERİ	28+	20+	34+

21 soruluk ölçekte ise sorulardan alınan puanlar 2 ile çarpılarak değerlendirme yapılabilir.

Edanur Yıldırım <edanur3852@gmail.com>, 4 Oca 2023 Çar, 16:43 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

--
Doç. Dr. Özer YILMAZ
Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi
Rektör Danışmanı,
Ömer Seyfettin Uygulamalı Bilimler Fakültesi

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=2c65157126&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar6922501811333132310&siml=msg-a%3Ar6930...> 1/2

EK 7. Etik Kurul Kararı



Tarih: 17052023 09:23
Sayı: E-91120269-300-0861264
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



0000861264

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
12.05.2023	10	15:30	143

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, "Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoeşdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları" 11.2.1 maddesi uyarınca Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Ahmet KAYA başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2023/143

Sorumlu yürütücü Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'in, KA EK 141 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "**Gebelerde Siberkondriya, Depresyon, Anksiyete ve Stres İlişkisinin İncelenmesi**" başlıklı araştırmasının İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İzni onayı sonrası başlanabileceğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ahmet KAYA
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK 8. Kurum İzni Yazısı



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Tarih: 02062023 14:03
Sayı: E-60401.02-0867069
İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
0000867069

Sayı : E-90953153-604.01.02-216990520
Konu : Araştırma İzni- edanur YILDIRIM

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 18.05.2023 tarihli yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anaabilim Dalı 'nda yüksek lisans öğrencisi olan Eda Nur YILDIRIM'ın, Prof.Dr.Nilüfer ERBİL'in danışmanlığında etik kurul onayı alınmış olan "Gebelerde Siberkondriya ,Depresyon ,Anksiyete ve Sitres ilişkisinin incelenmesi " konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmaların hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla,Tire Devlet Hastanesi'nde yürütülmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi arz/rica ederim

Op. Dr. Anıl ESEN
Müdür a.
Başkan

Ek:
1 - Başvuru Dilekçesi.pdf
2 - Komisyon İzni.pdf

Dağıtım:
Gereği:
Ordu Üniversitesi Rektörlüğü

Bilgi:
İzmir Tire Devlet Hastanesine

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 582B6430-A43E-48CB-ABF2-34932A1EDAF3

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Sümer Mahallesi 451. Sk. No:2 Konak 35260
Telefon No: 02324418111
e-Posta: Internet.Adresi:https://izmirism.saglik.gov.tr
Kep Adresi:

Bilgi için: ÖZLEM MEYDANERİ
Hemşire

Telefon No: 02324443501



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Eda Nur YILDIRIM
Doğum Yeri : Kayseri
Doğum Tarihi : 08/09/1992
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : edanur3852@gmail.com
İletişim Bilgileri : İzmir Tire Devlet Hastanesi Çocuk Servisi

Öğrenim Durumu

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Y. Lisans	Hemşirelik Anabilim Dalı	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2022-2024
Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	2010-2014

İş Deneyimi

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire (Genel Yoğun Bakım)	Kayseri Acıbadem Sağlık Grubu	2014-2015
Hemşire (Yenidoğan Yoğun Bakım)	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2015-2016
Hemşire (Dahili ve Cerrahi Klinikler)	Giresun A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi	2016-2020
Hemşire (Çocuk Hastalıkları ve Çocuk Cerrahi Servisi)	İzmir Tire Devlet Hastanesi	2020-