

Gebelerin Natal ve Postnatal Dönemlerdeki Endişe Düzeyleri ile Beden Kitle İndeksleri Arasında İlişki Var Mıdır?

Hamide ZENGİN*, Öznur TİRYAKİ**, Sinem YALNIZOĞLU ÇAKA***, Nursan ÇINAR****

Öz

Giriş: Gebelik psikolojik, biyolojik ve duygusal değişimlere neden olan, kadın yaşamının en önemli değişkenlerinden birini oluşturmaktadır. **Amaç:** Bu çalışma, gebelik öncesi Beden Kitle İndeksi'nin (BKİ) gebelerin doğum ve doğum sonrası endişe düzeyini etkileme durumunu belirlemek amacıyla yapıldı. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma 15 Nisan- 15 Mayıs 2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini dahil edilme kriterlerine uygun, çalışmaya katılmaya gönüllü toplam 438 gebe oluşturdu. Araştırmacılar tarafından hazırlanan gebelerin tanıtıcı bilgilerini içeren 25 sorudan oluşan soru formu ile 'Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği' kullanılarak elde edilen veriler SPSS 22.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin analizinde, sayı, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. **Bulgular:** Araştırmaya katılan 438 gebenin yaş ortalaması 28.95 ± 5.39 , gebelik öncesi BKİ ortalaması 24.07 ± 4.19 ve gebelik haftası ortalaması 31.59 ± 8.90 olarak belirlendi. Yapılan bu çalışmada gebelik öncesi BKİ ile 'Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi' alt boyutu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve BKİ arttıkça endişe düzeyinin azaldığı sonucu elde edildi ($p < .05$). **Sonuç:** Anne adaylarında gebelik öncesi BKİ'leri arttıkça Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği alt boyutlarından doğumdan sonra eşinden destek alamama endişesinin azaldığı saptandı. Ölçeğin diğer alt boyutları ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Kilo alımındaki artışın gebelerde daha çok desteğe ihtiyaç duymasına neden olabileceği ve bu desteğin gebelik döneminden itibaren eşleri tarafından karşılanabilmesi nedeni ile doğum sonrası korkuyu azaltmış olabileceğini düşündürdü. **Anahtar Kelimeler:** Gebelik, Korku, Doğum, Endişe, Beden Kitle İndeksi.

Abstract

Is There a Relationship Between the Anxiety Levels of the Pregnants in Natal and Postnatal Periods and Their Body Mass Index?

Background: Pregnancy is one of the most important variables of women's life, causing psychological, biological and emotional changes. **Objective:** This study was carried out to determine the effect of pre-pregnancy body mass indexes (BMI) of pregnant women on their natal and postnatal anxiety levels. **Methods:** This descriptive and cross-sectional study was carried out in the gynecology and obstetrics clinic of a university hospital between 15 April and 15 May 2019. A total of 438 pregnant women who met the inclusion criteria and volunteered to participate in the study constituted the sample of the study. The data obtained using the questionnaire form consisting of 25 questions containing the introductory information of the pregnant women prepared by the researchers, and the 'Concerns About perinatal and postnatal periods Scale' were evaluated using the SPSS 22.0 statistical program. Number, percentage distribution, mean, standard deviation and Pearson correlation analysis were used in the analysis of data. **Results:** It was determined that the average age of 438 pregnant women participating in the study was 28.95 ± 5.39 , the mean BMI before pregnancy was 24.07 ± 4.19 and the mean of the gestational week was 31.59 ± 8.90 . In this study, it was concluded that the relationship between BMI before pregnancy and the "Anxiety of Inability to Receive Support from Their Husband After Birth" sub-dimension was statistically significant and the level of anxiety decreased as the BMI increased ($p < .05$). **Conclusion:** It has been determined that as pre-pregnancy BMI increases in expectant mother, the anxiety of not getting support from the spouse after birth decreases from the sub-dimensions of the Anxiety Regarding the Birth and Postpartum Period. There was no significant relationship between the other sub-dimensions of the scale and BMI. It suggested that the increase in weight gain may cause the pregnant women to need more support and this support may be provided by their spouses starting from the pregnancy period, which may have reduced postpartum fear. **Keywords:** Pregnancy, Fear, Birth, Anxiety, Body Mass Index.

Geliş tarihi: 13.09.2019 **Kabul tarihi: 03.01.2021**

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; fazla kilolu, Beden Kitle İndeksinin (BKİ)'nin 25 ve üzerinde olması, obezite ise BKİ'nin 30 veya daha fazla olması şeklinde tanımlanır. Dünyada 2016 yılında, 18 yaş ve üstü 1.9 milyardan fazla yetişkin aşırı kilolu, bunların 650 milyondan fazlası ise obezdir (1). Obezite aynı zamanda çocuk doğurma çağındaki kadınlar için büyüyen bir problemdir (2). İngiltere'de gebe kadınların yaklaşık beşte biri obezdir (3).

Türkiye'deki yetişkin nüfusun (> 20 yaşında) %61.9'unun fazla kilolu olduğu ve %27.8'inin obez olduğu bildirilmiştir (4). Obezite, doğrudan ve dolaylı nedenlerden kaynaklanan toplam anne ölümlerinin yarısından fazlası ile ilişkilidir. Gebelik öncesi obezite ve gebelik sırasında aşırı kilo alımı, gebelik ve doğumdaki olumsuz sonuçlarla ilişkilidir (5-7). Gebelik sırasında aşırı kilo alımı, risk döngüsünü devam ettirerek daha fazla obezite gelişimi olasılığını artırabilir (8). Doğum sonrası vücut kompozisyonu gebelikten etkilenebilir, obezlerde normal kilolu annelere kıyasla artmış yağ tutma gözlenmiştir (9).

Obezite prevalansının tüm dünyadaki hızlı artışı, DSÖ'nün obeziteyi 21. yüzyılın en ciddi küresel sağlık sorunlarından biri olarak tanımlamasına yol açmıştır (10). TNSA-2018 verilerine göre Türkiye'de kadınların %59'u fazla kilolu veya obez olduğu belirlenmiştir (11). The Institute of Medicine (IOM) prenatal kilo alımında gebelik öncesi BKİ'nin temel alınmasını belirtmektedir. Gebelik öncesi BKİ düşük (< 19.8 kg/m²) olan kadınlar için önerilen toplam kilo alımı 12.5-18 kg, BKİ normal (19.8 - 26 kg/m²) olan kadınlar için 11.5 - 16 kg, BKİ yüksek (< 26-29 kg/m²) olanlar için 7-11.5 kg, BKİ > 29 kg/m² olanlar için toplam kilo alımının 6.8 kg olması önerilmiştir. IOM önerilerinin amacı; bebek için uygun doğum ağırlığı olan 3000 ve 4000 grama ulaşmaktır ki, en iyi maternal ve fetal sonuçlar bu önerilere göre kilo alan kadınlarda görülmüştür (8).

*Dr. Öğr. Üyesi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bilecik, e-mail: hamide.zengin@bilecik.edu.tr ORCID: 0000-0002-2389-6466 **Uzman Hemşire, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Doktora Programı, Sakarya, e-mail: oznur.tiryaki@gmail.com ORCID: 0000-0001-8788-3077 ***Arş. Gör. Dr., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sakarya, e-mail: sinem.yalnizoglu@sakarya.edu.tr ORCID: 0000-0002-1572-7013 **** Prof. Dr., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sakarya, e-mail: ndede@sakarya.edu.tr ORCID: 0000-0003-3151-9975

IOM 2009 yılında kilo alımı önerileri tekrar gözden geçirilmiş ve obez kadınların kilo alma aralığının 5-9.1 kg olması önerilmiştir (8, 9).

Yapılan bir çalışmada gebelerin maternal komplikasyon oranlarına göre BKİ sınıflaması sonucu zayıf olan grupta (BKİ: < 19.8 kg/m²) maternal komplikasyon oranı %36.4 iken, fazla kilolu (BKİ: ≥ 26.0-29.9 kg/m²) olanlarda %45.9 ve obez (BKİ: ≥ 30.0 kg/m²) olan grupta ise %68.3 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, gebelik öncesi BKİ'ne göre kıyaslandığında, gebelik öncesi BKİ arttıkça olguların maternal komplikasyon oranı, sezaryen sayısındaki artış ve bebek doğum ağırlığı artışı istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (12).

Maternal obezite prevelansının her geçen gün artma eğilimi gösterdiği, fazla kilolu ve obez kadınların normal kilolu kadınlara göre antenatal, intrapartum, postpartum ve neonatal komplikasyonlar açısından önemli risk altında olduğu belirtilmektedir (13). Obez gebelerle yapılan nitel bir çalışmada; maternal obezitenin damgalanma nedeniyle psikososyal etkilerinin olduğu, gebelerin utanç duygusu yaşadıklarını göstermiştir (14). Obez gebelerde depresyon, beden imajında bozulma, benlik saygısında azalma ve sosyal izolasyon gibi psiko-sosyal problemler, normal kilolu ve zayıf gebelere göre daha fazla görülür (15).

Emzirme anne sağlığı için pek çok faydasının yanında çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesinde de bebeğin emzirilmesi /anne sütü ile beslenmesi son derece önemlidir (16). Yapılan bir çalışmada, sağlık sorunları ya da doğum komplikasyonları olan zayıf ve obez kadınların normal kilolu kadınlara göre yaklaşık 1.4 kez daha az emzirmeye başladığı ve emzirmeyi daha erken bıraktığı bulunmuştur. Gebelik boyunca tıbbi sorunları ya da doğum komplikasyonları olmayan şişman ve obez kadınların normal kilodaki kadınlara göre emzirmeyi bırakma riskinin her ay için %11 arttığı saptanmıştır (17). Obez kadınların psikolojik açıdan emzirmeye başlama ve emzirmeyi devam ettirmeye daha az eğilimli oldukları, düşük öz benlik ve güven yaşadıkları, bunda ruhsal sağlık sorunları ve postnatal depresyonu içeren birçok faktörün katkısı olabileceği belirtilmiştir (13).

Yapılan bir araştırmada zayıf BKİ'ne sahip kadınlarda doğumdan hemen sonra bebeklerini emzirme oranı %84.6 iken, normal BKİ'ne sahip kadınlarda bu oran %95.7 olduğu saptanmıştır. Araştırmada zayıf BKİ'ne sahip kadınların hiçbiri, bebeklerini ilk altı ay sadece anne sütü ile beslememiştir. Normal BKİ'ne sahip kadınlarda ise bu oranın %51.9 olduğu saptanmıştır. Bebekleri altı aydan küçük annelerde ek besine başlama oranı zayıf BKİ'ne sahip kadınlarda %60, normal BKİ'ne sahip kadınlarda %28.6 olarak bulunmuştur (18).

Gebelik dönemi kadınlar üzerinde psikolojik, biyolojik ve duygusal değişimlere neden olan, kadın yaşamının en önemli değişkenlerinden birini oluşturmakta aynı zamanda bu süreçte yaşananlar doğum sonrası yenidoğan bebeğin bakımını da etkilemektedir. Bu dönemde içe kapanıklık, endişe, belirsizlik, kaygı, çelişki gibi bazı psikolojik değişimlere neden olmaktadır (19-24). Özellikle prenatal dönemde, natal ve postnatal döneme yönelik obez kadınlarda kaygıyı artıran faktörleri belirlemek uygun hemşirelik girişimlerini planlamak açısından önem sağlayacaktır. Obez kadınlara kapsamlı ve gereksinimlerine uygun özel hemşirelik bakımının sağlanması kaygı yönetimini kolaylaştıracaktır.

Amaç

Bu çalışmada gebelerin, doğum öncesi beden kitle indeksinin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki endişe düzeyini etkileme durumunu belirlemek amacıyla planlandı.

Araştırma Soruları

- Gebelerin gebelik öncesi BKİ ile 'Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği (DDSDÖ)' toplam puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?
- Gebelerin gebelik öncesi BKİ ile DDSDÖ alt boyutları puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma 15 Nisan- 15 Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bir üniversite hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde yürütüldü.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini 15 Nisan - 15 Mayıs 2019 tarihleri arasında Marmara Bölgesi'nde yer alan bir eğitim ve araştırma hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran tüm gebeler oluşturdu. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; gebenin çalışmanın yapıldığı zamanlarda kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurması, en az ilkokul mezunu olması, riskli gebelik durumu ya da perinatoloji takibinde olmaması (sigara/alkol kullanmaması, kronik hastalığa sahip olmaması, preeklampsi, eklampsi, erken doğum tehdidi vb.) ve çalışmaya katılmanın kabul edilmesidir.

Veri toplama tarihleri sırasında araştırmaya dahil edilen 450 gebeden 12 tanesini veri toplama formunu eksik doldurması nedeni ile araştırma dışı bırakıldı. Literatürde örneklem sayısının ölçek madde sayısının en az beş, ideal olarak on katı olması gerektiği belirtilmektedir (25). Bu doğrultuda 61 maddeden oluşan "DDSDÖ" çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil olma kriterlerine uygun olan 438 gebe örneklem grubunu oluşturdu.

Veri toplama Araçları-Geçerlik ve Güvenirlilik Bilgileri

Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan gebelerin tanıtıcı özelliklerini içeren 25 sorudan oluşan soru formu ile DDSDÖ kullanılarak elde edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler, anket formunu doldurmaları için uygun bir ortamda 10 - 15 dakika yalnız bırakıldı ve doldurulan formlar araştırmacı tarafından toplandı.

Kitapçoğlu ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen DDSDÖ; gebelerin, doğum ve doğum sonrası dönemde yaşamış/yaşayabileceği endişeleri saptayabilecek türde 10 alt boyut (bebeğe ilişkin endişeler, doğum eylemine ilişkin endişeler, doğum sonrası emzirmeye ilişkin endişeler, doğum sonrasında bebek bakımında yetersiz kalma endişesi, doğum sonrası sosyal yaşama ilişkin endişeler, doğum sonu bebek ve loğusa sağlığına ilişkin endişeler, doğum sonrası eşinden destek alamama

endişesi, travay öncesi endişeler, doğum sırasında sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler, sezaryen olma endişesi) ve 61 ifadeden oluşup, 5'li likert tipe sahiptir. Her bir ifade için en düşük 1, en yüksek 5 puan verilmiştir. Ölçekte ters puanlanan ifadeler bulunmamaktadır. Faktörlerin her birine ait soru sayısı farklı olduğundan karşılaştırılabilmesi için standardizasyon uygulanmıştır. Bu amaçla, faktörden elde edilen toplam ham puan, o faktörden alınabilecek en yüksek tavan puana bölünüp, 10 ile çarpılmıştır. Standartlaştırma sonrası elde edilen puanlar 1 - 10 puan arasında değişmektedir. Bölümlerin puanları tek tek standardize edildikten sonra toplanarak, bölüm sayısına bölünüp aritmetik ortalamaları hesaplanmış ve ortalama toplam puan olarak adlandırılmıştır. Ölçekte standartlaştırma sonrası elde edilen puanlar 1-10 arasında değişmektedir ve standardizasyon sonrası puanlar; .00 - 2.00 Çok düşük, 2.01 - 4.00 Düşük, 4.01 - 6.00 Orta, 6.01 - 8.00 Yüksek, 8.01 - 10.00 Çok yüksek olarak değerlendirilmektedir. DDSEÖ'nün orjinal çalışmasında Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı tüm ölçek için α : .95 olduğu (25), yapılan bu çalışma için Cronbach α : .98 olarak bulunmuştur. Bu sonuç; Cronbach α : .80 - 1.00 arası ise ölçek yüksek derecede güvenilir olarak yorumlanmaktadır (26).

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında ve SPSS 22.0 paket programı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapmadan yararlanıldı. Ölçek ile BKİ arasındaki ilişki ise Pearson korelasyon analizi ile incelenmiş ve anlamlılık düzeyi olarak .05 alındı.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Kitapçıoğlu ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu DDSDÖ için kullanma izni, Sakarya Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Etik Kurul No: 71522473/050.01.04/150) ve çalışmanın yapıldığı hastaneden kurum izni alındı. Araştırmaya başlamadan önce, araştırmacılar tarafından gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek, bireysel bilgilerinin korunacağı belirtildi ve gönüllük ilkesi doğrultusunda sözel ve yazılı onamları alındı. Araştırmaya katılan gebelere maddi/ manevi zarar verme riski bulunmamaktadır. Ayrıca çalışmada, araştırma ve yayın etiğine uyuldu.

Bulgular

Araştırmaya katılan 438 gebenin yaş ortalamasının 28.95 ± 5.39 , gebelik öncesi BKİ ortalamasının 24.07 ± 4.19 ve gebelik haftası ortalamasının 31.59 ± 8.90 olarak belirlendi. Gebelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde %86.1'i çekirdek aile tipinde, %58.4'ü ortaokul-lise mezunu ve %72.8'i ev hanımı idi. Gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde %69.4'ünün planlı gebelik, %61.4'ünün multigravida olduğu ve %76.9'unun ilk bebeğini beklediği belirlendi. Katılımcıların %85.4'ünün gebelik döneminde eğitim almadığı ve %91.6'sının gebelik ve doğum sonrası yakınlarından destek alacağını ifade ettiği belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n: 438)

DEĞİŞKENLER		Ortalama \pm SS	
Yaş		28.95 \pm 5.39	
Gebelik haftası		31.59 \pm 8.90	
Gebelik öncesi BKİ		24.07 \pm 4.19	
		n	%
Aile Tipi	Çekirdek Aile	377	86.1
	Geniş Aile	61	13.9
Öğrenim Durumu	İlkokul (1)	47	10.7
	Ortaokul-Lise (2)	256	58.4
	Önlisans ve Üzeri (3)	135	30.8
Çalışma Durumu	Çalışıyor	119	27.2
	Çalışmıyor	319	72.8
Planlı Gebelik	Evet	304	69.4
	Hayır	134	30.6
Gebelik Durumu	Primigravida	169	38.6
	Multigravida	269	61.4
Parite Türü	Nullipar	337	76.9
	Multipar	101	23.1
Gebelik Döneminde Eğitim Alma	Evet	64	14.6
	Hayır	374	85.4
Gebelik ve Doğum Sonu Destek Almayı Düşüme Durumu	Düşünen	401	91.6
	Düşünmeyen	37	8.4

Gebelerin DDSEÖ toplam puan ortalaması 6.70 ± 1.96 , alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; 'Bebeğe ilişkin endişeler' 6.50 ± 2.40 , 'Doğum eylemine ilişkin endişeler' 6.80 ± 2.05 , 'Doğum sonrası emzirmeye ilişkin endişeler' 7.13 ± 2.16 , 'Doğum sonrasında bebek bakımında yetersiz kalma endişesi' 6.16 ± 2.52 , 'Doğum sonrası sosyal

yaşama ilişkin endişeler' 6.41 ± 2.56 , 'Doğum sonu bebek ve loğusa sağlığına ilişkin endişeler' 6.69 ± 2.14 , 'Doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi' 6.06 ± 2.77 , 'Travay öncesi endişeler' 6.97 ± 2.44 , 'Doğum sırasında sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler' 7.34 ± 2.29 , 'Sezaryen olma endişesi' 6.95 ± 2.59 saptandı. Standartlaştırılmış puan ortalamaları incelendiğinde gebelerin genel olarak her boyuttan aldıkları puan ortalamalarının yüksek olduğu görüldü.

Tablo 2. Gebelik Öncesi BKİ'ye göre DDSEÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n:438)

Ölçek Alt Boyutları	r*	p
DDSEÖ Toplam Puanı	-.078	.102
Bebeğe İlişkin Endişeler	-.078	.101
Doğum Eylemine İlişkin Endişeler	-.090	.061
Doğum Sonrası Emzirmeye İlişkin Endişeler	-.014	.764
Doğum Sonrasında Bebek Bakımında Yetersiz Kalma Endişesi	-.081	.089
Doğum Sonrası Sosyal Yaşama İlişkin Endişeler	-.057	.231
Doğum Sonu Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeler	-.027	.573
Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi	-.115	.016 **
Travay Öncesi Endişeler	-.090	.059
Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler	-.037	.443
Sezaryen Olma Endişesi	-.045	.349

* r: Korelasyon katsayısı, **p < .05

Gebelik öncesi BKİ ile DDSEÖ toplam puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde BKİ ile DDSEÖ ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p = .102). Gebelik öncesi BKİ ile DDSEÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki korelasyon incelendiğinde, gebelerin BKİ ile DDSEÖ alt boyutlarından "Bebeğe İlişkin Endişeler", "Doğum Eylemine İlişkin Endişeler", "Doğum Sonrası Emzirmeye İlişkin Endişeler", "Doğum Sonrasında Bebek Bakımında Yetersiz Kalma Endişesi", "Doğum Sonrası Sosyal Yaşama İlişkin Endişeler", "Doğum Sonu Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeler", "Travay Öncesi Endişeler", "Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler" ve "Sezaryen Olma Endişesi" ile bir ilişki olmadığı ancak "Doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi" alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p = .016). Buna göre, gebelik öncesi BKİ arttıkça doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi azalmaktadır (Tablo 2).

Tartışma

Gebelerin, doğum öncesi beden kitle indeksinin doğum ve doğum sonrası dönemdeki endişe düzeyini etkileme durumunun belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma ile ilgili;

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik öncesi BKİ ortalamasının $24.07 \pm 4.19 \text{ kg/m}^2$ olarak bulundu. Literatür incelendiğinde gebelik öncesi beden kitle indekslerinin perinatal ve neonatal sonuçlarını inceleyen birçok çalışma mevcuttur (12, 26). Bununla birlikte Türkiye'de TNSA-2018 verilerinde 15 - 49 yaş aralığındaki kadınların %59'unun fazla kilolu veya obez (BKİ > 24.9 kg/m^2) olduğu bildirilmektedir (11). Bu durum çalışmamıza katılan gebelerin BKİ ortalamalarının Türkiye ortalamasının altında kaldığını ve bu nedenle BKİ'nin doğum ve doğum sonrası dönemde endişe kaynağı olmamasına neden olabileceğini düşündürmüştür.

Gebelerin DDSEÖ alt boyutlarından aldıkları en yüksek puanlara bakıldığında; 'Doğum sırasında sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler' ve 'Doğum sonrası emzirmeye ilişkin endişeler' alt boyutu puan ortalamalarının yedinin üzerinde ve en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu, 'Doğum sonrasında bebek bakımında yetersiz kalma endişesi' ile 'Doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi' alt boyutlarının en düşük puana sahip olduğu bulunmuş olup DDSEÖ toplam puan ortalaması 6.70 ± 1.96 olarak saptanmıştır. Standartlaştırılmış puan ortalamaları incelendiğinde gebelerin genel olarak her boyuttan aldıkları puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Kitapçıoğlu ve arkadaşlarının (2008) yaptığı ölçeğin orijinal çalışmasında; 'Doğumda sağlık personelinin davranışlarına yönelik endişeler' ile 'Gebelik döneminde bebek sağlığına ilişkin endişeler' alt boyut puan ortalaması en yüksek bulunmuş olup sırasıyla 'Doğum eylemine ilişkin endişeler' ve 'Doğum sonrası emzirmeye ilişkin endişeler' gelmektedir. En düşük puan ortalamasına sahip faktörler ise 'Doğum sonrası destek alamama endişesi' ve 'Sezaryen olma endişesi'dir (26). Küçükçaya ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada da DDSEÖ alt boyutlarından alınan en yüksek puan ortalamasının 'Doğum sonrası emzirmeye ilişkin endişeler' alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise 'Doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi' alt boyutuna ait olduğu bulunmuştur (27). Zengin ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada da doğumda sağlık personelinin davranışlarına yönelik endişeler', 'Doğum sonrası emzirmeye ilişkin endişeler' ve 'Sezaryen olma endişeler' puanları yüksek bulunmuştur (28). Üst ve arkadaşlarının (2015) primipar ve multipar gebelerin doğum ve doğum sonrası endişelerini incelediği çalışmada, en yüksek endişe düzeyi 'Doğum sırasında sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler' alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise 'Doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi' alt boyutuna ait olduğu belirtilmiştir (20). Köse ve Pasinlioğlu'nun (2015) gebelere verilen doğum ve doğum sonu eğitimin bu dönemlere ilişkin endişeyi azaltmaya etkisini incelediği çalışmada, eğitim öncesi en yüksek endişe düzeyi 'Doğum eylemine ilişkin' alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise 'Sezaryen olmaya ilişkin' alt boyutuna ait olduğu belirtilmiştir (29). Blackmore ve arkadaşlarının (2016) gebelikle ilişkili anksiyeteyi inceledikleri çalışmada, ikinci ve üçüncü trimesterdeki gebelerin orta düzeyde endişe yaşadığı ve yaşadığı endişelerden en yüksek endişe düzeyin 'Bebeğe ilişkin endişeler' olduğu ve gebelik haftası azaldıkça endişe düzeyinin de azaldığı saptanmıştır (30). Konu ile ilgili yapılmış çalışma sonuçları ile bu çalışmanın sonuçları genel olarak benzerlik göstermekle birlikte 'Doğum sonrası emzirmeye ilişkin endişeler', 'Travay öncesi endişeler' ve 'Sezaryen olma endişesi' puan ortalamaları bu çalışmada daha yüksek bulunmuştur. 'Doğum sırasında sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler' puan ortalamasının diğer çalışmalarda da yüksek bulunmuş olması, sağlık personellerinin yaklaşımında gebeler

açısından bakıldığında olumsuz algılar oluşturmuş olmaları, halk arasında gebelerin doğum deneyimlerinin ve sağlık çalışanlarının doğum esnasında davranışlarının dilden dile dolanması nedeniyle önyargı oluşturmuş olması son derecede üzücüdür.

Çalışma sonuçlarında; gebelerin gebelik öncesi BKİ ile DDSEÖ alt boyutlarından biri olan 'Doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi' puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde bir ilişki bulundu ($p < .05$). Buna göre, gebelik öncesi BKİ arttıkça doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi azalmaktadır. Obez ve fazla kilolu olanların eşinden destek alamama ile ilgili endişelerinin düzeyi normal kilolu olanlara göre daha az olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada gebeliğin ilk trimesterindeki maternal BKİ'ne göre normal kilolu veya fazla kilolu olan kadınların antenatal depresyonlarının ve bebeğin doğum ağırlığının düşük olduğu gösterilmiştir (31). Cheng ve arkadaşlarının (2016) 1764 kadının dahil edildiği, gebelik öncesi eş desteğinin gebelikteki sonuçlarına etkisini inceledikleri çalışmalarında; düşük eş desteği bildiren gebe kadınlar arasında yüksek düzeyde antenatal kaygı, depresyon ve sigara kullanımı olduğu, eşlerinden gelen destek seviyesi arttıkça gebelikte kadınların daha az kilo aldıklarını bildirilmişlerdir (32). Yapılan çalışmalarda; doğum öncesi eş desteği düşük kadınların, eş desteği aldıklarını bildiren yaşlıtlarına göre daha kötü ruh sağlığı ve sağlık davranışları olduğunu göstermektedir (32, 33). Gebelik döneminde eş desteği alan kadınların ilk trimesterde doğum öncesi bakım alma oranının arttığı ve sigara kullanırsa azalttığı yönünde kanıtlar mevcuttur (34). Doğum öncesi eş desteği bildiren kadınların gebelik süresince daha az kaygılarının olduğu ve doğum sonrasında da kaygı ve depresif belirtilerini de azalttığı bilinmektedir (23, 35). Doğum belgesinde babalık bilgisinin bulunmadığı görülen, doğum öncesi babanın olmaması; daha yüksek neonatal ölüm oranları, çok veya düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve gestasyon haftasına göre küçük bebek doğma riskini arttığı bildirilmiştir (36, 37). Başka bir çalışmada Afrikalı ve Amerikalı kadınlar arasında doğum öncesi eş desteği ile erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya anne sağlığı davranışları arasında bir ilişki bulunamamıştır (38). Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi eş desteği, gebelik ve sonrasında son derece önemlidir ve baba adaylarının, gebelik döneminde eşlerinin BKİ'leri üzerindeki etkilerini inceleyen daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmüştür.

Obezite, kronik bir hastalıktır. Obez bireyler birtakım ihtiyaçlarını tek başına karşılamakta zorlanabilirler veya karşılayamayabilirler (39). Kronik hasta bireylerin özbakım ve diğer gereksinimlerinde desteğe ihtiyaç duyma oranları yüksektir (40, 41). Yapılan bu çalışmada gebelerin, gebelik öncesi BKİ değerleri hesaplanarak sınıflamalar yapılmıştır. Bu nedenle obez ya da fazla kilolu gebelerin, gebelik öncesinde de obezitenin eşlik ettiği bir yaşam şekli sürmeleri nedeniyle eşler bu duruma alışkıdır. Bu durum, gebelik ve gebelik sonrası süreçte de obez ve fazla kilolu gebelerin daha az endişe duymalarına neden olabilir. Eş desteğinin etkilenmesi yalnızca gebenin BKİ'nin yüksek olması olmayabilir. Bu durumu etkileyebilecek farklı değişkenlerle de ilgili olabilir. Eş desteğini etkileyebilecek faktörleri, nicel bir çalışmada ortaya koymak oldukça zordur. Bu konunun nedeni ancak nitel bir çalışma tasarımı ile ortaya çıkartılabilir. Obez anne adaylarında, eş desteği ile ilgili daha detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır. Obez gebeliklerin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde psikososyal desteğin yeri kaçınılmazdır (42).

Doğum, bir kadının anneliğe geçiş deneyimidir. Kadınların çoğunlukla daha önce gözlemleyemedikleri bir ortamda bulunmaları, mahremiyetlerini korumaya çalışmaları, bilmedikleri veya önceki deneyimlerinde olumsuzluklar yaşadıkları bir doğum eylemi ile baş etmeye çalışmaları gebelerde endişe ve korkuya neden olabilmektedir. Özellikle doğum eylemi esnasında anne adaylarının yanında bulunan hemşire, ebe gibi sağlık profesyonellerinin bu hassas dönemde gebelerin kaygı ve endişelerini göz önünde bulundurarak yaklaşımda bulunmaları son derece önemlidir.

Kısıtlılık

Araştırmaya katılan gebelerin, gebelik öncesi kilo ve boy ölçümlerinin araştırmacılar tarafından yapılmamış olması, gebelerin verdiği yanıtlar doğrultusunda beden kitle indeksinin hesaplanmış olması ile çalışmanın, sadece tek merkezli bir eğitim araştırma hastanesinde yürütülmesi araştırma sonuçlarının genellebilirliği açısından sınırlılık olarak kabul edilebilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Hemşireler ve ebeler anne adaylarının doğum izlemleri sırasında korkularını ve endişelerini saptamada ve gebelerin ihtiyaçlarına yönelik danışmanlık hizmeti vermede önemli bir noktadadırlar. Gebelik öncesi BKİ'nin yüksek olması da gebelerde endişe kaynaklarından biridir. Prenatal kilo alımında gebelik öncesi BKİ'nin temel alınması son derece önemlidir. Bu nedenle kadınların gebelik öncesi mevcut kiloları göz önünde bulundurularak yaklaşımda bulunulmalıdır. Sağlık çalışanlarının özellikle birinci basamak gebe takiplerinde gebelik öncesindeki BKİ'lerini dikkate alarak tüm gebelik takiplerini IOM'nun önerileri doğrultusunda sürdürmeleri, kaşektik veya obez gebeliklerin yönetimi konusunda eğitilerek; gebelerin ya da adayların gebelik planlanma sürecinde, hatta evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinde, gebelik ve doğum sonu dönemde kaşektik/obez gebeliklerin komplikasyonları, zorlukları, gebelik ve postpartum dönemlere ilişkin konularda eğitilmesi ve desteklenmesi, motive edilmesi, sosyal destek sağlanması son derece önemlidir. Gebelik öncesinden başlayarak, gebelikte sağlıklı yaşam tarzları teşvik edilmelidir. Postpartum dönemde özellikle emzirmenin teşviki sağlanmalı, emzirme danışmanlıklarının hem anne hem de baba adaylarına verilmesi önerilmektedir. Çalışma sonucu, zayıf, normal veya fazla kilolu kategorisindeki gebelerin eş desteği görememe endişesinin obezlere göre daha fazla yaşadığını düşündürmektedir. Bu aşamada eş desteği; gebelik sonuçlarını iyileştirmeye yönelik müdahalelerde önemli ve potansiyel olarak değiştirilebilir bir hedef olarak kullanılabilir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: Fikir/Kavram: HZ, NÇ; tasarım: HZ, NÇ, ÖT; denetleme/danışmanlık: HZ, NÇ; veri toplama ve işleme: ÖT, HZ; analiz ve yorum: SYÇ; kaynak taraması: HZ, ÖT, SYÇ; makalenin yazımı: HZ, ÖT, SYÇ; eleştirel düşünme: HZ, NÇ, ÖT, SYÇ; araştırmanın bütçesi: HZ, ÖT, SYÇ. Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırma bütçesi, araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi yoktur. Araştırmanın yapılabilmesi için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (10.04.2019 tarihli ve 150 sayılı karar).

Kaynaklar

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Online]. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> 15 Mayıs 2020
2. Heslehurst N, Rankin J, Wilkinson J, Summerbell CD. A nationally representative study of maternal obesity in England, UK: Trends in incidence and demographic inequalities in 619, 323 births, 1989-2007. *Int J Obes (Lond)* 2010;34:420-428.
3. Kanagalingam MG, Frouhi NG, Greer IA, Sattar N. Changing in booking body mass over a decade: Retrospective analysis from a Glasgow Maternity Hospital. *BJOG* 2005;112:1431-1433.
4. World Health Organization. Nutrition, Physical Activity and Obesity Turkey. [online]. 2013:1-4. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/243332/Turkey-WHO-Country-Profile.pdf?ua=1 15 Mayıs 2020
5. Watkins ML, Rasmussen SA, Honein MA, Botto LD, Moore CA. Maternal obesity and risk for birth defects. *Pediatrics* 2003;111:1152-8.
6. Weiss JL, Malone FD, Emig D, Ball HR, Nyberg DA, Comstock CH and et al. Obstetrics complications and cesarean delivery rate - a population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:1091-1097.
7. Oken E, Taveras EM, Kleinman KP, Rich-Edwards JW, Gillman MW. Gestational weight gain and child adiposity at age three years. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(4):322. e1-e8.
8. Rasmussen KM, Yaktine AL. Summary. In Rasmussen KM, Yaktine AL, Weight Gain During Pregnancy: Re-Examining The Guidelines. Institute of Medicine of the National Academies. Washington, DC, National Academy Press; 2009: 1-12.
9. Soltani H, Fraser RB. A longitudinal study of maternal anthropometric changes in normal weight, overweight and obese women during pregnancy and postpartum. *Br J Nutr* 2000;84:95-101.
10. World Health Organization. Obesity and overweight. [Online]. 2020. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> 27 Ekim 2020
11. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). [online]. 2018: 139. URL: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf 27 Ekim 2020.
12. Akgun N, Keskin HL, Ustuner I, Pekcan G, Avsar AF. Factors affecting pregnancy weight gain and relationships with maternal/fetal outcomes in Turkey. *Saudi Med J* 2017;38(5):503-508.
13. Yanikkerem E, Mutlu S. Maternal obezitenin sonuçları ve önleme stratejileri. *TAF Prev Med Bull* 2012;11(3):353-364.
14. Furness PJ, McSeveny K, Arden MA, Garland C, Dearden AM, Soltani H. Maternal obesity support services: A qualitative study of the perspectives of women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011;8,11:69.
15. Ejder Apay S, Pasinlioğlu T. Obezite ve gebelik. *TAF Prev Med Bull* 2009;8(4):345350.
16. Cinar N, Dede C. Why breast feeding is the best feeding? *Health Scope* 2013;2(1):63-64.
17. Arendes K, Qiu Q, Gruslin A. Obesity in pregnancy: Pre-conceptional to postpartum consequences. *J Obstet Gynaecol Can* 2008;30(6):477-488.
18. Derya YA, Taşhan ST. Kadınlarda zayıflık prevalansı ve emzirme arasındaki ilişki. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015:17-25.
19. Taşkın L. Gebeliğin Psikososyal Ve Kültürel Boyutları. İçinde Taşkın L, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 11. Basım. Ankara Sistem Ofset Matbaacılık; 2012:215-220.
20. Üst ZD, Pasinlioğlu T. Primipar ve multipar gebelerde doğum ve doğum sonu döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. *Journal of Health Sciences and Professions-HSP* 2015;2(3):306-17.
21. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010;27:51-8.
22. Ternsröm E, Hildingsson I, Haines H, Rubertsson C. Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women- findings from a community sample in Sweden. *Midwifery* 2015;31:445-50.
23. Cetişli NE, Zirek ZD, Abali FB. Childbirth and postpartum period fear in pregnant women and the affecting factors. *Aquichan* 2016;16(1):32-42.
24. Körükcü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoglu K. Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Clin Exp Health Sci* 2017;7:152-8.
25. Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik-SPSS'de Çözümleme Adımları İle Birlikte. 3. Baskı. Ankara Detay Yayıncılık; 2014:529.
26. Kitapçıoğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;9(1):47-54.
27. Küçükkaya B, Dindar İ, Erçel Ö, Yılmaz E. Gebelik dönemlerine göre gebelerin doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeleri. *JAREN* 2018;4(1):28-36.
28. Zengin H, Bafalı IO, Caka SY, Tiryaki O, Cinar N. Childbirth and postpartum period fear and the related factors in pregnancy. *J Coll Physicians Surg Pak* 2020;30(2):144-148.
29. Köse S, Pasinlioğlu T. Gebelere verilen doğum ve doğum sonu eğitimin bu dönemlere ilişkin endişeyi azaltmaya etkisi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi* 2015;2:49-63.
30. Blackmore ER, Gustafsson H, Gilchrist M, Wyman C, G O'Connor T. Pregnancy-related anxiety: Evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. *J Affect Disord* 2016;197:251-8.
31. Petursdottir Maack H, Skalkidou A, Sjöholm A, Eurenus-Orrer K, Mulic-Lutvica A, Wikström A.K, Sundström Poromaa I. Maternal body mass index moderates antenatal depression effects on infant birthweight. *Scientific Reports* 2019;9(1):6213.
32. Cheng ER, Rifas-Shiman SL, Perkins ME, JW Rich-Edwards, Gilman MW, Wright R and et al. The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes womens health. *J Womens Health* 2016;25(7):672-679.

33. Stapleton LR, Schetter CD, Westling E, Rini C, Glynn LM, Hobel CJ and et al. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress J Fam Psychol 2012;26:453–463.
34. Martin L, McNamara M, Milot A, Halle T, Hair EC. The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal smoking. Matern Child Health J 2007;11:595–602
35. Dunkel Schetter C. Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. Annu Rev Psychol 2011;62:531–558
36. Alio AP, Kornosky JL, Mbah AK, Marty PJ, Salihu HM. The impact of paternal involvement on fetto-infant morbidity among whites, blacks and hispanics. Matern Child Health J 2010;14:735–741.
37. Alio AP, Mbah AK, Kornosky JL, Wathington D, Marty PJ, Salihu HM. Assessing the impact of paternal involvement on racial/ethnic disparities in infant mortality rates. J Community Health 2011;36:63–68.
38. Straughen JK, Caldwell CH, Young AA, Misra DP. Partner support in a cohort of African American families and its influence on pregnancy outcomes and prenatal health behaviors. BMC Pregnancy Childbirth 2013;13:187.
39. Jastreboff AM, Kotz CM, Kahan S, Kelly AS, Heymsfield SB. Obesity as a disease: the obesity society 2018 position statement. Obesity (Silver Spring) 2019;27(1):7-9.
40. Ausili D, Masotto M, Dall'Ora C, Salvini L, Di Mauro S. A literature review on self-care of chronic illness: definition, assessment and related outcomes. Prof Inferm. 2014;67(3):180-189.
41. Bogaerts AF, Devlieger R, Nuyts E, Witters I, Gyselaers W, Guelinckx I, Van den Bergh BR. Anxiety and depressed mood in obese pregnant women: a prospective controlled cohort study. Obes Facts. 2013;6(2):152-64.
42. Queensland Clinical Guideline: Obesity in pregnancy. [Online]. 2015; 1-30. https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0019/142309/g-obesity.pdf 28 Ekim 20