

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

YÜKSEK RİSKLİ GEBELERDE EŞ DESTEĞİ VE
GEBELİK STRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Zeynep ÖZBEK

Tez Danışmanı

Doç.Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, 2021

T.C.

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YÜKSEK RİSKLİ GEBELERDE EŞ DESTEĞİ VE
GEBELİK STRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Zeynep ÖZBEK

184003116

Tez Danışmanı

Doç.Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, 2021

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S

T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Zeynep ÖZBEK
184003116

Öğrenci No :

Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik
21.04.2021

Tez Savunma Tarihi :

Danışman : Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ

Tez Savunma Saati : 11.00

Tez Konusu : "Yüksek Riskli Gebelerde Eş Desteği ve Gebelik Stresi Arasındaki İlişki"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin **28.Maddesi** uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **KABULÜ** ne OYBİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Yeliz DOĞAN MERİH (Sağlık Bilimleri Fakültesi)	KABUL	
Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ	KABUL	
Dç. Dr. Gülzade UYSAL	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN		

ÖZET

Bu araştırma, yüksek riskli gebelerde eş desteği ve gebelik stresi arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikteki çalışmanın örneklemini, İstanbul ili Anadolu yakasındaki bir Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinin perinatoloji servisinde 01.12.2020-01.02.2021 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 220 gebe oluşturmuştur. Veriler, tanımlayıcı veri toplama formu, Gebelik Stres ve Değerlendirme Ölçeği ve Eş Destek Ölçeği ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı-yüzdeler hesaplamaları, Anova testi, Kruskal Wallis testi, t testi ve Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması $50,24 \pm 27,10$ ve Eş Destek Ölçeği puan ortalaması $57,69 \pm 9,21$ olarak bulunmuştur. Gebelerin evlilik süresi, gebelik öncesi ruh halinin nasıl olduğu, eşlerinin öğrenim düzeyi, gebelik sayısı ve gebelik ayı ile Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Gebelerin öğrenim düzeyi, çalışma durumu, eşin öğrenim düzeyi, gelir düzeyi, eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu, evlilik tipi, gebelik öncesi ruh hali, eşin kendisine yardımcı olma durumu, gebelik sayısı, gebeliğin planlı olma durumu ve gebelik kararını kimin verdiği ile Eş Destek Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Gebelerin Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması ile Eş Destek Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bu sonuç, kadınların eş destek düzeyinin gebelik stresi üzerinde etkili olmadığını göstermektedir.

Riskli gebelerle çalışan hemşire ve ebelerin, gebelik stresini azaltmaya yönelik planlamaları bakım süreçlerine dahil etmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, Riskli gebelik, Eş desteği,

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN SPOUSAL SUPPORT AND PREGNANCY STRESS IN HIGH-RISK PREGNANT WOMEN

This research was conducted to reveal the relationship between spousal support and pregnancy stress in high-risk pregnant women.

The sample of the descriptive and relationship-seeking research consisted of 220 pregnant women who were hospitalized and received inpatient treatment between 01.12.2020 and 01.02.2021 in the perinatology service of the Obstetrics and Children's Hospital in the Anatolian side of Istanbul. The data were acquired by meta-data gathering form, Pregnancy Stress and Assessment Scale, and Spouse Support Scale. Number-percentage calculations, Anova test, Kruskal Wallis test, t test and Sperman correlation test were used to evaluate the data.

The average score of the Pregnancy Stress Assessment Scale of the pregnant women participating in the research was found to be $50,24 \pm 27,10$ and the average score of the Spouse Support Scale was found to be $57,69 \pm 9,21$. A statistically significant difference was found between the duration of marriage, the pre-pregnancy mood of the pregnant women, the education level of their spouses, the number of pregnancies, the month of gestation, and the average score of the Pregnancy Stress Assessment Scale ($p < 0,05$). A statistically significant difference was found between the education level of the pregnant women, employment status, the education level of the spouse, the income level, the relationship with the spouse, the type of marriage, the mood before pregnancy, the status of helping the spouse, the number of pregnancies, the state of planning pregnancy, who made the pregnancy decision and the average score of the Spouse Support Scale ($p < 0,05$). No statistically significant relationship was found between the average score of the Pregnancy Stress Rating Scale of the pregnant women and the average score of the Spouse Support Scale ($p > 0,05$). This result shows that women's spousal support level does not have an effect on gestational stress.

It is recommended that nurses and midwives working with risky pregnancies include planning to reduce pregnancy stress in their care processes.

Keywords: Pregnancy, Risky pregnancy, Spousal support,

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında değerli bilgi ve katkılarıyla bana rehberlik eden, en sıkıntılı zamanlarımda beni sabırla ve anlayışla karşılayan, zamanını benimle paylaşan her türlü desteğini ve yardımını esirgemeyen değerli hocam Sayın **Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ**'a saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her döneminde yanımda olan ve desteğini her zaman hissettiren aileme,

Tez sürecinde benden yardımların esirgemeyen ve her konuda anlayış gösteren perinatoloji sersivi çalışma arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Zeynep ÖZBEK

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Zeynep ÖZBEK



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
ÖNSÖZ.....	iii
BEYAN.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Gebelik.....	4
2.2 Yüksek Riskli Gebelik.....	6
2.3. Dünya ve Türkiye’deki Riskli Gebelik.....	9
2.4. Gebelik Stresi ve Etkileyen Faktörler.....	10
2.5. Gebelikte Eş Desteği ve Önemi.....	13
2.6. Gebelik Stresini Azaltmada Hemşire ve Ebelerin Sorumlulukları ve Rolleri	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1.Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	19
3.4. Verilerin Toplanması	19
3.5.Verilerin Toplama Araçları.....	19
3.6. Araştırmanın değişkenleri.....	20
3.7. Verilerin Analizi	21
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	21
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	30

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	37
7. KAYNAKLAR.....	39
8. EKLER.....	48
EK-1: Anket Formu	48
Ek-2: Etik Kurul Onayı.....	53
EK-3: Kurum İzni	54



TABLULAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Kadınların ve Eşlerinin Demografik Özelliklerinin Dağılımı	3
Tablo 2. Kadınların Gebeliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	4
Tablo 3. Ölçeklerin Puan Ortalamasının Dağılımı.....	5
Tablo 4. Ölçekler Arasındaki Korelasyon.....	5
Tablo 5. Kadınların ve Eşlerinin Demografik Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	6
Tablo 6. Kadınların Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....	8
Tablo 7. Kadınların Yaşlarına Göre Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon.....	9

KISALTMALAR LİSTESİ

ark	: Arkadaşları
GSDÖ	: Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği
EDÖ	: Eş Desteği Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
%	: Yüzde
n	: Sayı
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırması
ACOG	: American College of Obstetricians and Gynaecologists
IUGR	: İntrauterin Gelişme Geriliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GDM	: Gestasyonel Diyabetüs Mellitüs
EMR	: Erken Membran Ruptürü
LH	: Luteinizan Hormon
ACTH	: Adrenokortikotropin Salgılatıcı Hormon
CRH	: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon

1. GİRİŞ

Gebelik, kadınlarda biyolojik, psikolojik ve fizyolojik durumlarda değişiklik meydana getiren doğal bir süreçtir. Bu süreç istenmeyen bir gebelik olmaması durumunda anne ve fetüs sağlığına zarar vermediği sürece 42 haftadır. Bu süreç üç trimestır olarak sınıflandırılmıştır. Bu trimestırlarda anne ve fetüste farklı değişiklikler meydana gelir. Gebe kadının fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından etkilenmektedir. Gebelik deneyimi öncelikle gebenin eşi ve sosyal çevresi tarafından etkilenmekte ve gebeliğin gidişini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Yılmaz & Şahin, 2019).

Yüksek riskli gebelik, maternal ve fetal sağlığı olumsuz yönde etkileyen ya da etkileme riski olabilecek fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri bulunabilmektedir. Gebelik öncesi annede var olan sağlık sorunları ve gebelikle oluşabilecek sağlık sorunlarına sebep olacak risklerin varlığında yaşanan gebelik süreci yüksek riskli gebelik olarak isimlendirilmektedir. Erken doğum eylemi, plasantanın yerleşim yerlerinden kaynaklı oluşan anormal durumlar, erken membran rüptürü, pre-eklemsi riski, pre-eklemsi, intra uterin gelişme geriliği, düşük tehlikesi, erken dönemde görülen vajinal kanamaları çoğul gebelikler gibi durumlar yüksek riskli gebeliğe örnek verilmektedir (Ölçer & Oskay, 2015).

Gebe kişi gebelik sürecinde keyifli vakit geçirmek ve doğacak bebekleri için rahat bir ortam hazırlamak ister, ancak gebe kadının gebelik öncesinde var olan kronik hastalıkları, gebelikle gelişebilen maternal sağlığı ve fetal sağlığı olumsuz yönde etkileyen veya etkileyebilecek sorunlarla karşılaşma riskleri bulunabilir. Bu durumlar gebelik sürecini olumsuz yönde etkilemekte, maternal kaygı düzeyini artırmakta ve stres faktörünün oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Stres düzeyinin artması maternal sağlığı ve fetal sağlığı olumsuz etkileyerek anne adayında pre-eklemsi riski, gestasyonel diyabetes mellitus, pre-term eylem, spontan abortus gibi sorunlara sebep olurken fetal sağlıkta

düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğumuna neden olabilmektedir (Elkin, 2015; Atasever & Sis Çelik, 2018).

Anne adayları gebelik döneminde fiziksel ve hormonal değişikliklerin yanı sıra psikolojik ve sosyal yönden de birçok değişiklik yaşamaktadır. Kadının ruhsal durumu ve yaşantısı gebeliğin seyrini değiştirebildiği gibi gebelikte kadının ruhsal durumu üzerinde önemli değişiklikler yaratabilmektedir. Yaşanan bu değişikliklere yeterli uyum sağlayamayan kadınlar; gebeliğe bağlı vücutta görülebilen değişiklikler ve fiziksel yakınmalar, ebeveynlik kaygısı, aile ve sosyal rollerdeki değişiklikler, doğum korkusu, istenmeyen gebelik ve düşükler, gebelik durumunun yarattığı yeni güçlükler ve gereksinimler, bebekle ilgili kaygı ve endişeler, ebeveynlik stresi, benlik saygısının azlığı, sürekli olumsuz düşünme eğilimi, sosyal destek eksikliği ve sosyal izolasyon, evlilik ve eşle ilgili sorunlar, aile içi şiddet, olumsuz yaşam deneyimleri, gebelikte alkol ve sigara kullanımı, kronik hastalıklar, gebelikte yetersiz kilo alımı, cinsel istismara maruz kalma, iş durumu ve ekonomik kaygılar gibi sebeplerden dolayı bir takım ruhsal sorunlar yaşamaktadır (Mermer ve ark. 2010; Yılmaz & Şahin, 2019; Aksoy ve ark.2019).

Ailelerin yaşadıkları kriz dönemlerinde algıladıkları sosyal destek, krizin daha az hasarla atlatılmasını sağlamaktadır. Bu süreçte kadınlar, en çok eşlerinden destek görmek istemektedirler. Mutluluklar, sevinçler veya krizler sıklıkla ve en çok eşlerle paylaşılırken, onlardan gelen desteğin de önemi göz önünde bulundurulmalıdır. Bir sosyal destek kaynağı olarak evlilik kurumu dünya üzerinde en sık kullanılan ve özellikle de kriz dönemlerinde kişilerin hayatında önemi olan bir kurumdur (Gümüüşdaş 2014).

Kadınların gebe kalmadan önce verilen danışmalığın amacı; kadın sağlığını en iyi hale getirip, kadının gebelik öncesinde bilgilenmesini sağlayıp, kadın, fetus ve yenidoğan için oluşabilecek olumsuz sağlık durumlarında riski en aza indirmektedir. Hemşire ve ebelerin prenatal dönemde gebeye yönelik yapılacak eğitimlerin içeriğinde gebenin fiziksel ve ruhsal sağlığını korumayı, geliştirmeyi ve soruna yönelik çözümlerle destek sağlaması önerilmektedir. Hemşirenin gebeyi bütüncül yaklaşımlarla (fiziksel, psikolojik ve sosyal) değerlendirmesi gerekmektedir. Gebenin stresli durumlarda kullandığı baş etme yöntemleri gözlemleyerek farklı stratejiler öğretilmelidir. Baş etme yöntemlerinde gebenin yetersiz kaldığı gözlemlendiği durumlarda hemşire tarafından desteklenmelidir (Amanak,2018;Akın, 2018).

Bakım verdiği hasta grubu riskli gebelerden oluşan sağlık çalışanları gebelerin özelliklerini iyi tanımalı var olan riskli durumların farkında olup gebelere bu konuda rehber ve destek olmalıdır. Sağlanan destek sayesinde hemşire hasta arasındaki güven duygusu gelişir, gebeye karşı yapılan tıbbi uygulamaların azalmasını sağlanır, doğum memnuniyetini artırışıp sezeryan doğum oranının azaldığı belirtilmiştir (Derman, 2020).

Gebelik süreci anne adayı kadar baba adayı içinde değişkenlerden etkilenilen bir süreçtir. Eşler arasındaki destek ve ilişkinin önemli olduğu bu zaman diliminde çiftler mutluluk ve heyecanın yanısıra korku bilinmezlik ve endişe yaşarlar. Gebelerin en çok destek gördükleri kaynağın eşleri olduğu belirtilmiştir. Algılanan sosyal desteğin ykseklıği gebede kaygı ve depresyonu seviyesini düşürdüğü, prenatal stresi azalttığından bahsedilmiştir (Doğrul,2020).

Bu çalışmada, yüksek riskli gebelerde eş desteği ve gebelik stresi arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik, spermin yumurtayı uygun ortamlarda fertilizasyonu sonucunda rahimde yeni bir canlının oluşmasıdır. Gebelik süreci biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda değişimlerin olduğu, sosyal ilişkilerde, vücut görüntüsünde, aile üyelerinin rollerinde değişimler yapan, değişimlerle ilerleyen ve bu değişimlere uyum sağlama sürecidir (Üzar Özçetin&Erkan,2019; Metin 2014).

Yaşam serüvenin normal bir evresi olarak kabul görülmüştür. Gebeliğin aile yaşamında önemli bir yeri vardır. Kadın ve erkeğin özel ve sosyal hayatlarındaki sorumluluk ve rollerinde değişimlere sebep olup, ebeveynlik duygusunu paylaşılmaya başlanıldığı yaşam sürecinin önemli zamanlarındandır. Prenatal süreçte kadının vücudunda oluşan değişiklikler gebenin biyo-psiko-sosyal dengesinin bozulduğu bir dönemdir. Gebelik süresi gebe ve ailesi için ciddi bir biyo-psiko-sosyal adaptasyon gerektiren, aile ve iş yerindeki rollerinde değişikliklere adapte olması gerektiği, ebeveynlik ilişkisinin kurulduğu dönemdir. Literatür taramalarında bazı kaynakların gebeliği bir yaşam krizi olarak da tanımlanmaktadır. Gebelik döneminde anne adaylarında yaşam sürecinin diğer dönemlerine nazaran hastalık ve ölüm riskini daha fazla olduğu çalışmada belirtilmiştir(Höbek Akarsu&Oskay,2017;Çobanlar Akkaş,2014; Köksal,2016).

Gebelik süresi son menstruasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 10 lunar ay,40 hafta ya da 9 ay 10 gün kabul edilmiştir (Aydemir&Uyar Azar,2014) .

Gebelik süresi literatürde üç trimester olarak sınıflandırılmıştır.

Birinci Trimester: İlk 13 haftalık dönemi olarak kabul edilir. Kadın duyguları gebeliği kabul edip etmemesine göre değişmekle birlikte, gebeliğin ilk haftalarında belirsizlik ve ambivalan duygular ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde sık idrara çıkma yorgunluk, bulantı-kusma, göğüslerde hassasiyet, kabızlık, burun tıkanıklığı ve diş eti kanaması, aşırma, vajinal salgılarda artmalar sık görülen rahatsızlıklardır (Beji,2019).

İkinci Trimester:14.-26. Haftalar arası kabul görülmektedir. Annenin fizyolojik olarak rahatsızlıkları azalmış olsa da bu süreçte sırt ağrısı, bacak krampları, variköz venler, hemoroid, gaz gibi sorunlar yaşamaktadır. Anne gebeliği kabullenmiş fetüsün hareketleri

hissetmeye başlanmıştır. Fetüsün artık bir birey yerine konulmaya başladığı bu zamanda anne adayları bebeği ve kendi ile ilgili konularda öğrenmeye açık olduğu dönemdir. Literatür incelendiğinde gebelikte annenin kendini rahat hissedip doğum sonrasında yönelik eğitim almaya hazır hissettiği zaman 20. Haftadan 30. Haftaya kadar geçen süre olarak belirtilmiştir. Bu zaman dilimi ikinci trimesterde başlayıp 3. Trimesterinde bir kısmını içinde barındırmaktadır (Beji,2019;Çobanlar Akkaş, 2014; Öngay,2019).

Üçüncü Trimester: 27. Haftadan sonrası olarak kabul edilip 40. haftaya kadar olan dönemi kapsamaktadır. Gebeliğin son trimesteridir. Fetüsün büyümesinden dolayı anne günlük hayatındaki hareketliliğinde zorlanır hale gelmiştir. Doğum eyleminin yaklaşmış olması anne adayında stresini arttırmaktadır. Gebe bu zaman diliminde sosyal çevresindeki destek gereksinimin arttığı dönemdir (Üzar Özçein&Erkan,2019).

Kadının gebelik algısı ile beden algısı arasındaki ilişki inceleyen bir çalışmada kadınların gebelikte kendilerini şişman, kilolu ve çekiciliklerinin azaldığını düşündükleri sonuçları elde edilmiştir. Bu sonuçların gebelerin düşüncelerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir(Arslan ve ark. ,2019).

Gebelik süresi anne adayları kadar baba içinde önemli bir süreçtir. Baba adayları bu süreçte streslidir. Çok mutlu duygulara sahip olan babalar olmasının yanı sıra karısı ile iletişimi koparan anne ve bebeğe karşı herhangi bir sorumluluk almayan babaların varlığından bahsetmek mümkündür. Kadını gebe olması erkeklerin bir kısmında erkekliğin pozitif kanıtı olarak görülüp destekleyici olmaktadır. Baba adaylarında bu dönemde couvade sendromu geleneksel bir his olarak bilinmektedir. Babanın eşi gebe kaldıktan sonra kendisinin gebelik semptomları (kilo alma, sırt ağrısı, bacak krampları dış eti sorunları vb.) yaşaması olarak bilinir. Bunun sebebinin baba adayının gebelik ile ilgili yetersiz bilgilendirilmesinden kaynaklı olduğu babaya açıklanmalıdır (Beji, 2019).

Gebelikte risk durumu değerlendirilirken ilk olarak antenatal ziyaretle başlanılmalıdır, sonraki ziyaretler de takip edilmelidir. Böylelikle takibi yapılan gebede yeni oluşan ya da önceki ziyaretle saptanamamış olan durumların tespitinin kolayca belirlenmesini sağlar. Antenatal ziyaretlerde yüksek riskli gebeliğe sebep olabilecek biyolojik, psiko-sosyal ve çevresel faktörleri dikkate alınmalıdır (Beji, 2019).

Gebelikteki risk faktörleri: Biyolojik faktörler, psikososyal faktörler, çevresel faktörler olarak ele alınır (İnciser Paşalak,2016).

<u>1.Biyolojik Risk Faktörleri</u>	<u>2.Psikososyal Risk Faktörleri</u>	<u>3.Çevresel Risk Faktörleri</u>
<ul style="list-style-type: none">• Maternal kronik hastalıklar• Plasental anomaliler• Genetik hastalıklar• Kromozom anomalileri• Erken doğum• Enfeksiyonlar• Çoğul gebelik• Grand multiparite• ABO uygunsuzluğu• Servikal yetmezlik• Gebelikte görülen hipertansiyon• İnfertilite öyküsü• Beslenme bozuklukları, az ya da fazla kilolu olma	<ul style="list-style-type: none">• 18 yaş altı ya da 35 yaş üstü gebelikler• Düşük sosyo-ekonomik düzey• Yetersiz antenetal bakım• Bağışıklık sisteminin yetersizliği• Sigara ve alkol alışkanlıkları• Şiddet öyküsü• İlaç kullanımı	<ul style="list-style-type: none">• Bulaşıcı hastalıklar• Stres• Radyasyon• Sigara dumanına maruz kalma• Zirai ilaç

2.2 Yüksek Riskli Gebelik

Risk fransızca kökenli bir kavramdır. Bir zarara, bir kayba, bir tehlikeye yol açabilecek bir olayın ortaya çıkma olasılığı olarak tanımlaması yapılmıştır. Sağlık yönünden risk kavramı herhangi bir hastalığa ya da kazaya maruz kalma olasılığını artıran her türlü fiziksel, davranışsal, psikolojik ve çevresel faktördür. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre

“risk”, bir ya da daha fazla faktörün varlığı ile istenmeyen durumların oluşma olasılığındaki artış olarak tanımlanmaktadır(Emhan, 2009;Köksal, 2016).

Yüksek riskli gebelik anne adayında önceden var olan ya da gebelik sırasında oluşabilecek biyolojik, fizyolojik, psikolojik normal olmayan durumlardan dolayı gelişen, gebenin ve fetüsün ya da yenidoğanın sağlığını olumsuz etkileyen hastalık ve ölüm riski oranını artıran, yaşam standartlarını ve kalitesini olumsuz etkileyen, düşüren biyolojik psikolojik ve fizyolojik değişimlerin olduğu bir gebelik sürecidir. Başka bir çalışmada ise Penticuff yüksek riskli gebeliği artmış fetal anomali olasılığı, anne veya fetal sağlığı tehlikeye atma veya maternal veya fetal ölüm için önemli risk temelinde "yüksek risk" olarak tanımlamıştır. Riskli gebeliklerde laboratuvar testlerin sık olarak yapılması, hastanın ve fetüsün yakından takip edilmesi gerekebilir, bu durum riskli durumu artırmaktadır(Soğukpınar&ark. , 2018; Ölçer&Oskay, 2015; Brandon ve ark, 2008; Aydemir & Uyar Azar, 2014).

Gebelik yaşayan kadın kendisinin gebelikten önce var olan sağlık sorunlarını bilmesi bu sorunlar sonucunda gebelikte riski kabul edip kabullenmesini ve adaptasyonu kolaylaştırırken, herhangi bir sağlık sorunu yaşamayan kadınlarda gelişen akut sağlık sorunları sonucu oluşan risk durumunda durumu kabul etme ve uyum sağlama süresinde daha çok stres yaşadıklarından bahsedilmektedir. Yüksek riskli gebeliklerde meydana gelme ihtimali olan riskli durumları bilmeleri, bu durumu yaşamış olmaları, gebenin fetüsü kaybetme korkusu yaşaması sebep olup stresini artırmakla birlikte, bu stresli durumla baş etme yöntemleri geliştirmesine yardımcı olabilmektedir (Havutçu, 2019; Höbek Akarsu & Oksay, 2017).

Gebelik kadında ilk zamandan itibaren riskli olan bir durum oluşturmasının yanında yüksek riskli gebelikte annede hastalık ve ölüm riski, fetüsün sağlık bütünlüğünün olmama riski ve ölüm riskinin daha fazla olması durumunda anne adayları ve aile bireylerinin stres düzeylerinin artması söz konusudur. Var olan riskli durumu bilmeleri anne adaylarının stres ile başa çıkmada yarar sağlaya bileceği belirtilmiştir. Gebenin prenatal stres düzeyi artması; erken doğum eylemine, fetüs gelişimi ve büyümesini normal değer aralığına göre geç olmasına, düşük doğum ağırlına sebep olabileceği bildirilmiştir. Bunların yanısıra prenatal stresi düzeyinin artması fetüs-anne arasındaki

bağlanmayı olumlu yönde etkilemediği ve doğum sonrası süreçte depresyona sebep olduğu belirtilmiştir (Höbek Akarsu & Oskay, 2017; Yılmaz & Şahin, 2019).

Yüksek riskli gebelik ve normal geçirilen gebeliklerde prenatal bağlanma düzeylerine bakıldığında çalışmalarda yüksek riskli gebelerde prenatal bağlanmanın düşük riskli gebeler göre daha az olduğu saptanmasına, karşın yapılan diğer çalışmada prenatal bağlanma düzeyi ile gebeliğin riski arasında anlamlı farklılıkların olmadığı saptanmıştır (Üstünsöz ve ark, 2010; Mercer ve ark, 1998).

Yılda bir milyondan fazla kadının gebeliğinde obstetrik komplikasyonlar açısından yüksek riskli olduğu tespit edilmiştir. Bu gebelerin yediyüz bine yakını yatak istirahati ile tedavi edilmesi önerilmektedir. Yang ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada gebelerin üçte birinin yüksek riskli gebe olduğu, dörtte birinin ise aktivitelerinin sınırlandıracak tıbbi bakım aldıklarının saptanmıştır. Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada gebelerin yarısından fazlasının gebelik süresi boyunca fiziksel rahatsızlık , %25’ inden azının ruhsal olarak sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise %15’ine yakın kısmını hastanede yatarak takip edildiği bildirilmiştir (Brandon ve ark, 2008; Yang ve ark. , 2009; Özçelik, 2010; Karaçam & Ançel, 2009).

Yatak istirahatinin yüksek riskli gebeliğe önerilme sebebinin yararları serviks üzerindeki baskının azalması ve uterus pozisyonunu ve fetüs dolaşımının düzenlenmesi gebenin dinlenmesini sağlaması olarak bilinmektedir (Arslan Özkan & Korkmaz, 2005).

Yüksek riskli gebenin ev ya da hastanede yatak istirahatinde olması fiziksel psikolojik sorunlarında sebep olmaktadır. Yatak istirahatinin süresi ve tipine göre olumsuzluk etkisi derecesi değişim göstermektedir. Yatak istirahatine alınan gebe suçluluk, öfke, kendi kendine yetememe, yalnızlık, mutsuzluk, fetal sağlığın iyilik hali sağlayamama ve evde var olan diğer çocukların bakımı ilgili endişe, çaresizlik, kaygı, hasta rolü ile ilgili sorunlar hissedebilir. Bunların yanı sıra baş, eklem ve kas ağrısı, kas tonüsü kaybı, reflü, kardiyovasküler kapasitede azalma trombozis, glikoz intoleransı, cinsel yaşamda değişiklik, kilo kaybı, kabızlık gibi fiziksel sorunlar ile karşılaşabilirler. Bunlara ek olarak gebenin hastanede yatması düşük benlik saygısı, depresyon, anksiyete, kendini suçlu hissetme, somatik yakınmalar gibi değişkenlerden kaynaklı ruhsal bozukluğa sebep olma durumu ile ailevi fonksiyonlarda bozulma yaşamasına neden olabilir. Bu durumlar aileyi duygusal ve ekonomik olarak olumsuz etkilemektedir. Yüksek riskli

gebenin hastanede yatması durumunda gebenin sosyal ve fiziksel çevresinin değişmesi kadının rol ilişkilerinin karışıklığına yol ağtığı ve kendine emir verilen bir durum içine girmesi sters düzeyini artırdığı belirtilmiştir. Yatak istirahatinin ailedaki rol ilişkileri değiştirmesi var olan rollerin sürdürülmesinde sorunlara sebep olacağı ve bu durumun ailede kriz yaşanmasına neden olmaktadır. Yatak istiharitinin derecesi ve hastanede yatış süresinin uzaması olumsuz olan bu etkileri dahada artıra bileceği belirtilmiştir (Karaçam & şen, 2012; Arslan zkan & Korkmaz, 2005; Soğukpınar ve ark. , 2018).

2.3. DÜNYA VE TÜRKİYE'DEKİ RİSKLİ GEBELİK

Dünya Sağlık rgt verilerine göre dünyada doğum ve gebelikle ilgili nlene bilecek sebeplerden dolayı bir günde sekizyzotuz kadının hayatı ölümlle sonlanmaktadır. Bu lm oranlarının neredeyse tamamı denilebilecek kısmı gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Bundan dolayı antenatel bakımınları niteliği, yeterliliği ve ulaşılabilirliği gebelikten kaynaklı kadın ölümlerinin önüne geçilmesi ve azalmasında önemli rol oynamaktadır. Birleşmiş Milletler 2015-2030 yıllarını kapsayan 15 yıllık Srdlebilir Kalkınma Hedefleri nin içinde yeryüzünde tüm bebek ve annelerin antenatal bakım almasını hedeflemiştir ama gelişmekte olan ülkelerin antenatal bakım oranı istenilen seviyeye ulaşmamıştır(Uzun Aksoy & Gürsoy, 2018).

Dünyadaki riskli gebelikler tüm gebeliklerin %6-8'ini kapsamaktadır. 2017'de DSÖ verilerine göre her gün tahmini olarak 810 kadının doğum ve gebelik ile ilgili önüne geçilebilecek nedenlerden dolayı hayatını kaybettiği bildirilmiştir. 2014 yılında Türkiye'de maternal mortalite oranı yüzbin canlı doğumda 15,2 olarak hesaplanmıştır. Bu oran 2005 yılında 100 bin canlı doğumda 28,5olarak belirlenmiştir. 2018 yılında ülkemizdeki anne ölüm oranı ise yüzbinde 13,6 ya düştüğü belirtilmiştir. Anne lmnn azlmasında büyük bir başarı söz konusudur(Baltacı & Başer, 2020;şencan ve ark,2016; TNSA,2018).

Türkiye'de riskli gebelik yönetim rehberi başlığı altında anne ölümüne sebep olan durumların yönetilebilmesi için standart, kaliteli ve güvenilir bir şekilde hizmet sunulmasını sağlayan uygulamalarda rehberlik yapan ve yol gösteren bir klavuz mevcuttur. Bu klavuzun 1000 yıllık kalkınma hedeflerininin 5.maddesinde anne sağlığını iyileştirmeyi hedeflemektir (Sanisoğlu ve ark., 2014).

Gebeliğin sebep olduğu ölüm ile anne ölüm riskini yükselten faktörlerin en başında kadının yaşının onsekizden küçük, otuz dörtten büyük olması, hipertansif hastalıklar, dolaşım sistemi hastalıkları, endokrin ve metabolik hastalıklar ve kadının 4'ten fazla doğum yapması bulunmaktadır. İstenmeyen gebelikler, doğum öncesi gerekli bakımın alınmaması, kadının sorunu fark etmemesi ve tedavi için geç kalmış olmasıda antenetal ölüme sebep olan önemli nedenlerdendir (Akdolun Balkaya ve ark., 2014).

Dünya da ve Türkiye’de Anne ölümü %98 önlenbilir olduğu ve ölümlerin daha çok doğum sonrası 1. gün ve 2. günde gerçekleştiği bilinmektedir. Anne ölümlerinin en sık nedenini obstetrik kanamalar, pre-eklamsi (gebeliğe bağlı yüksek tansiyon, gebelik zehirlenmesi) ve enfeksiyondur (Aygır & Metintaş, 2018; Havutçu,2019).

2.4. GEBELİK STRESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Çok farklı tanımları yapılan stres kavramı ‘organizmanın her türlü uyarana verdiği cevap’ olarak Hans Selye tarafından tanımlanmıştır. Kişilerin hayatlarını sürdürdükleri yaşam alanlarındaki çoğu şartlardan etkilenip stres altında kaldıkları gözlemlenmiştir. Bunlar bireyin bulunduğu fiziksel ortam şartları, psikososyal durumlar, çalışma şartları olmakla beraber kadınlar için gebelik, doğum, menopoz, evlilik, boşanma, erişkinlik sürecinde ortaya çıkan sıkıntılı durumlar stres kaynağı oluşturmaktadır(Akça Ay,2012;Doğrul, 2020).

Bayık ve ark.(2006)’ın yaptığı çalışmada kadınların hayatındaki strese neden olan durumlarda sırası ile gebelik, evlilik, uyku kalitesi, aileye yeni üyelerin dahil edilmesi, yemek yeme alışkanlığı olarak tespit etmişlerdir. Gebelik durumuna uyum sağlamaya ,gebelik ile başa çıkamama gebelik sürecindeki belirsizlik anne adayları için stres oluşturan nedenler içindedir (Bayık ve ark.,2006;Cömert,2020).

Gebelik kadın hayatı için olağan bir durum olmasına karşın anne adayları bu süreçte yenidoğanın sağlığı, değişen rol sorumlulukları, vücudundaki fizyolojik değişimler, toplum tarafından eksiksiz anne olarak tanımlanma ve değerlendirilme isteği, anne adayının kendi beklenti ve istekleri gebelik sürecinde gebenin stres yaşamasına zemin hazırlamaktadır. Gebeliği hayatının akışındaki normal bir durum olarak değerlendirilen hastalık tanısı alarak gebeliğini devam ettiren kadın ve aile için bu süreç üzücü bir durum olup strese neden olmaktadır (Arslan ve ark. ,2019;Akın,2018).

Maternal fetal sağlığın iyilik halini olumsuz olarak etkilemesi yönünden gebelikte yaşanan stres gebenin sosyal çevresi ve çalışma alanı gebeleri kapsayan sağlık çalışanlarının üzerinde önemle durması gereken bir durumdur. Riskli durumların bilinmesi oluşabilecek stresin önüne geçilmesinde önemli etkiye sahiptir. Gebenin psiko sosyal sorunlarının bilinmesi ve bu sorunların önlemesine yönelik girişimler ana ocuk sağlığının korunması ve iyileştirilmesi sağlayıp koruyucu ruh sağlığı hizmetinin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Gebelerin kaygı duydukları durumlar; malformasyonlu bebek doğurmak, operasyonlu doğum yaşama, kendi yalnız hissettiği ortamlarda bulunmak, kendine söylenenleri yanlış yapma korkusu ve doğumun gerçekleşmesi hakkında bilmediklerinde şeklinde en çok kaygı düzeyi sırası ile çalışmada bahsedilmiştir(Cömert,2020;Akın,2018).

Luteinizan (LH) ve progesteron hormonları gebeliğin başlaması ve devamında önemli rollere sahiptirler. Stres yaşayan gebelerde bu hormon düzeylerinde azalma meydana geldiği gibi Kortikotropin Salgılatıcı Hormon (CRH), Adrenokortikotropin Salgılatıcı Hormon (ACTH), Adrelalin, Noradrenalin, Kortizol, Ketokalamın ve birkaç hormonun daha seviyelerinin kanda yükseldiği belirtilmiştir. Yükselen bu hormon değerleri plesanta aracılığıyla fetüs üzerinde olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Ketokalamın hormonun artması fetüse giden kan akımını azaltmasına bağlı olarak, fetüsün ihtiyaı olan oksijen miktarının azaltıp besin taşınmasını zorlaştırmaktadır. Gebe ve fetüste bu durumda Tip 2 diyabets mellitüs, antenetal kanama, hipertansif hastalıklar, obezite, atopik bünye, doğum komplikasyonları gibi negatif sonuçlarla karşı karşıya kalma riski vardır (şiir Dağlar,2020).

Yüksek maternal stres yaşayan kadınlarda; erken doğum, yetersiz doğum öncesi bakım alma, gebelik hipertansiyonu, eksik sağlık davranışı gösterme, pospartum dönemde depresyon yaşaması gibi sorunlar yaşabileceği, bunlara ek olarak yenidoğanında düşük doğum ağırlıklı olması, kronik immün hastalıklara sahip olma riski, gelişimsel sorunlar yaşaması, metabolik bozukluklara sebep olabileceği belirtilmiştir (Cömert,2020).

Stresli gebelik sonucunda dünyaya gelen yenidoğanın nörolojik ve fiziksel gelişiminin daha yavaş olduğu, bebeklik dönemlerinde ağlama, hiperaktivite ve dikkat eksikliği, asosyal davranışlarda bulunma, psikiyatrik sorunlar yaşamasına neden olduğundan bahsedilmektedir. Gebelik dönemindeki maternal stres etkisinde kalan

yenidoğanın sekizinci ayında zihinsel ve motor gelişimlerinde gecikmeler olduğu, bu bireylerin çocukluk dönemlerinde düşük okul başarısı, öğrenme ve hafıza eksikliği, dil gelişiminde gecikme, konuşma bozukluğu gibi birçok soruna sebep olabilmektedir. Bunların yanı sıra gebeliğinde strese maruz kalan kadınların çocuklarında şizofreni, depresif bozukluk, anksiyete, otizm, kaygı ve dürtüsellik gibi ruh ve akıl sağlığı ile ilgili sorunlar oluşabilmektedir (Akın,2018; ŞiirDağlar,2020).

Stres üzerine yapılan bir çalışmada maternal stres fazla olması ve ölü doğum riskinin artmasının %80 oranında etkili olduğu bahsedilmektedir. Stres düzeyi yüksek olan kadınların sezeryan doğum yapma isteklerinin olduğundan bahsedilmiştir (Wisborg ve ark. ,2008; Akın,2018).

Gebelik stresinin fazla olması doğum süresinin uzamasına, mekonyumun aspirasyonuna, erken membran rüptürüne ve malprezentasyonlara sebep olmaktadır. Bunun yanında maternal stres korioamniyonite karşı savunmasız hale getirmesi söz konusu olmaktadır (Şiir Dağlar,2020).

Bir kişide gözlemlenen kronik hastalıkların anne karnında şekillenen bir süreç olduğu ve stresin de bu süreci etkileyerek hastalıkların ortaya çıkmasında belirleyici olabileceği belirtilmiştir. Uzun dönemde stresin etkileri incelendiğinde prenatal stresin nesilleri etkileyebilecek kadar geniş bir etki alanına sahip olduğu düşünülmektedir (Öztürk&Aydın,2018).

Gebelikte yaşanan stresle uykunun arasında pozitif anlamda bir ilişki olduğundan bahsedilmekte ve stresi fazla olan gebelerin uyku kalite ve niteliğinin kötü yönde etkilendiği belirtilmektedir. Gebeliğin 3. trimesterındaki uyku kalitesinin kötü olmasının ve sezeryan doğum insidansını yükselttiğinden bahsedilmektedir.(Akın,2018)

Stres gebe kadını fetüsü etkilediği kadar gebenin eşini ile arasındaki etkileyebilir, artan hormon düzeyi ve değişen beden imajı gebe kadının cinsel hayatını etkilemektedir. Bu değişimler gebeler üzerinde farklı etkiler göstermektedir. Bazı gebelerin içe dönük olması çiftler arasındaki ilişkide soğukluk yaratabilir, cinsel arzuların azalması gebelerin eşlerine karşı karşı kendilerini suçlu hissetmelerine, gebeliği olumsuz olarak yorumlamaya ve eşler arasında kıskançlığa sebep olduğundan bahsedilmektedir (Akın,2018).

2.5. GEBELİKTE EŞ DESTEĞİ VE ÖNEMİ

Eş desteği sosyal destek sistemini etkileyen önemli unsurlardandır. İnsanların kriz anlarında aldığı sosyal destek kişiyi birçok patolojik sorundan koruduğundan bahsedilmektedir. Bireylerin 18 ve üzeri yaşlardan sonra aile üyeleri ile kendi duygu ve düşüncelerinin daha az paylaştığı, kadın veya erkek arkadaşları ile bu paylaşımın daha fazla olduğu çalışmada belirtilmiştir (Akyıldız, 2019; Biçer, 2020).

Evlilik açısından sosyal destek değerlendirilğinde evli olan kişilerde eş desteği, çevreden aldıkları diğer destek veren kişilere göre niteliksek olarak daha üstün konumda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Evli kişinin stres anında ilk olarak başvurduğu kişinin eş olduğu belirtilmiştir. Birçok kişide temel sosyal destek kaynağı olarak eşlerini görmekteyiz. Kriz anında en önemli destek kaynağı eş ve ailedir (Günsel, 2013; Çiftçi Arıdağı ve ark. 2019).

Eşlerin birbirlerinden aldığı sosyal desteği eş desteği ile tanımlanmıştır. Eş desteği çiftlerin arasındaki klinik depresyonu, stresli zamanlardaki eşler arasındaki soyutlanmayı ve geri çekilmeyi önlemekte, destekle alınan duygusal yakınlık ile güçlü bir bağ kurma, çatışma ortamı oluşturacak durumlardan kaçınma ve artan olumsuzluğun önlemekte olduğu bildirilmektedir (Öngay, 2019).

Litaretür taramasında evlilik ile ilgili kişinin sağlık durumunu iyileştiren toplum sağlığını etkileyen sosyal yapı, yasal bağ, sosyal ve ekonomik ilişkilerin dayanışması, eşler arası bağlılığın sembolü, eşlerin destekleyici rolleri ile birbirlerinin güvenlik hislerini sağladıkları, kendilerini gerçekleştirdikleri bir yapı olarak çeşitli boyutlarda tanımlanmıştır. Aynı zamanda evlilik bir ailenin meydana gelmesi ve neslin devamını sağlanması sağlayan toplumdaki cinsel birlikteliğin meşrulaşmasını sağlayan yasal bağ olarak tanımlanmaktadır. Evlilik bağı ile ailenin temelini eşler oluşturmaktadır. En temel insan ilişkilerinden olan evlilik bir ailenin meydana gelmesi sağlar ve sonraki neslin devamını sağlar. Evrensel bir yapı olan evlilik eşlerin fizyolojik, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamayı hedeflemektedir. Bu fizyolojik sosyal ve psikolojik gereksinimler; sevmek sevilme ait olma korunmak, cinsellik, beğenilmek çocuk sahibi olmak, bireylerin yaşamlarını daha düzenli bir hale getirmek ve neslinin devamlılığını sağlamak gibi birden fazla gereksinimdir. Eş desteğinde verilen desteğin değil desteği alan kişinin bu desteği ne kadar algıladığı önemlidir. Algılanan destek çiftlerin evlilik

ilişkilerini etkilemektedir. Sağlıklı bir aile yapısına sahip olan eşlerde sevgi temelli ilişkilerinin olması, eşlerin birbirlerine karşı destekleyici olmaları kendi beden ve ruh sağlıklarını koruyabilmelerini sağlamakla beraber yoksulluk, aile içi çatışma, işsizlik gibi kriz durumlarında kolay baş etmeyi sağlar. Bu durum aile içindeki çocukların gelişim sürecinide etkileyip sağlıklı birer birey olarak yetişmesi katkı sağladığı çalışmalarda bahsedilmiştir (Günsel,2013; Çiftçi Arıdağı ve ark.2019).

Litaretürde birinci trimestırda alınan eş desteğinin antenatal izlemlerini yaptırma yoğunluğunun, eş desteği almayanlara oranla bir buçuk kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir, eşi olamayan gebelerde ise antenatal bakım oranının düşük olduğundan bahsedilmektedir. Gebeliğin sonlarına doğru değişen beden imajı, annenin daha kolay ve çabuk yorulması, rahat hareket edememe, doğum hakkındaki bilinmezlik ve belirsizlik anne adayında endişe, korku oluşturur. Bu durum ambivalan duyguların oluşumuna neden olduğu için gebenin bu trimestırda eş desteği görmeye daha çok ihtiyacı vardır. Gebelikte üçüncü trimesterda fetüsün büyümesi, fetüs hareketlerinin az hissedilmesi doğumun yaklaşması ile yüksek riskli gebelerin psikososyal destek ihtiyaçlarının arttığından bahsedilmiştir(Doğrul,2020; Üzar Özçetin & Erkan, 2019).

Dinamik bir yapı olan ailede bir aile üyesinin rahatsızlığı tüm aileyi etkilemektedir. Gebelikte oluşan sağlık sorunları kadını direk etkilediği kadar eşi ve diğer aile üyelerinide etkilemektedir. Yatak istirahati önerilen ya da hastane yatışı yapılan riskli gebeliklerde var olan çocuğun bakımında sorunlar yaşanmasına, kadının hasta rolünü alması, ev işlerini yerine getirememe, aileden ayrılma, eş ile ilişkide bozulma, maddi güçlükler, eş ile rol değişimi yaşanması, anne ve fetüsün sağlığı için endişelenme, stresin artması gibi sorunlarla karşılaşmaktadır (Serçekuş & Okumuş, 2004).

Gebelik döneminde alınan destek annelik rolüne uyum sağlamaya çalışan gebenin kaygı düzeyini düşürdüğü ve prenatal stresi azaltmaktadır. Eşlerlerden alınan destek gebenin sorunlarla baş etme becerisini artığından söz edilmiştir (Doğrul,2020).

Gebelikte eş desteği gören kadınların annelik görüşünü olumlu olarak etkilediği, maternal bağlanmanı daha fazla olduğu, doğum sırasında eşlerinin yanında bulunmasını istedikleri, gebelik süresince kadının sosyal ilişkileride dışa dönük olmasını sağlayıp, stres faktörleri ile daha kolay başa çıkabildiğini belirtmekteyken, eş şiddetine maruz kalan gebelerde antenatal stresin belirtilerinin fazla görüldüğü, ruhsal olarak

gebenin olumsuz etkilendiği, olumsuz doğum sonuçlarına ve doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu gözlemlenilmiştir (Derman,2020).

Algılanan eş desteği gebelikteki sigara kullanımını azalttığı, eşi olmayan gebelerin sigara ve alkol kullanımında eşi olan gebelere oranla fazla olduğu, sağlanan desteğin gebelik süreci kadar doğum sürecini ve postpartum dönemi rahat geçirmesini sağladığından bahsedilmiştir. Planlı gebelik ve plansız gebelik arasındaki eş desteği ve sosyal destekte istenilen gebeliklerde kadının daha çok eş desteği algıladığı, istenilmeyen gebeliklerde ise sosyal destek puanının düşük olduğu fakat aile ve arkadaştan alınan sosyal desteğin eşlerinden algıladığı destekten daha düşük olduğu tespit edildiğinden bahsedilmiştir (Doğrul,2020).

Gebelik döneminde eşine destek olan baba adayının sakin anlayışlı ve sabırlı tavrı gebenin rahatlamasını sağlamasını yanı sıra erkek için babalığa geçiş sürecini kolaylaştırdığından, fetal dönemde başlayan baba fetüs ilişkisinde bebek ve baba bağlamasını olumlu olarak etkilediğinden bahsedilmektedir (Güler Kaya,2020).

Gebelerin sosyal destek almaları ve psikolojik sağlıkları ile ilgili yapılmış birkaç çalışmada; Giurgescu ve ark.(2006) yaptığı çalışmaya katılan kadınlarda sosyal desteği fazla olan gebelerde psikososyal iyilik düzeylerinin daha yüksek olduğunu, stres düzeylerinin orta düzeyde deneyimledikleri belirtmişlerdir. Stapleton ve ark.(2012) yaptığı çalışmada gebelik döneminde sosyal desteği iyi olan kadınların annelik rolüne uyum sağlama sürecinde, doğum sonuçlarının daha iyi olduğu belirtmişlerdir. Bhatia ve ark. (2015), Los Angeles yaptığı bir çalışmada erken doğum riskini daha fazla taşıyan gebelerin düşük psikolojik dayanıklılık düzeylerine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Husain ve ark (2012) Birleşik krallıkta yaptığı bir çalışmada depresyonu mevcut olan kadınlarda sosyal desteklerinin daha az olduğu ve sosyal izolasyonlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir. Nie ve ark.(2017) Çin’de yaptığı bir çalışmada psikolojik dayanıklılık seviyeleri yüksek olan gebelerde depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu, daha pozitif duygulara sahip olduğu, erken doğum tehdidiyle daha aktif baş ettikleri belirtilmiştir(Giurgescu ve ark,2006; Stapleton ve ark. ,2012; Bhatia ve ark., 2015; Husain ve ark., 2012; Nie ve ark., 2017).

Gebelik çiftlerde kendi varlıklarını ortaya koyma, kendilerine güven, değer ve seçkinlik duygusu hissettirir. Gebeliğinde düşük kaybı yaşama riski olan çiftlerde bu

duygularda risk altına girmiş olacağı için çiftlerin sosyal çevreden alacağı destek anne bebek sağlığını pozitif yönde etkilediğinin öneminden bahsedilmiştir (Öngay,2019).

Doğum sonunda yenidoğanın ihtiyaçlarını karşılama, yaşamındaki değişimlere uyum sağlama ve kendi bakımını sağlaması kadında stresli bir dönem geçirmesine neden olmaktadır. Kadınların gebelik dönemi ve postpartum dönemde sosyal destek algılarının nasıl olduğunun bilinmesi ve algılanan desteğin artırılması krizlerin neden olduğu psikolojik sorunların azalmasında etkili olduğu, yetersiz sosyal destek ve çiftler arasında uyumsuzluğun psikiyatrik bozuklukların en önemli sebebi olarak belirtilmiştir. Gebenin kendine verilen sosyal desteği tam olarak algılaması gebelik sonrasında depresyon riskini düşürdüğü saptanmıştır. Kadınlara sosyal destek sistemleri aktif hale gelmesi ve olumlu yöne çevirme konusunda yardımcı olunmalıdır (Mermer&ark., 2010;Metin, 2014;Erkal Aksoy&ark, 2016).

Stres çeşitlerinde durumsal stres çeşidi olan gebelik sürecinde devamlı olarak stres hormonlarının etkisi altında kalınması; düşük doğum ağırlıklı bebeklere, APGAR skorunun düşük olmasına, IUGR, uterin arter direncinin artmasına, spontan düşüklere, antenatal kanamalara, zor doğum eylemlerine, plasental bozukluklara, gebede hipertansif hastalıklara, preterm eyleme, operatif doğum yöntemlerine, postpartum dönemde duygu durum bozukluğuna, yenidoğanda gelişimsel problemlere, ilerleyen süreçte çocukta kişilik ve davranış bozukluklarına neden olmaktadır. Gebelik dönemindeki stres prenatal sıkıntı tanımı olarakda tanımlamışlardır. Prenatal sıkıntıyı kadının hayatındaki rollerini, sorumluluklarını, çevresi ile iletişimini, fiziki özellikleri gibi yaşam sürecini etkileyen değişimlerin yarattığı kaygı ve endişe olarak tanımlanmaktadır (Aksoy&ark.,2019,Yılmaz&Şahin,2019;Atasever&Sis Çelik,2018).

Gebeliği riskli olan kadınların emosyonel, fiziksel ve sosyal sorunları mevcuttur. Yüksek riskli gebelerde maternal ve fetal sorunlardan kaynaklı stres düzeyleri daha yüksektir. Bu süreçte gebeye stresörlerinin farkına varması sağlanmalı, uygun baş etme yöntemleri öğretilmeli ve uygulamasını desteklemeli, maternal ve fetal sağlığın iyilik halinin korunması sağlanılmalıdır (Erkal Aksoy& ark.,2017; Aydemir&Uyar Hazar,2014; Ölçer&Oskay,2015).

2.6. GEBELİK STRESİNİ AZALTMADA HEMŞİRE VE EBELERİN SORUMLULUKLARI VE ROLLERİ

Gebelik sürecinin seyri maternal ve fetal sağlığı etkileyen bir dönemdir. Halk sağlığı açısından önemli olan gebelik stresi kısa ve uzun etkili sorunlar olarak kendini göstermektedir. Çocuk sağlığının korunmasında ilk olarak gebelik süresinde anne adaylarının psikososyal rahatlığını sağlamadan başlanılmalıdır. Gebenin uygun sağlık bakımını alması önemli bir konu olduğu, ACOG gebelikte her üç aylık sürede, postartum dönemde bütün kadınlarda psikososyal stres açısından ve diğer psikososyal sorunlar açısından tarama yapmayı savunduğundan bahsedilmektedir (Şiir Dağlar,2020).

Gebelik süresindeki değişimlere bazı gebelerin uyumu kolay olurken bazı gebeler ruhsal problemler görülebilmektedir. Bu dönemdeki depresyon ve anksiyete açısından risk altında olan gebelerin değerlendirilmesinde hemşire ve ebelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Sosyal destek zayıflığı, var olan tıbbi ruhsal bozukluklar, evlilik ile ilgili sorunları, sağlık bakımını yetersiz alma, gebeliğe karşı zıt duygular, madde ve alkol bağımlılığı, istenmeyen gebelik gibi benzer olumsuz faktörler gebede depresyon ve anksiyete sebebi olmaktadır. Hemşire ve ebelerin bakım verici, eğitici ve danışmanlık rollerinin bu gebelerde var olan sorunla baş etmelerine yardımcı olup, gebeleri desteklemeli ve danışmanlık yapmalıdırlar. Hemşire ve ebeler psikolojik ve fizyolojik olarak maternal ve fetal sağlığın iyi yönde gelişiminin sağlanmasında ve aile içi kriz dönemi olarak değerlendirilen gebelik sürecinde kilit role sahip olduklarından bahsedilmektedir (Baştarcan,2020).

Hemşireler ve ebeler sağlık bakım sisteminde kadını prekonsepsiyonel, gebelik süreci, lohusalık dönemi en yakından takip eden profesyoneller olmasının yanı sıra bu süreçte gebe ile etkili iletişim kurulmasını sağlayarak birçok sorunun çözülmesinde etkili olacağı çalışmada belirtilmiştir (Bilici,2019).

Hemşireler ve ebeler gebelik sürecinde anne adayına duygu ve hisselerini ne olduğunu söylemeye, gebeliklerinin aileleri tarafından nasıl karşılandığı anlatmaya teşvik edilmelidir. Bu süreçteki rol model değişimleri, beden imajındaki değişim ve bilgi eksikliği ön planda tutulup, gebelerde korku endişe ve stres yaşanlara uygun yaklaşımlarla girişimlerde bulunmalıdır. Stresle etkili baş etme yönetiminin sağlanması gebenin psikososyal durumunu doğrudan etkilediği ve maternal stresi azlatmaktadır.

Gebeleri desteklemede, stres yönetiminin önemini anlatarak farkındalık oluşturmada hemşireler ve ebeler büyük sorumlulukları vardır. Değişebilir risk faktörü olan stresin erken tanımlanması gebelikte maternal ve fetal komplikasyon riskinin azalmasını sağlamada faydası olabileceği belirtilmektedir (Şiir Dağlar,2020)

Stresle baş etmede fiziksel egzersizler, yoga, masaj terapisi, müzik terapisi, gevşeme ve solunum egzersizleri, akupunktur, sosyal destek, biofeedback ve maneviyatı güçlendirme olup nitelikli bir hemşire bakımı stresle baş etme yöntemlerinde oldukça önemlidir. Gebelerin doğum öncesi eğitim sınıflarına teşvik edilmesi sağlanmalıdır. Eğitim sınıflarına dahil olan gebelerde aldıkları müzik terapisi kaygı düzeyini, algılanan stresi ve postpartum depresyon oranını düşürdüğü, doğum öncesi yoganın doğum korkusunu azaltığından, gebe okullarının gebeyi doğuma hazırlayarak doğum korkularının azlaması sağladığından literatürde bahsedilmektedir (Şiir Dağlar,2020; Derman,2020).

Gebelik süresinde stres oluşturan, oluşturabilecek sorunların sağlık çalışanı tarafından farkında olması erkenden tanımlanmasını sağlayıp, koruyucu müdahalenin uygulanma süresinde önemlidir. Kültürel, manevi ve psikososyal olarak bütünsel yaklaşımları içeren müdahaleler sağlıklı bir gebelik geçirmeyi sağlayıp ve doğuma yardımcı olmaktadır(Şiir Dağlar,2020; Derman,2020).

Gebeliğin ikinci trimesterinde düşük uyku kalitesinin gebede stres ve depresyonla ilişkili olduğundan bahsedilmektedir. Hemşire ve ebeler uyku düzeninde sorun yaşayan gebelerde stresörleri ve risk faktörleri belirlemeli bunlara yönelik değerlendirme yapmalı ve gebeye özel çözümler sağlamalıdır. Gebenin psikososyal sağlık halinin iyiliği için doğum öncesi bakımda uyku kalitesini artırma yöntemlerini dikkate almalıdır (Şiir Dağlar,2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, yüksek riskli gebelerde eş desteği ve gebelik stresi arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yapılmış bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji servisinde 1 Aralık 2020- 1 Şubat 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Perinatoloji servisi, toplam iki kattan ve 34 yataktan oluşmaktadır. Serviste toplam 10 hemşire ve ebe görev yapmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, veri toplama tarihlerinde Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji servisine başvuran 320 yüksek riskli gebe oluşturmuştur. Örneklem seçilmeden evrenin tamamına ulaşılmak istenmiş, ancak çalışmaya katılmak istemeyen gebeler olması sebebiyle 220 (%69) gebe ile çalışma tamamlanmıştır. Çalışmaya, 18 yaş ve üzerinde olan, Türkçe konuşup anlayabilen, iletişim engeli olmayan ve çalışmaya katılmaya istekli gebeler dâhil edilmiştir.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verileri, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu, çalışma kriterlerine benzer özellikteki beş kadına uygulanmış, anlaşılmayan ifadeler olup olmadığı değerlendirilmiş, anket formundaki tüm ifadelerin anlaşılır olması nedeniyle sorularda herhangi bir düzeltme yapılmamıştır. Araştırma verileri, Veriler demografik veri formu, Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği ve Eş Destek Ölçeği ile elde edilmiştir (Ek-1).

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Demografik Soru Formu: Kadınların ve eşlerin demografik özelliklerini, evlilik ve gebelikleri ile ilgili bilgilerini ve eş ile ilişkilerini sorgulayan, 17 sorudan oluşan formdur.

Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği: Chung-Hey Chen tarafından (1983) yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aksoy ve ark.(2019) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5 alt boyut ve 36 maddeden oluşan likert tipi bir yapıya sahiptir. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu olup, puanlamada, kesinlikle hayır (0), hafif (1), orta (2), şiddetli (3), çok şiddetli (4) şeklindeki derecelendirme kullanılmaktadır. Tüm madde puanlarının toplamı, doğum öncesi stres skorunu vermekte, ölçekten alınan minimum

puan 0, maksimum puan 144'tür. Alınan puanın yüksek olması doğum öncesi yüksek düzeyde stres algılandığının göstergesidir. Ölçeğin iç tutarlılık analizinde cronbach alfa katsayısı, 94 olarak bulunmuştur (Aksoy ve ark, 2019). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha değeri, 91 olarak bulunmuştur.

Eş Destek Ölçeği: Yıldırım (2004) tarafından, eşlerin algıladıkları desteği ölçmek için geliştirilmiştir. Üçlü likert tipi ölçekte (Bana uygun =3, kısmen uygun =2, bana uygun değil =1) tersine çevrilmiş üç madde (10, 20, 24) bulunmaktadır. 27 maddelik ölçekte alınabilecek en düşük puan 27, en yüksek puan ise 81'dir. Duygusal destek 9 maddeden (1, 2, 3, 4, 6, 9, 12, 16, 21), maddi yardım ve bilgi desteği 7 maddeden (7, 13, 15, 17, 24, 25, 27), takdir desteği 8 maddeden (5, 10, 14, 18, 20, 22, 23, 26) ve sosyal ilgi desteği 3 maddeden (9, 11, 18) olmak üzere ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar algılanan eş desteğinin daha fazla olduğunu gösterirken, düşük puanlar ise kişinin eşinden az destek aldığını göstermektedir (Yıldırım 2004). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha değeri, 89 olarak bulunmuştur.

3.6. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişken: Eş Destek Ölçeği ve Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması

Bağımsız değişkenler: Gebelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri, gebelerin gebelik özellikleri

3.7. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov test ile ölçülmüş, nicel verilerin analizinde t testi, Anova testi, Kruskal Wallis ve sperman korelasyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ

Araştırma, çalışmanın yapıldığı hastaneye başvuran kadınların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır. Çalışmanın verileri pandemi döneminde elde edilmesi, veri toplama sürecinde aksama yaşanmasına neden olmuştur. Ayrıca, pandemi nedeniyle hasta sayısındaki azalmalar çalışmaya katılan kadın sayısını etkilemiştir.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Veri toplama işlemi öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurul Onayı (08.01.2020) (Ek-2) alınmıştır. Etik kurul onayı sonrasında, araştırmanın yapılacağı hastaneden gerekli izin alınmıştır (Ek-3). Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi kurallarına uyulmuştur. Katılımcılara araştırmaya katılım konusunda özgür oldukları ve araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmayı bırakabilecekleri belirtilmiştir. Araştırma sonuçlarının kimlik bilgileri verilmeden bilimsel amaçla yayınlanabileceği konusunda bilgi verilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan gebelerden anket yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Kadınların ve Eşlerinin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	n	%
-------------	---	---

Kadınların yaş ortalaması 30,39±6,22 (min: 18, maks: 48)			
Eşlerin yaş ortalaması 33,45±6,69 (min: 19, maks: 56)			
Kadınların Öğrenim durumu	İlköğretim	73	33,2
	Lise	83	37,7
	Üniversite ve üzeri	64	29,1
Çalışma durumu	Çalışıyor	83	37,7
	Çalışmıyor	137	62,3
Eşin Öğrenim durumu	İlköğretim	44	20,0
	Lise	101	45,9
	Üniversite ve üzeri	75	34,1
Evlilik süresi	1 yıldan az	34	15,5
	1-5 yıl	96	43,6
	6-10 yıl	51	23,2
	11 yıl ve üzeri	39	17,7
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	58	26,4
	Gelir gidere denk	119	54,1
	Gelir giderden fazla	43	19,5
Eşi ile akraba olma durumu	Var	47	21,4
	Yok	173	78,6
Eşi ile ilişkisi durumu	İyi	166	75,5
	Orta	54	24,5
Evlilik tipi	Anlaşarak	152	69,1
	Görücü usulü	68	30,9
Gebelik öncesi ruh hali algısı	Sakin/ rahat/stresiz	77	35,0

	Gergin/ endişeli/stresli	38	17,3
	Duruma göre değişen	105	47,7
Eşin kendisine yardımcı olma durumu	Her zaman yardımcı olur	119	54,1
	Bazen yardımcı olur	86	39,1
	Hiç yardımcı olmaz	15	6,8
	Toplam	220	100,0

Kadınların ve eşlerinin sosyo- demografik özelliklerinin dağılımı Tablo1’de gösterilmiştir. Kadınların yaş ortalaması $30,39 \pm 6,22$ (min: 18, maks: 48), eşlerin yaş ortalaması $33,45 \pm 6,69$ (min: 19, maks: 56) olarak bulunmuştur. Kadınların %37,7’si lise mezunu ve bir işte çalışmaktadır. Eşlerin %45,9’unun lise mezunu olduğu, %43,6’sının 1-5 yıldır evli olduğu ve %54,1’inin gelirin giderine denk olduğu belirlenmiştir. Kadınların %21,4’ünün eşi ile akraba olduğu, %75,5’inin eşi ile ilişkisinin iyi olduğu, %69,1’inin eşi ile anlaşarak evlendiği, %17,3’ünün gebelik öncesinde gergin/ endişeli/stresli olduğu ve %54,1’inin eşinin her zaman kendisine yardımcı olduğunu ifade ettiği görülmüştür.

Tablo 2. Kadınların Gebeliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler		n	%
Gebelik sayısı	İlk gebelik	85	38,6
	İkinci ve üzeri gebelik	135	61,4
Gebelik ayı	1-3 ay	41	18,6
	4-6 ay	76	34,5
	7-9 ay	103	46,8
Önceki gebeliğinde bir sorun yaşama durumu	Yaşamayan	139	63,2
	Yaşayan*	81	36,8

Gebeliğin planlı olma durumu	Planlı	170	77,3
	Plansız	50	22,7
Gebelik kararını kimin verdiği	Kadın	19	8,6
	Eşi	35	15,9
	Eşler ortaklaşa	166	75,5
Toplam		220	100,0

*Yaşayan (Kanama /düşük tehditi: 38, EMR / Erken doğum: 15, Preeklamsi: 15, GDM:13)

Kadınların gebeliklerine ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Kadınların %61,4’ünün ikinci ve üzeri gebeliği olduğu, %46,8’inin gebeliğini 7-9’uncu ayında olduğu, %63,2’sinin önceki gebeliklerinde sorun yaşadığı, %77,3’ünün gebeliğinin planlı olduğu ve %75,5’inin gebelik kararını eşi ile ortaklaşa verdiği belirlenmiştir.

Tablo 3. Ölçeklerin Puan Ortalamasının Dağılımı

Ölçekler	Ort	Ss	Min	Max
Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği	50,24	27,10	0	144
Eş Destek Ölçeği	57,69	9,21	37	81

Ölçeklerin puan ortalamasının dağılımı Tablo 3’te gösterilmiştir. Kadınların Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması 50,24±27,10 ve Eş Destek Ölçeği puan ortalaması 57,69±9,21 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Ölçekler Arasındaki Korelasyon

Ölçekler	Eş Destek Ölçeği	
Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği	r_s	,005
	p	,940

r_s: Sperman Korelasyon; p>0,05

Ölçekler arasındaki korelasyon Tablo 4’te gösterilmiştir. Kadınların Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması ile Eş Destek Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç, kadınların eş destek düzeyinin gebelik stresi üzerinde etkili olmadığını göstermektedir.

Tablo 5. Kadınların ve Eşlerinin Demografik Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Değişkenler		Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği Ort ± ss	Eş Destek Ölçeği Ort± ss
Kadınların öğrenim düzeyi	İlköğretim ^a	46,05±27,52	65,57±9,59
	Lise ^b	49,03±27,35	67,12±9,52
	Üniversite ve üzeri ^c	56,57±25,51	70,51±7,63
	Test p	F: 2,745 p: ,066	F: 5,276 p: ,006 c>a,b
Çalışma durumu	Çalışıyor	49,97±27,03	69,24±8,68
	Çalışmıyor	50,40±27,24	66,59±9,41
	Test p	t: -,113 p: ,910	t: 2,077 p: ,039
Eşin öğrenim düzeyi	İlköğretim ^a	47,25±26,06	64,09±10,34
	Lise ^b	45,31±25,08	68,10±8,04
	Üniversite ve üzeri ^c	58,62±28,62	68,96±9,59
	Test p	F: 5,765 p: ,004 c>a,b	F: 4,286 p: ,015
Evlilik süresi	1 yıldan az ^a	59,58±26,01	68,38±9,41
	1-5 yıl ^b	48,86±24,80	68,69±9,41
	6-10 yıl ^c	55,92±27,81	67,72±8,61
	11 yıl ve üzeri ^d	38,05±28,48	64,02±8,73

	Test	F: 5,075	F: 2,548
	p	p: ,002 a>b,c,d	p: ,057
Gelir düzeyi	Gelir giderden az ^a	52,15±30,97	64,32±9,40
	Gelir gidere denk ^b	47,99±25,31	68,62±8,88
	Gelir giderden fazla ^c	53,88±26,34	69,16±8,98
	Test	F: ,942	F: 5,199
	p	p: ,391	p: ,006 a<b,c
Eşi ile akraba olma durumu	Evet	53,44±28,11	69,17±8,47
	Hayır	49,36±26,83	67,16±9,38
	Test	t: ,914	t: 1,323
	p	p: ,362	p: ,187
Eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu	İyi	48,56±26,12	69,84±7,77
	Orta	55,38±29,58	60,68±9,90
	Test	t: -1,613	t: 7,006
	p	p: ,108	p: ,001
Evlilik tipi	Anlaşarak	51,11±25,17	68,69±8,84
	Görücü usulü	48,29±31,10	65,13±9,61
	Test	t: ,712	t: 2,689
	p	p: ,477	p: ,008
Gebelik öncesi ruh halinin nasıl olduğu	Sakin/ rahat/stresiz ^a	44,18±25,61	68,81±9,78
	Gergin/ endişeli/stresli ^b	58,92±26,61	62,81±11,66
	Duruma göre değişen ^c	51,54±27,55	68,42±7,09
	Test	F: 4,107	F: 6,533
	P	p: ,018 b>a,c	p: ,002 b<a,b
Eşin yardımcı olma durumu	Her zaman olur ^a	47,89±28,09	70,59±7,55
	Bazen olur ^b	50,79±24,41	64,81±9,09
	Hiç olmaz ^c	65,73±30,24	59,73±12,46
	Test	X² : 5,394	X² : 32,677

	P	p: ,051	p: ,001 a>b,c
--	----------	---------	-------------------------

F: Anova testi, t: t testi, KW: Kruskal Wallis testi

Kadınların ve eşlerinin demografik özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 5'te gösterilmiştir. Kadınların evlilik süresi, gebelik öncesi ruh halinin nasıl olduğu ve eşlerinin öğrenim düzeyi ile Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$), öğrenim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, eşi ile akraba olma durumu, eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu, evlilik tipi ve eşin kendisine yardımcı olma durumu ile anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadınlardan 1 yıldan az süredir evli olan, gebelik öncesinde gergin/endişeli/stresli olan ve eşleri üniversite ve üzeri mezun olanların stres düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadınların öğrenim düzeyi, çalışma durumu, eşin öğrenim düzeyi, gelir düzeyi, eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu, evlilik tipi, gebelik öncesi ruh hali ve eşin kendisine yardımcı olma durumu ile Eş Destek Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$); evlilik süresi ve eşi ile akraba olma durumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadınlardan üniversite mezunu olan, bir işte çalışan, eşi üniversite mezunu olan, geliri giderinden fazla olan, eşi ile ilişkisi iyi olan, eşi ile anlaşarak evlenen, eşi her zaman kendisine yardım olanları eş destek düzeyleri daha yüksek iken, gebelik öncesi gergin/ endişeli/stresli olanların eş destek düzeyleri düşük olarak bulunmuştur.

Tablo 6. Kadınların Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Değişkenler		Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği Ort ± ss	Eş Destek Ölçeği Ort± ss
Gebelik sayısı	İlk gebelik	56,21±25,32	70,28±8,15
	İkinci ve üzeri gebelik	46,48±27,59	65,90±9,46
	Test	t: 2,628	t: 3,520

	p	p: ,009	p: ,001
Gebelik ayı	1-3 ay ^a	56,63±30,05	68,87±9,48
	4-6 ay ^b	55,64±25,92	68,15±9,59
	7-9 ay ^c	43,70±25,44	66,66±8,80
	Test p	F: 5,895 p: ,003 a>b,c	F: 1,059 p: ,349
Önceki gebeliğinde bir sorun yaşama durumu	Yaşamayan	51,05±28,12	68,48±8,68
	Yaşayan	48,85±25,36	66,07±9,93
	Test p	t: ,579 p: ,563	t: 1,890 p: ,061
Gebeliğin planlı olma durumu	Planlı	49,82±26,79	68,45±8,79
	Plansız	51,64±28,34	64,68±10,07
	Test p	t: ,414 p: ,679	t: 2,578 p: ,011
Gebelik kararını kimin verdiği	Kadın ^a	43,68±25,92	67,00±9,32
	Eşi ^b	53,57±31,00	62,40±10,11
	Eşler ortaklaşa ^c	50,28±26,38	68,75±8,66
	Test p	X ² : 1,182 p: ,554	X²: 13,476 p: ,001 c>a,b

F: Anova testi, t: t testi, KW: Kruskal Wallis test

Kadınların gebeliklerine ilişkin özelliklerine ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 6'da gösterilmiştir. Kadınların gebelik sayısı ve gebelik ayı ile Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$), önceki gebeliğinde sorun yaşama, gebeliğin planlı olma durumu ve gebelik kararını kimin verdiği ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadınlardan ilk gebeliği olanların ve gebeliği ilk üç ayında olmaların stres düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur.

Kadınların gebelik sayısı, gebeliğin planlı olma durumu ve gebelik kararını kimin verdiği ile Eş Destek Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı farklılık

saptanmış ($p<0,05$); gebelik ayı ve önceki gebeliğinde sorun yaşama durumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadınlardan ilk gebeliği olan, gebeliği planlı olan ve gebelik kararını eşlerin ortaklaşa verenlerin eş destek düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur.

Tablo 7. Kadınların Yaşlarına Göre Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon

Ölçekler	Yaş	
	r_s	p
Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği	-,121	,073
Eş Destek Ölçeği	-,150	,026

r_s : Serman Korelasyon; $p<0,05$

Kadınların yaşlarına göre ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyon Tablo7’de gösterilmiştir. Kadınların yaşları ile Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken ($p>0,05$); Eş Destek Ölçeği Puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların yaşları arttıkça, algılanan eş desteği azalmaktadır.

5.TARTIŞMA

Yüksek riskli gebelikte anne adayı ve fetüsün sağlığı bütünlüğü ve iyiliği tehlike altındadır. Gebeliğe uyum sağlamaya çalışan anne adayı ve baba adayı için riskli gebelik tanısını alan çiftlerde var olan duruma uyum sağlamada endişe, korku ve stres yaşamaktadırlar. Bu durum gebeliğe uyum sürecinde önemli oranda etkilemektedir (Aydemir&Uyar Azar,2014). Bu bölümde, yüksek riskli gebelik nedeniyle tedavi gören

kadınların gebelik stresi ve eş destek düzeylerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatürden faydalanarak yorumlanmış ve tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki gebelerin yaş ortalaması $30,39 \pm 6,22$ (min:18, maks:48) olarak bulunmuştur (Tablo 1). TNSA 2018 verilerine göre en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş aralığı olduğu gözlemlenilmiştir (TNSA,2018). Çalışmadaki riskli gebe yaş ortalaması dağılımının ileri anne yaşı sınıfına dâhil olan gebeleri de içermektedir. Normal gebelik yaş aralığı dağılımda farklılık olması beklenen bir sonuç olmakla beraber kadının yaşının gebelikte risk oluşturduğunu desteklemektedir.

Kadınların gebeliklerine ilişkin özelliklerin dağılımında %36,8 önceki gebeliğinde bir sorun yaşadığını tespit edilmiştir (Tablo2). Bu sonuç, gebe kadının gebelik öncesi dönemde var olan sağlık sorunlarının gebelik dönminde etkiini sürdürmüş olabileceğini düşündürmüştür. Güler'in (2013) gebelik döneminde stresörlerin değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada gebelerin %22,5 de önceki gebeliğinde hastalık ve sorun yaşadığından bahsetmektedir (Güler,2013). Topuz'un (2020) riskli gebeliklerde sosyal desteğin maternal stres ve anksiyete üzerine etkisini incelediği bir çalışmada obstetrik öyküsü incelenen gebelerin önceki gebeliklerde; %12,5'in ölü doğum veya yeni doğan kaybı, %5,6'sının üç veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü yaşadığı, %5,6'sının yüksek tansiyon veya pre-eklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatışının olduğu, %16'sında erken doğum öyküsü, %15,3'ünde son bebeğinin son bebeğinin 2500 gr altında olduğunu çalışmasında belirtilmiştir (Topuz,2020). Göv'ün (2016) Şanlıurfa'da riskli gebeliklerle yaptığı bir çalışmada %11,1'in önceki gebeliğinde sorun yaşadığını tespit edilmiştir (Göv,2016).

Araştırma kapsamındaki gebelerin Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması $50,24 \pm 27,10$ olarak bulunmuştur (Tablo 3). Ölçeklerden alınan puan ortalamasına göre kadınların gebelikte yaşadığı stres düzeyleri ortalamanın altında olduğu saptanmıştır. Kadınların stres düzeylerinin ortalamanın altında olması çalışmaya katılan gebelerin çoğunun evlilik süresinin bir sene üzerinde olan gebeleri kapsamasından kaynaklı olabileceği, eşinin öğrenim düzeyinin üniversite ve üniversite üzeri öğrenim düzeyinin altında olan gebe sayısının fazla olmasından ve çalışmaya katılan gebelerde ruh halini "sakin, rahat ve stressiz" olarak tanımlayan gebelerin kaynaklı olabileceği

düşünülmüştür. Akın'ın (2018) yaptığı araştırmada GSDÖ'den alınan ortalama puanın 56.88 ± 24.59 olduğu saptanmış ve gebelerin aldığı puanın orta değerinin altında olduğu belirtilmiştir (Akın,2018). Chen'in (2015) Tayvan'lı kadınlar üzerindeki çalışmasında ölçeğin ortalamasını 53.96 ± 21.04 bulmuştur (Chen,2015). Koyucu Genç ve ark.(2020)'ın primipar ve multipar gebeler üzerinde yaptığı bir çalışmada primipar olan gebelerde GSDÖ puan ortalaması $94,81 \pm 12,72$, multipar gebelerde GSDÖ puan ortalaması $82,91 \pm 13,74$ olarak bulmuşlardır (Koyucu Genç ve ark., 2020). Karataş Baran ve ark.'nın (2020) çalışmasında da riskli gebelerin stres düzeyleri normal gebeliklere oranla daha yüksek bulunmuştur(Karataş Baran ve ark., 2020).

Gebelerin Eş Destek Ölçeği puan ortalaması $57,69 \pm 9,21$ olarak bulunmuştur (Tablo 3). Çalışmaya katılan gebelerin eşi ile anlaşarak evlenen gebe sayısının fazla olması, gebeliği planlayarak gerçekleştiren ve gebelik kararını ortaklaşa veren çiftlerin sayısının fazla olmasının sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde Yüksekal'ın (2019) yaptığı araştırmada gebelerin EDÖ toplam puan ortalaması $68,99 \pm 10,8$ olarak bulmuş ve araştırmasında algılanan eş desteğinin yüksek olduğunu belirtilmiştir (Yüksekal,2019). Öngay'ın (2019) düşük yapan kadınların EDÖ puan ortalaması $70,76 \pm 11,44$ olarak bulunmuştur (Öngay,2019). Özdemir ve ark.'nın çalışmasında gebelerin özel insan olarak eşlerinin tanımlandığı düşünüldüğü çalışmada sosyal destek puan ortalaması yüksek olarak bulunmuştur (Özdemir ve ark.,2010). Sokoya ve ark.(2014) gebe kadınların çoğunlukla gebelik ve doğum sırasında eş desteğine gereksinim olduğunu ve eş desteği ile gebeliğin daha az stresli hâle geldiğini ve gereksinim anında yeterli eş desteğinin sağlanamamasının giderilemez sorunlara neden olabileceğini vurgulamaktadır (Sokoya ve ark.2014).

Gebelerin GSDÖ puan ortalaması ile EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır(Tablo 4). Bu sonuç, eş destek düzeyinin gebelik stresi üzerinde etkili olmadığını göstermektedir. Literatürde, gebelik sürecinde depresyon, anksiyete ve strese etki eden faktörlerin incelendiği farklı çalışmalarda eş desteğinin gebenin ruh sağlığı ve gebelik stresi üzerinde etkisi olduğu tespit edilmiştir (Karaçam ve Ançel, 2009; Chou, 2008; Vırit,2008). Doğrul'un (2020) çalışmasında eş desteği artan gebelerde distressin azaldığını sonucuna ulaşmıştır(Doğrul,2020). Derman'ın (2020) çalışmasında gebelikteki psikososyal sağlık durumu ve eş desteği arasında anlamlı

farklılık saptamıştır (Derman,2020). Dermin Alkin'in (2019) çalışmasında gebelik sürecini destek almadan geçiren kadınların bu süreçte destek alanlara göre algıladıkları stres düzeyleri daha fazla olduğunu saptamıştır (Demir Alkin 2019). Kılıçaslan (2008) ve Üst(2012) yaptığı iki farklı çalışmada gebelerin sosyal destek almaları ile anksiyete ve endişe düzeylerinin azaldığını saptamışlardır (Kılıçaslan,2008; Üst,2012).

Bu araştırmada 1 yıldan az süredir evli olan, gebelik öncesi ruh hali gergin endişeli stresli olan ve eşinin öğrenim düzeyi üniversite ve üzeri olan gebelerin stres düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır(Tablo 5). Bu sonuç, yeni evlenen bireylerin sosyal hayattaki rol değişimlerine adapte olmaya çalışırken gebelik sürecini hastane ortamında yüksek riskli gebelik tanısı yatışı yapılan gebenin ve eşinin üzüntü yaşaması ve sosyal çevre tarafından gebenin kendini yetersiz hissetmesi strese neden olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Ayrıca, gebelik öncesi gergin, endişeli ve stresli bireylerin gebelik sürecinde yaşadığı sorunların stres düzeylerinin yüksek olmasına ve stresle başa etme yöntemlerini uygulamada zorlanabileceğini düşündürmüştür. Gebelerin eşlerinden üniversite ve üzeri olanların gebelik sorununu hakkında bilgiye ulaşmalarının kolay olduğu, konu ile ilgili bilgi düzeylerinin artmasına bağlı olarak gelişebilecek kompliskasyonların farkında olmalarıyla artan streslerini eşlerine yansıtılma durumlarının gebede stres düzeyinin artmasına sebep olmuş olabileceği düşünülmüştür. Doğrul(2020)'un yaptığı bir çalışmada eşinin eğitim düzeyinin eş destek düzeyini etkilediği belirlenmiştir (Doğrul,2020). Çalışma bulgusundan farklı olarak, İnciser Paşalak'ın (2016) yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde bulununan gebelerin gebeliğe uyum düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemek için gerçekleştirdileri çalışmada, gebeliğe uyum süreci ile evlilik süresi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (İnciser Paşalak, 2016). Derman'ın (2020)'ın çalışmasında evlilik süresi az olan gebelerin psikososyal sağlık durumlarının iyi olduğunu sonucuna ulaşmıştır (Derman,2020).

Bu araştırmada gebelerin öğrenim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, eşi ile akraba olma durumu, eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu, evlilik tipi ve eşin kendisine yardımcı olma durumu ile GSDÖ arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır(Tablo 5). Literatüde, çalışma bulgusu ile farklı sonuçlar yer almaktadır. Güler'in (2013) gebelik dönemindeki stresörlerin değerlendirmesini yaptığı bir çalışmada gebelerin çalışma durumunun ve

eğitim seviyesinin yüksek oluğu gebeliğe uyumu kolaylaştırdığı, düşük gelir düzeyine sahip olmanın gebelik stresini artırdığı, eş ve sosyal evre ile ilişkilerinde sorun yaşamalarına sebep olduğunu saptamıştır. İnciser Paşalak'ın (2016) yaptığı çalışmada gebelerin eğitim düzeyinin gebeliğe uyumu etkilemediğini, gelir düzeyinin ve gebenin sosyal güvencesinin gebeliğe uyum sürecini etkilediğinin saptamıştır. Doğrul'un (2020) yaptığı çalışmada niversite ve üzeri olan öğrenim durumuna sahip gebelerin daha alt seviye eğitim düzeyine sahip gebelerden gebelikteki distres seviyelerinin daha düşük olduğunu saptamıştır (Güler,2013; İnciserPaşalak,2016; Doğrul,2020). Demir Alkin'in (2019) 3 ve daha üzeri gebelik yaşayan kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada gebelerin öğrenim durumu ve çalışma durumu ile algıladıkları stres arasında anlamlı fark saptamazken; gelir durumları ile algıladıkları stres arasında anlamlı fark saptamıştır (Demir,2019). Nazik ve Oğuzöncül'n (2017) yaptığı çalışmada eş öğrenim düzeyi yüksek olan gebelerin depresyon puanlarının azaldığını saptamışlardır (Nazik ve ark. ,2017). Araştırma sonucunun, araştırmaya dahil edilen gebelerin yaşadığı bölgeden kaynaklanmış olabileceği, gebeliğini riskli geçiren bireylerde öğrenim durumu ve çalışma durumunun var olan riskli durumda oluşabilecek stres düzeyini etkilemediği, gelir düzeyi seviyelerinin gebeler için bir stres kaynağı olmamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışma kapsamındaki gebelerin öğrenim düzeyi, çalışma durumu, eşin öğrenim durumu, gelir düzeyi, eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu, evlilik tipi, gebelik öncesi ruh hali ve eşin kendisine yardımcı olma durumu ile Eş Destek leği puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmış, evlilik süresi ve eşi ile akraba olma durumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 5). ğrenim durumu yüksek olan gebelerin ve eşlerinin stresörle başa çıkma yöntemlerine daha kolay ulaşabilmelerinin destek düzeylerini arttırdığı ve birbirini severek evlenmiş eşlerin zorlu süreçlerde birbirlerine daha fazla destek oldukları şeklinde yorumlanmıştır. Benzer şekilde Derman'ın (2020) yaptığı çalışmada çalışan gebelerde geliri giderinden fazla olan gebelerin eş destek algılarını daha yüksek algılamıştır (Derman,2020). Metin ve Pasinoğlu'nun (2016) alışmasında gebe ve eşlerden çalışan, eğitim seviyesi yüksek, gelir durumu iyi olanların destek algıları daha yüksek olarak bulunmuştur (Metin ve Pasinoğlu, 2016). Benzer şekilde Yılmaz ve Pasinoğlu'nun (2014) alışmasında yüksek eğitime

sahip eşleri olan gebelerin eş destek düzeylerinin de yüksek olduğu saptanmıştır (Yılmaz ve Pasinoğlu,2014). Akkaş'ın (2014) çalışmasında da eş ile ilişkileri iyi olan gebelerin, eş destek algısının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çobanlar Akkaş,2014).

Gebelerin gebelik sayısı ve gebelik ayı ile GSDÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir(Tablo 6). İlk gebeliği olanların ve gebeliğinin ilk 3 ayı içerisinde olanların stres düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Kadın hayatında önemli bir süreç olan gebeliğin ilk kez yaşanıyor olması gebe kadında bilinmeyen bir duruma karşı karşıya kalmasına bağlı olarak strese neden olabilmekte, ilk trimestirdaki ambivalan duyguların yoğunluğuna bağlı olarak gebenin duygu çeşitlerini ve yoğunluğunu en üst seviyelerde yaşaması, stresli bir dönem yaşamasına sebep olabilmektedir. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde Demir Alkin'in (2019) yaptığı bir çalışmada gebelikte algılan stres ile gebelik sayısı arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Demir Alkin, 2019). Coşkun ve ark.'nın 2018 yılında yaptığı çalışmada gebelik sayısı ile gebenin psikososyal sağlığı arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Coşkun,2020). Kaplan ve ark.'nın (2007) çalışmasında gebelik sayısı ile doğum öncesi kaygı düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Kaplan,2007). Elkin'in (2015) çalışmasında da gebelik sayısı ve gebelik haftasının gebelikte stresle başa çıkma düzeyini etkilediği belirlenmiştir (Elkin,2015).

Gebelerin gebelik kararını kimin verdiği, gebeliğin planlı olma durumu, önceki gebeliğinde sorun yaşama durumu ile GSDÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır(Tablo 6). Demir Alkin'in (2019) çalışmasında gebeliğin planlı olma durumu ile gebe kadını algıladığı stres arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Demir,2019). Elkin'in (2015)'in çalışmasında gebeliğin planlı olma durumu ile stresle baş etme arasında anlamlı farklılıklar saptanmamıştır (Elkin,2015). Derman'ın (2020) çalışmasında planlı gebelik yaşayan bireylerde stres seviyesi daha düşük saptanmıştır (Derman,2020).

Çalışma kapsamındaki gebelerin gebelik sayısı, gebeliğin planlı olma durumu ve gebelik kararını kimin verdiği ile ilgili EDÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılıklar saptanmış, gebelik ayı ve önceki gebeliğinde sorun yaşama durumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır(Tablo 6). Gebelerden ilk gebeliği olan, kararı eşi ile birlikte veren ve planlı olarak gebe kalan kadınların eş destek düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda katılan gebelerin çoğunun ilk gebelikleri olmamasına rağmen çoğunun gebeliklerini eşleri ortak bir karar alıp planlı bir gebelik sürecine girmesi, kendi sağlığını ve fetal sağlığı olumsuz etkileyen bir gebelik süreci geçirmesi anne adayına sağlanan sosyal desteğin ve eş desteğinin gebe tarafından fazlaca hissedilmesine bağlı olarak yüksek bulunduğunu düşündürmüştür. Özdemir ve ark.'nın (2010) çalışmasında eş desteği ile planlı gebelik arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (Özdemir ve ark. ,2010). Derman'ın (2020) çalışmasında gebelik sayısı az olan kadınların eş destek algısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Derman,2020). Moseson ve ark.'nı (2018) çalışmasında da gebeliğin planlı olma durumu ile gebelikteki sosyal destek düzeyi arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (Moseson ve ark. ,2018). Barton ve ark.'nın (2017) çalışmasında da gebeliğini planlayan gebelerin algıladıkları sosyal destek seviyesi daha yüksek olarak bulunmuştur (Barton ve ark. ,2017).

Gebelerin yaşları ile GSDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(Tablo7). Bu sonuç, yaş grubu ayırt etmeksizin tüm gebelerin gebelik sürecinde fiziksel, sosyal ve duygusal farklılıklardan kaynaklı stres yaşadıklarını düşündürmüştür. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde İnciser Paşalak'ın (2016)'ın ve Demir Alkın'ın (2019) çalışmalarında da gebeliğe uyumda yaş faktörünün etkili olmadığı bulunmuştur (İnciser Parlak,2016; Demir Alkın,2019). Elkin'in (2015) çalışmasında gebe kalma yaşı ile stresle baş etme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Elkin,2015). Bunun yanı sıra Akın (2019)'ın yaptığı bir çalışmada 35 yaş üzerindeki gebe katılımcıların gebeliklerini geç kalınmış bir deneyim olarak gördükleri ve yaşa bağlı pek çok kaygılarının olduğunu ifade ettiklerini gözlemlenmiştir (Akın,2019). Güler (2013)'in yaptığı bir çalışmada gebelik yaşı artıkça annelik rolü kabulünde ve gebeliğin kabulünde uyumsuzluk yaşadığını gözlemlemiştir (Güler,2013).

Gebelerin yaşları ile EDÖ puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır. Kadınların yaşları arttıkça algılanan eş desteğinin azaldığı saptanmıştır (Tablo7). Genç yaş grubundaki kadınların eş desteği algısının daha yüksek olması, gebelerin ilk gebeliği olması sebebiyle daha fazla kaygı yaşadıklarını ve eşlerinde bu süreçte olara daha fazla destek olduğunu düşündürürken; yaşın artmasıyla beraber gebelik sayısının artabileceği, gebelerin önceki gebeliklerinde benzer sorunları yaşamış olmaları

sebebiyle eşlerin bu sürece alışık olmasına bağlı, bu durumu daha normalize edip, eşlerine daha az destek olduklarını düşündürmüştür. Güler'in (2013) çalışmasında gebelerin yaşı artıkça eş ile ilişkisinde uyumsuzluk yaşadığı saptanmıştır (Güler,2013). Çalışma bulgusundan farklı olarak, Derman'ın (2020) çalışmasında da gebelerin yaşı ile eş destek düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Derman,2020).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Gebelerin stres düzeyleri düşük, eş destek düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur.
- Gebelerin algıladıkları eş desteğinin stres düzeylerini etkilemediği bulunmuştur.
- Gebelerden 1 yıldan az süredir evli olan, gebelik öncesinde gergin / endişeli / stresli olan ve eşleri üniversite ve üzeri mezun olanların stres düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Gebelerden üniversite mezunu olan, bir işte çalışan, eşi üniversite mezunu olan, geliri giderinden fazla olan, eşi ile ilişkisi iyi olan, eşi ile anlaşarak evlenen, eşi her zaman kendisine yardım olanları eş destek düzeyleri daha yüksek iken, gebelik

öncesi gergin/ endişeli/stresli olanların eş destek düzeyleri düşük olarak bulunmuştur.

- Gebelerden ilk gebeliği olanların ve gebeliği ilk üç ayında olanların stres düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur.
- Gebelerden ilk gebeliği olan, gebeliği planlı olan ve gebelik kararını eşlerin ortaklaşa verenlerin eş destek düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur.
- Gebelerin yaşları arttıkça, algılanan eş desteği azalmaktadır.

Çalışma sonucunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Gebelerin sağlık değerlendirmesinde fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal değerlendirmeyi kapsayacak şekilde anamnez alınması sağlanmalı, var olan veri toplama formlarında psikososyal sağlığın değerlendirilmesinin devamlılığının sağlanması, elde edilen veri sonuçlar göre gebenin gerekli profesyonel destek alması sağlanmalı,
- Gebe eğitim sınıflarında ve doğum önce verilen bakım programlarında gebe ile eş beraber eğitimlere dahil edilmeli, gebelik sürecinde yaşanabilecek değişimler ile ilgili bilgi düzeyleri artırılmalı,
- Doğum öncesi alınan eğitimlere eşler dâhil edilmeli, çiftlere danışmanlık verilerek eş desteğinin önemi anlatılmalı ve gebenin eş desteği algısının yükseltilmesi sağlanmalı,
- Planlı ve istenen gebeliklerde eş desteği düzeylerinin daha yüksek bulunması nedeniyle üreme sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılarak, çiftler için destek alınabilecek ve danışılacak ortamlar sunulmalı,
- Hemşire ve ebeler gebe ile güven verici bir ortam sağlayıp gebenin duygu ve düşüncelerini ifade etmesine yardımcı olmalı, gebenin var olan stres düzeyini tespit edebilmeli buna yönelik stresle başa çıkma yöntemlerini gebeye anlatmalı ve gebe için uygun olan yöntemin seçmesine yardımcı olmalı,
- Daha geniş bir popülasyon ve farklı örneklem grupları ile benzer araştırmaların yapılması önerilir.



7. KAYNAKLAR

1. Yılmaz EB, Şahin E. “Gebelerin prenatal sıkıntı düzeyleri ile ilişkili faktörler” *Journal of Psychiatric Nursing*, 2019, 10(3); 197-203.
2. Ölçer Z, Oskay Ü. “Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri”, *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 2015, 12(2); 85-92.
3. Elkin N. “Gebelerin stresle başa çıkma tarzları ve bunları etkileyen faktörler”, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 8(1); 22-31.
4. Atasever İ, Sis Çelik A. “Prenatal Stresin Ana Çocuk Sağlığı Üzerine Etkisi” *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 21(1): 60-68.

5. Mermer G,Bilge A,Yücel U,Çeber E.“Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2010, 1(2); 71-76.
6. Aksoy SD, Dutucu N, Özdilek R, Bektaş HA, Keçeci A.“Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği”nin Türkçe’ye Uyarlanması”, *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019, 5(1); 10-14.
7. Gümüşdaş M. *Gebelikte evlilik uyumu ve sosyal destek arasındaki ilişki*(Tez). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Erzurum,2014.
8. Amanak K.“Gebelik Öncesi Danışmanlık: Hemşire ve Ebelerin Sorumlulukları “ , *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2018, 4 (1);100-108.
9. Akın Ö. *Gebelik stresini değerlendirme ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*(Tez). Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Ordu,2018.
10. Derman G. *Son trimesterdeki gebe kadınların psikososyal sağlık durumunun doğum korkusu ve eş desteği ile ilişkisi*(Tez).Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Sivas,2020.
11. Doğrul E. *Gebelerde eş desteğinin annelik rolü, beden algısı ve distres düzeyi ile ilişkisi*(Tez).Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Konya, 2020.
12. Üzar Özçetin YS, Erkan M.” Yüksek Riskli Gebelerde Psikolojik Sağlamlık, Algılanan Stres ve Psikososyal Sağlık”, *Cukurova Medical Journal*, 2019 ,44(3); 1017-1026.
13. Metin A. *Gebelerin algıladıkları sosyal destek ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki*(Tez).Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Erzurum,2014.
14. Höbek Akarsu R,Oskay Ü. “Yüksek Riskli Gebelerin Tehlike Belirtileri Hakkında Bilgi Ve Prenetal Bağlanma Düzeylerinin Belirlenmesi”,*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,2017, 33(2); 16-26.

15. Çobanlar Akkaş S. *Gebelik döneminde eşler arası uyum*(Tez).Adnan Mendres Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Aydın,2014.
16. Köksal HK. *Sosyodemografik verilerin yüksek riskli gebelikler üzerine etkisinin incelenmesi*(Tez).Cumhuriyet Üniveristesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi; Sivas,2016.
17. Aydemir H, Uyar Hazar H. “Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik ve Ebenin Rolü” *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3(2); 815-833.
18. Beji NK. *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2019.
19. Öngay E. *Düşük yapan kadınların algıladıkları stres ile eş desteği arasındaki ilişki* (Tez). Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul,2019.
20. Arslan S, Okcu G, Coşkun A, Temiz F. “Women’s perception of pregnancy and the affecting factors.” *Journal of Health Science and Profession*, 2019, 6(1); 179-192.
21. İnciser Paşalak Ş. *Yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeylerini etkileyen faktörler*(Tez). Koç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul,2016.
22. Emhan A. “Risk Yönetim Süreci ve Risk Yönetmekte Kullanılan Teknikler” *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*,2009, 23(3); 209-220.
23. Soğukpınar N,Baykal Akmeşe Z,Hadımlı A,Balçık M,Akın B.” Doğumevlerinde Riskli Gebelik Profili: İzmir İli Örneği” *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 2018, 4(1); 37-44.
24. Brandon AR, Trevedi MH, Hynan LS, Miltenberger PD, Labat DB, Rifkin JB, Stringer CA.” Prenatal Depression in Women Hospitalized for Obstetric Risk”, *J Clin Psikiyatri*, 2008, 69(4); 635-643.
25. Havutçu G. *Yüksek riskli gebeliklerin doğum öncesi ebeveyn bağlanmasına etkisi*(Tez).Aydın Adnan Mendres Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Aydın 2019.

26. Üstünsöz A, Güvenç G, Akyüz A, Oflaz F. “Comparison Of Maternal–And Paternal Fetal Attachment In Turkis”,*Couples*,2010,26(2);1-9.
27. Mercer RT, Ferketich S, May K, DeJoseph J, Sollid D. “Further Exploration of Maternal And Paternal Fetal Attachment”,*Res Nurs Health*,1988, 11(2); 83-95.
28. Yang M, Li L, Zhu H, Alexander IM, Liu S, Zhou W., **Ren X.** “Music Therapy To Relieve Anxiety In Pregnant Women On Bedrest: A Randomized, Controlled Trial”,*The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 2009, 34(5); 316-323.
29. Özçelik G. *Aydın ilinde gebelikte yaşanan sağlık sorunları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi*(Tez).Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Aydın,2010.
30. Karaçam Z, Ançel G. “Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population”, *Midwifery*, 2009, 25(4); 344-56.
31. Arslan Özkan H. , Korkmaz N “Kısmi Yatak İstirahati ile Hastanede Yatan Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadıkları Fiziksel ve Psikolojik Sorunlar”,*Perinatoloji Dergisi*, 2005, 13(2); 91-100.
32. Karaçam Z,Şen E. “Yüksek Riskli Gebelerin Evde Bakımı”, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*,2012, 19(2); 80–91.
33. Uzun Aksoy M,Gürsoy M. “Olumlu Bir Gebelik Deneyimi İçin Dünya Sağlık Örgütü Antenatal Bakım Öneriler(2016)” *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2018, vol:14; 115-129.
34. Baltacı N,Başer M.“Riskli Gebelerde Yaşanan Anksiyete, Prenatal Bağlanma ve Hemşirenin Rolü”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2020, 3(3); 206-212
35. Şencan İ, Engin Üstün Y,Sanisoğlu S,Özcan A,Karaahmetoğlu S,Keskin HL, Uygur D, Kabasakal A, Esen M, Keskinlik B. “2014 Yılı Türkiye Ulusal Anne Ölümlerinin Demografik Verilere Göre Değerlendirilmesi”, *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2016, 3(2); 45-47.
36. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Temel Bulgular. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

37. Sanisoğlu S, Altunay Ö.Z,Keskinkılıç B, Boztok H.”*Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi*”, 2014, Ankara.
38. Akdolun Balkaya N,Vural G,Eroğlu K.“Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunların İncelenmesi” *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2014, 4(1); 6-16.
39. Aygar H, Metintaş S.“Bir Kalkınma Göstergesi Olarak Anne Ölümleri” *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 2018, 3(3); 63-70.
40. Akça Ay F. *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, 4. Baskı. ,Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul,2012:4.
41. Bayık A, Altuğ Özsoy S,Ardahan M,Özkahraman Ş.Başalan İz F., “Kadınların stres verici yaşam olaylarıyla karşılaşma durumları.”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9(2); 1-12.
42. Cömert M. *Gebelikte müzik dinlemenin maternal distrese ve prenatal bağlanmaya etkisi*(Tez). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi; İzmir.
43. Şiir Dağlar Ö. *Gebe kadınların kişilik özelliklerinin stres ve gebelik uyumuna etkisi*(Tez). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi;İstanbul,2020.
44. Wisborg K , Barklin A, Hedegaard M, Henriksen TB. “Psychological Stress During Pregnancy and Stillbirth: Prospective Study”, *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2008, 115(7); 882-885.
45. Öztürk N, Aydın N. “Maternal Prenatal Stresin Gelişmekte Olan Fetüse Etkileri” *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Dergisi*, 2018, 11(2); 16-21.
46. Akyıldız D. *Yaş tepkilerinin algılanan eş desteği, duygusal baskılama ve duygusal tepkisellik ile ilişkilerinin incelenmesi*(Tez).Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul,2019.
47. Biçer E. *Gebe kadınların ağrı inançları ağrı ile başa çıkma biçimleri eş desteği düzeyleri ve doğum tercihlerinin değerlendirilmesi*(Tez). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Adana,2020

48. Günsel DA. *Evli bireylerin algıladıkları eş desteğinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi: KKTC örneği* (Tez).Ankara Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2013.
49. Çiftçi Arıdağı N,Erus SM, Ünsal Seydoogulları S. “Eş Desteğinin Evlilik Doyumu Ve Psikolojik İyi Oluş İle İlişkisi”, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2019,18(71);1014-1024.
50. Serçekuş P, Okumuş H. “Yüksek Riskli Gebelerde Uzun Süre Hastanede Yatmanın Etkileri” *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 7(3) ;107-111.
51. Güler Kaya İ. *Gebelikte baba desteğinin paternal bağlanmaya etkisi*(Tez). İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2020.
52. Giurgescu C, Penckofer S, Maurer MC, Bryant FB. “Impact of uncertainty, social support and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women.” *The Journal Nursing Research*,2006, 55(5);356-365.
53. Stapleton, L. R. T., Schetter, C. D., Westling, E., Rini,C., Glynn, L.M., Hobel, C.J., & Sandman, C. A.“Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress”, *Journal of Family Psychology*, 2012, 26(3);453–463.
54. Bhatia N, Chao SM, Higgins C, Patel S, Crespi CM. “Association of Mothers' Perception of Neighborhood Quality and Maternal Resilience with Risk of Preterm Birth.” *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2015, 12(8); 9427–9443.
55. Husain N, Cruickshank K, Husain M, Khan S, Tomenson B, Rahman A. “Social stress and depression during pregnancy and in the postnatal period in british pakistani mothers: a cohort study.”*Journal Affect Disord*, 2012, 140(3);268-276.
56. Nie C, Dai Q, Zhao R, Dong Y, Chen Y, Ren H. “The impact of resilience on psychological outcomes in women with threat ened premature labor and spouses: a cross-sectional study in Southwest China.” *Health Qual Life Outcomes*, 2017; 15:26.
57. Erkal Aksoy Y,Dereli Yılmaz S,Aslantekin F. “Riskli Gebeliklerde Prenatal Bağlanma ve Sosyal Destek”,*Turkiye Klinikleri J Health Sci*, 2016, 1(3);163-169.

58. Erkal Aksoy Y,Çeber Turfan E. “Normal ve riskli gebeliklerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi”, *Perinatoloji Dergisi*, 2017, 25(1); 26–31.
59. Baştarcan Ç. *Kişilik özelliklerinin gebelikte anksiyete ve depresyon düzeyine etkisi*(Tez). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul,2020.
60. Bilici G. *Gebelikte sağlık uygulamaları ve ilişkili faktörler*(Tez). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul,2019.
61. Yıldırım İ. Eş Destek Ölçeğinin geliştirilmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2004, 3(22):19-26.
62. Güler A. *Gebelik dönemindeki stresörlerin değerlendirilmesi*(Tez).Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul,2013.
63. Topuz B. *Riskli gebeliklerde sosyal desteğin maternal stres ve anksiyete üzerine etkisi*(Tez).İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; İzmir, 2020.
64. Göv N. *Şanlıurfa’da bir aile sağlığı merkezinde riskli gebelik sıklığı, etkileyen faktörler, maternal ve fetal sonuçları*(Tez).Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi; Şanlıurfa, 2016.
65. Chen CH. “Revision and validation of a scale to assess pregnancy stress” *The Journal of Nursing Research*, 2015, 23(1);25-32.
66. Koyucu Genç R,Ülkar D,Erdem B. “Primipar ve Multipar Gebelerin Gebelik Streslerinin Karşılaştırılması”, *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*,2020, 8(3); 652-663 .
67. Karataş Baran G,Şahin S,Öztaş D,Demir P,Desdicioğlu R. “Gebelerin algılanan stres düzeylerinin ve stres nedenlerinin değerlendirilmesi” *Cukurova Medical Journal*, 2020, 45(1);170-180.

68. Yüksekal Z. *Gebelerin eş desyeği algıları ve ilişkili faktörler*(Tez). Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Mersin, 2019
69. Özdemir F, Bodur S, Nazik E, Nazik H, Kanbur A. “Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Sosyal Destek Düzeyinin Belirlenmesi”,*TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2010, 9(5); 463-470.
70. Sokoya M, Farotimi A, Ojewole F. “Women’s perception of husbands’ support during pregnancy, labour and delivery.” *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 2014, 3(3);45-50.
71. Chou FH, Kuo SH, Wang RH. “A Longitudinal Study of Nausea and Vomiting, Fatigue and Perceived Stress in, and Social Support for, Pregnant Women Through the Three Trimesters”, *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 2008, 24(6); 306-314.
72. Vıııt O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H, 2008. “Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi”,*Nöropsikiyatri Arşivi*, 2008, 45(1); 9–13.
73. Demir Alkin E, Beydağ KD. “Relationship between perceived stress level and self-perception level of women who had three or more pregnancies”, *J Psy Nurs*. 2020; 11(3): 228-238
74. Kılıçarslan S. *Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri*(Tez).Edirne: Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi; Edirne, 2008.
75. Üst ZD. *Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Erzurum, 2012.
76. Nazik F,Oğuzöncül F. “Depression and influencing factor in pregnancy: A community-based study”, *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2017, 6(11); 1635-1639.

77. Metin A, Pasinlioğlu T. “Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki”,*Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2016, 3(5); 49-66.
78. Yılmaz F, Pasinlioğlu T. “Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin incelenmesi”, *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2014, 1(1); 14-24.
79. Coşkun AM, Arslan S,Okcu G.“Gebe Kadınların Gebelik Algularının Stres, Demografik ve Obstetrik Özellikler Açısından İncelenmesi”,*Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*,2020, 17(2); 1-8.
80. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. “Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygıyı Düzeylerinin İncelenmesi” *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10(1): 113-121.
81. Moseson H, Dehlendorf C, Gerdts C, Vittingehoff E, Hiatt RA, Barber J. “ No One To Turn To: Low Social Support and The İncidence of Undesired Pregnancy in The United States”*An International Reproductive Health Journal Contraception*, 2018, 98(4); 275-280.
82. Barton K, Redshaw M, Quigley MA, Carson C. “Unplanned Pregnancy and Subsequent Psychological Distress in Partnered Women: A Cross-Sectional Study of The Role of Relationship Quality and Wider Social Support”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2017, 17(1); 44-52.
83. Akın C. *Riskli gebelik grubundaki kadınların annelik kaygısı üzerine psikiyatrik bir bakış*(Tez).Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul,2019.



8. EKLER

EK-1: Anket Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, gebelik stres düzeyi ve eş desteklerini belirlemek amacıyla tez çalışması olarak yapılmaktadır. Soruları yanıtlamak ortalama 15-20 dakikanızı alacaktır. Sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarının doğruluğu açısından önemlidir. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak konusunda gönüllü olmanız esastır. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederim.

Zeynep Özbek

- 1) Yaşınız.....
- 2) Öğrenim durumunuz nedir?
 İlköğretim Lise Üniversite ve üzeri
- 3) Çalışma durumunuz nedir?
 Çalışıyor Çalışmıyor
- 4) Ne kadar süredir evlisiniz ?
 1 yıldan az 1-5 yıl 6-10 yıl 11 yıl ve üzeri
- 5) Kaçınıcı gebeliğiniz ?
 ilk gebelik iki ve üzeri
- 6) Şu an gebeliğinizin kaçınıcı ayındasınız?
 1-3 ay 4-6 ay 7-9 ay
- 7) Önceki gebeliğinizde bir sorun yaşadınız mı?
 Yaşamadım
 Erken dönem kanama/ düşük riski/ düşük yaşadım
 Erken membran rüptürü / erken doğum riski yaşadım
 Gebelikte tansiyon yükselmesi (Pre-eklemsi/ eklemsi) yaşadım
 Diğer (yazınız).....
- 8) Gelir-gider durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
 Gelir-giderden az Gelir giderle eşit Gelir giderden fazla
- 9) **Gebe kalmadan önce** genel olarak ruh haliniz nasıl?
 Sakin/ rahat/stresiz
 Gergin/ endişeli/stresli
 Duruma göre değişken
- 10) Gebeliğiniz planlı/istendik gebelik miydi?
 İstenen/ planlı gebelik İstenmeyen/ plansız gebelik
- 11) Gebelik kararını kim verdi?
 Ben karar verdim
 Eşim karar verdi
 Ben ve eşim ortak karar verdik

12) Eşiniz kaç yaşında?

13) Eşinizin öğrenim durumu nedir?

() İlkokul () Lise () Üniversite ve üzeri

14) Eşiniz ile akrabalığınız var mı?

() Evet () Hayır

15) Eşiniz ile ilişkinizi genel olarak nasıl yorumlarsınız?

() İyi () Orta () Kötü

16) Eşinizle evlenme biçiminiz hangisidir?

() Tanışıp () Görücü Usulü

17) Eşiniz gebeliğiniz sırasında günlük hayatta yapmanız gereken işler konusunda size yardımcı olur mu?

() Her zaman olur () Bazen olur () Hiç olmaz

GEBELİK STRESİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Kesinlikle endişem yok	Hafif derecede endişeleniyorum	Orta derecede endişeleniyorum	Şiddetli endişeleniyorum	Çok şiddetli endişeleniyorum
1.	Gebelik esnasında değişen vücut şeklimle ilgili	0	1	2	3	4
2.	Ciltte ortaya çıkan koyu kahverengi lekelerle ilgili	0	1	2	3	4
3.	Değişen vücut şekli nedeniyle harekette zorlanmayla ilgili	0	1	2	3	4
4.	Gebelikte zararı dokunacağı düşünülen dini ve kültürel şeylere bağlı kalmayla ilgili	0	1	2	3	4

5.	Gebelikte kilonun kontrol altında tutulmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
6.	Gebelik esnasındaki davranışlarımın bebeğin kişiliğini etkileme ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4
7.	Bebeğimin dış görünüşüyle ilgili	0	1	2	3	4
8.	Bebeğimin cinsiyetiyle ilgili	0	1	2	3	4
9.	Bebeğimin doğum ağırlığıyla ilgili	0	1	2	3	4
10.	Bebeğimin sağlığıyla ilgili	0	1	2	3	4
11.	Karnımdayken bebek hareketlerinin normal normal olup olmamasıyla ilgili	0	1	2	3	4
12.	Bebeğimin kıyafetleri ve yenidoğan malzemelerinin hazırlığıyla ilgili	0	1	2	3	4
13.	Bebeğimin bakımında bana kimin yardımcı olacağına karar vermeyle ilgili	0	1	2	3	4
14.	Bebeğimin bakımının iyi ve kaliteli olmasını sağlamayla ilgili	0	1	2	3	4
15.	Lohusalıkta nerede/kimde kalacağıma karar vermeyle ilgili	0	1	2	3	4
16.	Doğumda hastanedeyken ev işleriyle ilgilenecek birini ayarlamayla ilgili	0	1	2	3	4
17.	Ekonomik yükün artmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
18.	Aile içinde sözü geçen kişiler (ör: kayınvalide ve kayınpeder, eş) tarafından bebeğin benimsenmesiyle ilgili	0	1	2	3	4
19.	Gebelikte cinsel yaşamla ilgili	0	1	2	3	4
20.	Bebeğimin doğumundan sonra boş zamanın azalmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
21.	Ailedeki diğer kişilerin desteğiyle ilgili	0	1	2	3	4
22.	Uyku kalitesiyle ilgili	0	1	2	3	4
23.	Bebeğimin emin ellere doğmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
24.	Doğumumun emin ellerde olmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
25.	Erken doğum ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4
26.	Doğum esnasında problem yaşanması ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4
27.	Doğumda eşimin yanımda bulunamamasıyla ilgili	0	1	2	3	4

28.	Doktorun doğuma zamanında yetişememe ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4
29.	Doğum sırasında doktorların bana ve bebeğime karşı tutumlarıyla ilgili	0	1	2	3	4
30.	Doğum sırasında ebe/hemşirelerin bana ve bebeğime karşı tutumlarıyla ilgili	0	1	2	3	4
31.	Doğum esnasındaki ağrı şiddetiyle ilgili	0	1	2	3	4
32.	Bebeğimi nasıl besleyeceğime karar vermeyle ilgili	0	1	2	3	4
33.	Bebeğimi başarılı bir şekilde emzirebilmemle ilgili	0	1	2	3	4
34.	Doğum sonrası dönemde vücudumun gebelik öncesi halini almasıyla ilgili	0	1	2	3	4
35.	Bebeğime verilecek isimle ilgili	0	1	2	3	4
36.	Gelecekte bebeğimi bekleyen durumlarla ilgili	0	1	2	3	4

EŞ DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki maddeler eşinizden algıladığınız destek ile ilgilidir. Her maddeyi, eşinizle olan ilişkinizi düşünerek madde karşısındaki “*bana uygun, kısmen uygun, bana uygun değil*” seçeneklerinden birini işaretleyerek cevaplandırınız.

		Bana - Kısmen - Uygun		
		Uygun	Uygun	Değil
Eşim;				
1.	Bana hoş espriler yapar	()	()	()
2.	Yaptıklarımı destekler	()	()	()
3.	Benimle olmak için zaman yaratmaya çalışır	()	()	()
4.	Kazancını ve tüm eşyalarını benimle paylaşır	()	()	()
5.	Başarılarımı takdir eder	()	()	()
6.	Bana sarılır, üzerime titrer	()	()	()
7.	Evimizle ilgili her türlü sorunla ilgilenir	()	()	()
8.	Benimle sohbet eder, dertleşir	()	()	()
9.	Bana yanımda olduğunu hissettirir	()	()	()
10.	Bana suçlayıcı, yargılayıcı davranır	()	()	()
11.	Beni hoş, eğleneceğim yerlere götürür	()	()	()
12.	Bana şefkat gösterir	()	()	()
13.	Hastalık, taşınma gibi durumlarda bana yardım eder	()	()	()
14.	Hatalarımı bana nazikçe gösterir	()	()	()
15.	Benimle alışverişe, sinemaya veya gezmeye gelir	()	()	()
16.	Beni sever, okşar	()	()	()
17.	Evimizle ilgili işlerde bana yardım eder	()	()	()
18.	Benim üstün, güçlü yönlerimi vurgular	()	()	()
19.	Görüş ve isteklerime önem verir	()	()	()
20.	Beni gerçekten anlamaz	()	()	()
21.	Bana gerçekten değer verir	()	()	()
22.	Bana değer verdiğini başkalarına hissettirir	()	()	()
23.	Beni üstün ve zayıf yönlerimle kabul eder	()	()	()
24.	Pek çok şeyini benden gizler, benimle paylaşmaz	()	()	()
25.	Sorunlarla başa çıkmamda bana yardım eder	()	()	()
26.	Verdiğim kararları destekler	()	()	()
27.	Sağlığımla yakından ilgilenir	()	()	()

Ek-2: Etik Kurul Onayı

OKAN ÜNİVERSİTESİ

Etik Kurul kararı

Toplantı Tarihi: 08.01.2020

Toplantı Sayısı: 117

Toplantıya katılanlar:

Prof. Dr. Mithat KIYAK	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Mübariz Hasannov	(Üye)
Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye) (Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdiñ Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye) (Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Hale Aksuna	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 08.01.2020 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kiyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan Görüşmeler sonucunda;

Karar 8. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünde Zeynep ÖZBEK'in “**Yüksek Riskli Gebelerde Eş Desteği ve Gebelik Stresi Arasındaki İlişki**” başlıklı çalışmasının etik Açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mithat KIYAK
(Başkan)

Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan
(Üye)

Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)

Prof. Dr. Mübariz Hasannov
(Üye)

Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye) (Katılmadı)

Dr. Öğr. Üyesi Erdiñ Ünal
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın
(Üye) (Katılmadı)

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Hale Aksuna
(Üye)

EK-3: Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ -
Yeni İşleri Müdürlüğü
Tarih: 24/11/2020
Sayı: - 604.01.01-E.2020.69.2.4799
İSTANBUL İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ

0000306502

Sayı : 15916306-604.01.01
Konu : Araştırma İzni(Zeynep Özbek)

OKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 04/11/2020 tarihli ve 90218720-770 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zeynep ÖZBEK, Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ danışmanlığında yürütmekte olduğu “Yüksek Riskli Gebelerde Eş Desteği ve Gebelik Stresi Arasındaki İlişki” başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiş olup, başvuru evrakları incelenmiştir.

Söz konusu araştırma talebi, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçerdiği Değerlendirme Komisyonu 19.11.2020 tarih ve 2020/45 sayılı kararınca uygun görülmüştür. Çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD) ve doküman halinde (kitapçık) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiği ve konunun çalışmada adı geçen Zeynep ÖZBEK ve Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ'a tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ğ-imzalıdır.
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

İstanbul Cad. General Kami Elitöz Sk. No:8 / 1 Yenimahalle / Bakırköy

Telefon: Faks No:

E-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.istanbul.saglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

SÜREKLİ İŞÇİ

Telefon No:(0 212) 638 33 99