



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

GEBELERDEKİ DİSTRESİN SAĞLIK UYGULAMALARI ÜZERİNE
ETKİSİ

Demet KIŞLAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ERZİNCAN

2019

T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

GEBELERDEKİ DİSTRESİN SAĞLIK UYGULAMALARI ÜZERİNE
ETKİSİ

Demet KIŞLAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ




Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Sevinç KÖSE TUNCER

ERZİNCAN

2019

TEZ KABUL SAYFASI

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programında öğrenci Demet (YILMAZ) KIŞLAK tarafından Dr. Öğr. Üyesi Sevinç KÖSE TUNCER danışmanlığında hazırlanan “Gebelerdeki Distresin Sağlık Uygulamaları Üzerine Etkisi” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 06/08/2019 tarihinde yapılan tez savunma sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Unvan Adı Soyadı	İmza
Jüri Başkanı Prof. Dr. Papatya KARAKURT	
Üye Dr. Öğr. Üyesi Sevinç KÖSE TUNCER	
Üye Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt AKGÜN ŞAHİN	

TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyduğumu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezin içerdiği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmını başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Demet KIŞLAK

Hemşire

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ BEYANI.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TEŞEKKÜRLER.....	V
KISALTMALAR	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Gebelik	4
2.2. Gebelik ve Sağlık.....	5
2.3. Gebelikte Sağlık Uygulamaları.....	6
2.3.1. Gebelikte Dinlenme ve Uyku	6
2.3.2. Gebelikte Egzersiz.....	8
2.3.3. Gebelik ve Travma.....	9
2.3.4. Gebelik ve Kafein Tüketimi	10
2.3.5. Gebelik ve Uyuşturucu Madde Kullanımı.....	11
2.3.6. Gebelikte Cinsellik ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	12
2.3.7. Gebelik ve Alternatif Tıp	15
2.3.8. Gebelik ve Vücut Hijyeni	15
2.3.9. Gebelik ve Toksik Kimyasallar	16
2.3.10. Gebelik ve İlaç Kullanımı.....	17

2.3.11. Gebelik ve Beslenme	18
2.3.12. Gebelik ve Sigara Kullanımı	20
2.3.13. Gebelik ve Alkol Kullanımı.....	21
2.3.14. Gebelik ve Diş Bakımı	22
2.3.15. Gebelikte Kilo Alımı	22
2.3.16. Gebelik ve Toksoplazma	23
2.3.17. Gebelikte Rahatlama Yöntemleri.....	24
2.3.18. Prenatal Bakıma Başlama Zamanı ve Doğum Öncesi Bakım	25
2.3.19. Prenatal Hazırlık Sınıfları.....	26
2.4. Gebelik ve Distres	27
2.5. Gebelikteki Distresin Sonuçları.....	29
2.6. Gebelerdeki Distresin Sağlık Uygulamaları Üzerine Etkisi.....	31
2.7. Gebelikte Distres ve Sağlık Uygulamalarında Hemşirenin Rolü	32
3. MATERYAL VE METODU	35
3.1. Araştırmanın Türü	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	36
3.5. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar.....	37
3.6. Verilerin Toplanması.....	39
3.7. Verilerin Analizi.....	39
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	41
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirlik.....	41
4. BULGULAR	42

5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	83
7. KAYNAKLAR	85
8. EKLER.....	102
EK - I. Anket Formu.....	102
EK - II. Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi	104
EK - III. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ)	105
EK - IV. Etik Kurul Kararı	110
EK - V. Resmi İzin Yazısı.....	111
EK - VI. Bilgilendirilmiş Onam Formu	112
EK - VII: Ölçek Kullanım izin Yazısı	114
ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ	115

TEŞEKKÜRLER

Sadece bu tezin hazırlanmasında değil, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca her aŐamada destek veren ve rehberlik eden kıymetli danıŐman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevinç KÖSE TUNCER'e,

Ayrıca tez jüri üyelerinde yer alan ve önerileri ile teze önemli katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Papatya KARAKURT'a, Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt AKGÜN ŞAHİN'e,

Tezimin veri tabanını oluŐturan tüm gebelere,

Bu günlere gelmemde ki en büyük etken olan, hayatımın her aŐamasında yanımda oldukları gibi yüksek lisans eğitim sürecinde de her türlü desteği veren kıymetli babam İsmail YILMAZ'a ve annem Őerife YILMAZ'a, hayattaki güzelliklerin yanında zorlukları da benimle paylaşan en büyük destekçim eşim İsmail KIŞLAK'a, bu eğitim sürecinde bazen ihmal ettiğim zaman beni sabırla bekleyen oğlum Mehmet Asaf KIŞLAK'a, yüksek lisans serüvenim boyunca bana yardımcı olup tezime katkı sağlayan katılımcılara sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Demet KIŞLAK

Hemşire

KISALTMALAR

DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
DÖB:	Doğum Öncesi Bakım
TGDÖ:	Tilburg Distres Ölçeği
GSUÖ:	Genel Sağlık Uygulamaları Ölçeği
ACTH:	Adrenokortikotropik Hormon
TSH:	Tiroid Stimule Hormon
FSH:	Folikül Uyarıcı Hormon
LH:	Lütein Yapıcı Hormon
CRH:	Kortikotropin Relaksin Hormonu
ÇYBİÖ:	Çok Yönlü Beden-Benlik İlişkileri Ölçeği
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
CYBH:	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	40
Tablo 3.2. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri	40
Tablo 4.1. Gebelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=353)	42
Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (N=353).....	43
Tablo 4.3. Gebelerin GSUÖ ve TGDÖ Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı(N=353).....	44
Tablo 4.4. Demografik Özelliklere Göre TGDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (N=353)	45
Tablo 4.5. Obstetrik Özelliklere Göre TGDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (N=353)	47
Tablo 4.6. Gebelerin Demografik Özelliklere Göre GSUÖ Puanlarının Karşılaştırılması (N=353)	53
Tablo 4.7. Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre GSUÖ Puanlarının Karşılaştırılması (N=353).....	55
Tablo 4.8. Gebelerin Bazı Değişkenlerine Göre TGDÖ ve Alt Boyutları ve GSUÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=353).....	57
Tablo 4.9. GSUÖ Toplam Puanı ile TGDÖ ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=353).....	60

ÖZET

Gebelerdeki Distresin Sağlık Uygulamaları Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Giriş ve amaç: Bu araştırma 12 hafta ve üzeri gebelerde distresin sağlık uygulamaları üzerine etkisinin incelenmesi amacı ile yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı türde olan bu araştırmanın evrenini bir Şehir Hastanesine bağlı kadın ve doğum hastalıkları polikliniğe başvuran 12 hafta üzeri gebelerden oluşmuştur. Çalışmaya alınması gereken minimum örneklem büyüklüğünü hesaplamak için evrendeki eleman sayısının bilinmediği durumlarda örneklem seçme formülü kullanılmış ve 353 gebe ile tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri Kasım 2016- Nisan 2017 arasında, “Gebe Bilgi Formu”, “Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)” ve “Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği”(GSUÖ) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler dağılımlar, ortalama, t testi, Kruskal Wallis Varyans analizi, Mann-Whitney U testi ve Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Gebelerin gebelerin yaş ortalaması 26.19 ± 4.96 , %65.4’ü ilköğretim mezunu, %72.8’i ilçede yaşamakta, %80.2’sinin gebeliği planlıdır, %87’sinin gebelikle ilgili duyguları olumludur. Gebelerin TGDÖ toplamından 10.37 ± 4.91 puan ortalamasını ve GSUÖ toplampuan ortalamasının 121.04 ± 10.32 olduğu belirlenmiştir. Yaş ile Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı arasında düşük düzeyli negatif yönlü, yaş ile Eş Katılımı puanı arasında düşük düzeyli pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır ($p < 0.05$). Yaş arttıkça Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı düşmekte, Eş Katılımı puanı artmaktadır. Yaş ile TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). Evlilik yaşı ile Eş Katılımı, TGDÖ ve GSUÖ toplam puanı arasında düşük düzeyli negatif yönlü anlamlı ilişki vardır ($p < 0.05$). Evlilik yaşı arttıkça Eş Katılımı, TGDÖ ve GSUÖ toplam puanı düşmektedir. Evlilik yaşı ile Olumsuz Duygulanım puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). GSUÖ toplam puanı ile Eş Katılımı alt boyutu ve TGDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki vardır ($p < 0.05$).

Sonuç: Gebelerin sağlık uygulamalarının distresi azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Gebelikte sağlık uygulamalarına verilen önem artırılarak doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası distres altında olan gebeler tespit edilerek distresi ortadan kaldırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Sağlık Uygulamaları, Distres

ABSTRACT

Examination of the effects of distress on health practices in pregnant women

Introduction and the aim: The aim of this study was to investigate the effect of distress on health practices in pregnant women 12 weeks and older.

Material and Method: The universe of this descriptive study consisted of pregnant women over 12 weeks who applied to a gynecology and obstetrics outpatient clinic of a City Hospital. In cases where the number of elements in the universe is unknown, the sample selection formula was used to calculate the minimum sample size to be included in the study and it was completed with 353 pregnant women. The data of the study were collected between November 2016 to April 2017 with questionnaire method which was prepared by the researcher using the Pregnant Information Form, the Tilburg Distress Scale in Pregnancy (TDSP) and Scale of Health Practices in Pregnancy (SHPP). In the evaluation of the data; Percentage distributions, averaging, t test, Kruskal Wallis variance analysis, Mann-Whitney U test, Correlation Analysis were used.

Results: The average age of pregnant women is 26.19 ± 4.96 , 65.4% of them are primary school graduates, 72.8% of them live in the district, 80.2% of them are planned for pregnancy, 87% of them have positive feelings about pregnancy. It was determined that the mean score of TDSP was 10.37 ± 4.91 and the mean total score of SHPP was 121.04 ± 10.32 . There was a low-level negative correlation between age and Negative Affect and SHPP total score, and a low-level positive correlation between age and Spouse Participation score ($p < 0.05$). As age increases, Negative Affectivity and SHPP total score decreases and Spouse Participation score increases. There was no significant relationship between age and the total score of TDSP ($p > 0.05$). There was a low level negative correlation between age of marriage and Spouse Participation, TDSP and SHPP total score ($p < 0.05$). As the age of marriage increases, the total score of Spouse Participation, TDSP and SHPP decreases. There was no significant relationship between age of marriage and Negative Affect score ($p > 0.05$). There is a statistically significant, negative and low-level relationship between the total score of SHPP and the Co-Participation subscale and the total score of TDSP ($p < 0.05$).

Conclusion: It has been found that health practices of pregnant women are effective in reducing stress. Pregnant women who are under distress before, during and after birth should be identified and their distress should be eliminated by increasing the importance given to health practices during pregnancy.

Keywords: Pregnancy, Health Practices, Distress

1. GİRİŞ

“Gebelik son menstruasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 40 hafta süren olaydır” (1). Sağlıklı bir gebelik ise herhangi bir risk bulunmaksızın, şimdiki ve önceki gebeliklerinde komplikasyonların olmaması, öncesinde maternal morbidite veya mortalite öyküsünün olmaması ve fetal büyümenin yeterli olması şeklinde tanımlanabilir (2).

Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmasının yanı sıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek pek çok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönem olarak tanımlanmaktadır (3). Gebelik kadınlar için geçmişte psikiyatrik bozukluklar için koruyucu olarak görülürken, günümüzde bu görüş kabul görmemektedir (3), çünkü kadınlar gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak gördükleri gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş, üzerinde aşırı bir yüklenme gibi olumsuz ruhsal duygulanımlarında yaşanabileceği bir dönem olarak da görebilmektedirler (4). Bu dönemde kadın yaşamında değişiklik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak değerlendirilebilir. Gebe yaşanan bu kriz dönemine uyum sağlayacağı gibi uyum sağlayamama problemi de yaşayabilmektedir (5). Gebelik kadın hayatında bir stres dönemi olarak görülebilir ve sıklıkla stres ve depresyonla birleşir (3). Gebelerde ölü bebek doğurma, zor doğum, doğum ağrısı, ölüm korkusu, iyi anne olamayacağı korkusu, annenin doğumdan sonra işini bırakmak ya da ara vermek zorunda olması, ailenin ekonomik bir yükün altına girmesi gibi nedenler anksiyete ve strese neden olabilmektedir (6). Yapılan bir çalışmada gebelerde duygulanım bozukluğunun %70’leri bulunduğu (7), anksiyetenin %15-29 ve depresyonun %17-18 olduğu bulunmuştur (7). Türkiye de yapılan bir

başka çalışmada ise anksiyetenin %12-34 ve depresyonun %19-53 olduğu bulunmuştur (5).

Gebelikteki sağlık uygulamaları, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığında önemli bir yer alır. Bu sağlık uygulamaları, gebe, fetüs ve yeni doğan sağlığını içeren, gebeliğin gidişatını ve gebelik sonucunu etkileyen uygulamalar olarak söylenebilir (8). Doğru uygulanan sağlık davranışları gebeliği pozitif etkilerken, riskli sağlık davranışları gebeliği ve gebeyi negatif yönde etkilemektedir (9). Gebelikteki sağlık uygulamaları; gebelikte dinlenme ve uyku, dengeli beslenme, düzenli egzersiz, travma, diş bakımı, kafein kullanımı, uyuşturucu madde kullanımı, prenatal bakım, sigara kullanımı, hijyen, bağışıklama, alkol kullanma, toksik maddeler gibi konuları içermektedir (1,8). Gebelik döneminde yaşanan distres ise gebelikte düzenli kontrollere gitmemeye, sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımına, fazla kafein tüketimine, yetersiz beslenme ve kilo alımına ve yetersiz egzersize neden olarak, düşük doğum ağırlıklı bebek ya da erken doğuma neden olabilir (10). Gebelikte yaşanan distres, travmatik doğum riskini artırdığı, doğum sonu depresyon, anne-bebek bağlanmasını ve aynı zamanda kadının fiziksel ve emosyonel iyilik durumunu olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (11).

Depresyonda ki gebeler sağlık personelinin daha az bakım almakta ve kendi öz bakımına daha az özen göstermekte, bu yetersiz bakım alma sonucu gebelerde ağrı ve rahatsızlıklar daha fazla ortaya çıkmaktadır. Depresyonda olan gebe kadınlarda, bulantı ve kusma, mide ağrısı, solunum problemleri, gastrointestinal sistem yakınmaları, kalp çarpıntısı ve baş dönmesi sorunları depresyonda olmayan gebelere göre daha fazla görülmektedir. Aynı zamanda gebelik depresyonu postpartum depresyon riskini de 6.5 kat artırdığı tespit edilmiştir (3).

Gebelik ve doğum komplikasyonları nedeni ile dünyada her yıl 500.000 den fazla sayıda kadın yaşamını yitirmektedir. Yaklaşık sekiz milyon bebekte doğumunun ilk birkaç gününde hayatlarını kaybetmektedirler (12). Ana ölüm oranı DSÖ 2015 sağlık istatistiklerine göre; dünya genelinde 100 000 canlı doğumda 210'dur (13). Türkiye'de ise bu oran, 2015 yılında 100 000 canlı doğumda 14.7 olarak tespit edilmiştir (14). Kadın sağlığı özelde anne ve çocuk sağlığını ilgilendirirken, genelde aile ve toplum sağlığını ilgilendirmektedir (1).

Gebelik sürecine yönelik isteksizlik ve ihmaller annenin ve bebeğin sağlığını riske sokabilir. Gebelikteki distresin getirdiği sorunların önlenmesi kadın ve çocukların sağlığı için oldukça önemlidir. Türkiye'de gebelerde distresin görülmesi ve distresin önlenebilir olması, gebelik dönemindeki sağlık uygulamalarını ve bu uygulamaları etkileyen etmenlerin bilinmesini önemli kılmaktadır. Distres konusunda hemşirelerin farkındalığı artırılmalı ve gebelikteki distresin önlenebilir olması, gebelik dönemindeki sağlık uygulamalarını ve bu uygulamaları etkileyen etmenlerin bilinmesini önemli kılmaktadır. Hemşireler distres riski altında olan gebeleri tespit edip distresi azaltılarak bu dönemlere ait fiziksel ve psikolojik uyumun kolaylaştırılması distresi azaltmalıdır.

Bu araştırmanın amacı; distres riski altındaki gebelerin sağlık uygulamaları üzerine etkisini belirlemektir, ayrıca bu araştırmada şu sorulara da yanıt aranmıştır.

- Gebelerdeki distres sağlık uygulamalarını etkiler mi?
- Gebelerin sosyodemografik özellikleri distres ve sağlık uygulamalarını etkiler mi?
- Gebelerin obstetrik özellikleri distres ve sağlık uygulamalarını etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

“Gebelik fertilizasyondan itibaren doğuma kadar yaklaşık 267 günde canlı fetüsün doğumuyla sonlanan fizyolojik bir olaydır” (1). Fertilizasyonun oluşumu ise erkek meninin kadın vajenine boşaltılması ve spermelerin yumurtayı döllenmesiyle gerçekleşir. Milyonlarca sperm yumurtaya gelir fakat spermlerden bir tanesi yumurtayı döllenme yeteneğine sahiptir (15). Döllenme ile vücutta birtakım fizyolojik, psikolojik, sosyal değişiklikler meydana gelir (16). Döllenmeyle başlayan bu fiziksel değişiklikler büyüyen ve gelişen fetüsün gereksinimlerini karşılayarak ve uygun ortam sağlayarak gebeyi doğuma hazırlar. Fizyolojik değişimle beraber gebenin sistemlerinde ve metabolizma düzeninde de değişimler olur. Kadının bu değişimlere, gebeliğe ve kendisini garipsemeden, utanmadan bu duyguya alışabilmesi ve anneliği benimseyebilmesi her gebe için farklıdır. Bu yüzden gebelikte psikoloji olumlu yönde seyredebileceği gibi olumsuz yönde de seyredebilir ve bu değişimler duygusal zorlanmadan psikolojik rahatsızlıklara kadar pek çok süreç içinde yer alır (17). Gebe bu fizyolojik ve psikolojik değişimleri yaşarken gebenin eşi ve ailesi de psikolojik ve sosyal değişimler yaşamaktadır ve onlarında bu sürece adapte olmaya ihtiyaçları vardır (1).

Gebelikte mutluluk, doyum, olgunluk ve kendini gerçekleştirme gibi duygular yaşanacağı gibi endişe, stres, kaygı gibi olumsuz duyguların da yaşanabileceği bir dönemdir (4). Gebelik süreci stresli olabilmektedir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir (3).

2.2. Gebelik ve Sağlık

“Sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, beden, ruh ve sosyal yönden tam iyilik durumudur” (18). Kadın sağlığı “toplumda her yaşta tüm kadınları kapsayan geniş bir sağlık hizmet alanıdır”. Kadın sağlığı hizmetleri, kadının anne karnındaki yaşamından başlayıp, çocukluk, yetişkinlik ve yaşlılıktan ölümüne kadar devam eden sağlık hizmetlerinin tümünü içerir. Kadın sağlığı, aile sağlığını, dolayısıyla toplum sağlığını ilgilendiren bir kavramdır. Ana Sağlığı: “15-49 yaş grubundaki kadınların gebelik, doğum, loğusalık dönemlerindeki sağlık hizmetlerini içerir”. Kadın sağlığı ile ana sağlığı hizmetlerinin sınırları genişletilmiştir. Bugün, sağlık hizmetlerinin planlanmasında, "kadın sağlığı" kavramı göz önüne alınmaktadır (19).

Kadınlar anne karnındaki yaşamından başlayarak, çocukluk ergenlik, erişkinlik dönemlerine kadar erkeklerden daha fazla sağlık problemine maruz bırakılmaktadır. Dünyada kadınların şiddet, yoksulluk, aşırı iş yükü gibi olumsuz hayatlarına karşın psikolojik sorunlar daha fazla görülmektedir. Kadınlarda depresyon görülme oranı erkeklere oranla 1.7-2.7 kat daha fazladır. Üreme sağlığıyla ilgili sorunları yaşama olasılıkları kadınların erkeklere oranla daha yüksektir bu oran kadınlarda %36,6 iken erkeklerde %13,3 tür. Üreme sağlığı sorunları ise kadınlarda stres ve anksiyete yaratmaktadır (20). Gebelik fizyolojik bir süreç olmakla birlikte tüm gebelikler ve doğumlar belli oranda risk taşımaktadır. Gebelik, bazen sağlıklı kadınlar için bile riskli olabilmekte, bu risk bazı faktörlerin etkisi ile artabilmektedir (12). Anne ölüm oranı DSÖ 2015 sağlık verilerine göre; “dünya genelinde 100 000 canlı doğumda 210’dur” (13). Gelişmiş ülkelerde 2015 verilerine göre “100.000 canlı doğumda anne ölüm oranı 16 iken gelişmekte olan ülkelerde ise 230’dur “(100.000

canlı doğumda anne ölüm oranları Amerika 68, Güneydoğu Asya 190, Avrupa 17, Doğu Akdeniz 170, Batı Pasifik 45) (13). Türkiye’de ise anne ölüm oranı, 2017 yılı istatistiklerinde 100 000 canlı doğumda 14.6 olarak saptanmıştır (14). Gebeliğe bağlı anne ölüm oranı ise %74.2; tesadüfi nedenlerden ölen anne ölüm oranı %23.2’dir. Gebeliğe bağlı ölümlerinin %58.4’ü doğrudan, %15.8’i de dolaylı nedenlerden dolayı meydana gelmektedir (21).

Anne sağlığı toplumun diğer kesimlerinden farklı özellikler göstermektedir. Çünkü sağlıklı annelerden sağlıklı çocuklar doğar sağlıklı çocuklar ise sağlıklı toplumları oluşturmaktadır. Bu sebeple anne sağlığı özelde anne, çocuk sağlığını ilgilendirirken, genelde ise aile ve toplum sağlığını yakından ilgilendirmektedir (1).

2.3. Gebelikte Sağlık Uygulamaları

Gebelik döneminde kadınların uyguladığı sağlık davranışları, gebelikte ve postpartum dönemde bebek ve anne sağlığı için oldukça önemlidir. Gebelikte ki sağlık uygulamaları, hem gebenin kendi sağlığını hem de fetus ve yeni doğan sağlığını içeren, doğum öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemi de etkileyen davranış olarak tanımlanabilir. Gebelikte ki sağlık uygulamaları doğum öncesi bakım sırasında kazandırılmış olması daha sağlıklı gebelik geçirmek için önemlidir (8). Bu sağlık uygulamaları; gebelikte dinlenme ve uyku, dengeli beslenme, düzenli egzersiz, travma, diş bakımı, kafein kullanımı, uyuşturucu madde kullanımı, prenatal bakım, sigara kullanımı, hijyen, bağışıklama, alkol kullanma, toksik maddeler gibi konuları içermektedir (1,8).

2.3.1. Gebelikte Dinlenme ve Uyku

Uyku önemli fizyolojik gereksinimlerinden biridir ve aynı zamanda hem fiziksel hem de psikolojik sağlık için elzemdir (22). Gebelikte ki fizyolojik

ihtiyaçlardan dolayı artan metabolizma hızıyla birlikte gebelikten önceki duruma göre daha fazla uykuya ihtiyaçları vardır. Gebelikte büyüyen fetüsün yaptığı baskı sonucu artan abdominal rahatsızlıklar, bacak krampları, sık idrara çıkma, sırt ağrısı, hormonal değişiklikler, huzursuz bacak sendromu gibi gebelikteki değişimler uyku kalitesini ve uyku alışkanlıklarını bozmaktadır (1,23). Gebeliğin ilk trimesterinde bulantı, kusma, sık idrara çıkma ihtiyacı ve göğüslerdeki hasasiyet nedeniyle uyku problemi görülmektedir. Gebeliğin 10.haftasıyla beraber uyku düzeni değişmeye başlar çünkü progesteron hormonunun sedatize edici etkisi ortaya çıkar. İkinci trimesterde ise progesteron daha yavaş yükselmesi nedeniyle ikinci trimester de gebenin uykusu daha rahattır. Üçüncü trimesterde uyku kalitesi ilk iki trimestra göre daha düşüktür. Sık idrara çıkma isteği, nefes darlığı ve krampları nedeniyle uyku birçok kez bölünmektedir. Bu dönemde uyku periyodunda uzama, uyku süresinde azalma, uykudan daha sık uyanma görülmektedir (24).

Yapılan çalışmalarda üçüncü trimesterde gebelerin %97'sinde uyku bozukluğu tanımlanmıştır (23). Facco ve arkadaşlarının gebelik süresince uyku kalitesi ve apne sıklığını değerlendirdikleri çalışmada gebelik ilerledikçe uyku bozukluklarının arttığını gözlemlemişlerdir (25). Taşkırın'ın çalışmasında uyku kalitesi iyi olan gebelerin tamamında total uyku süresi 7 saat ve üzeri olarak tespit edilmiştir. Buna karşın uyku kalitesi kötü olan gebelerin sadece %37,2'sinin 7 saat ve üzerinde uyuyabildiği saptanmıştır (26). Çoban ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise gebelik haftası ile uyku kalitesi arasında negatif bir ilişki saptanmış ve gebelik haftası arttıkça uyku kalitesinin azaldığı belirlenmiştir (22).

Gebelikte ki fizyolojik ihtiyaçlardan dolayı artan metabolizma hızıyla birlikte gebelikten önceki duruma göre daha fazla uykuya ihtiyaçları vardır. Gebenin en

uygun uyku pozisyonu, sol yana yatması hafif bükülmüş sağ bacağın altına bir yastıkla desteklenmesi şeklindedir. Gebede uyku kalitesini artırmak için gebe kadına mümkünse gün içerisinde yarım saatlik uyku önerilmekte ve ortamın durumuna göre yatarak veya ayaklarda kan dolaşımını kolaylaştıracak şekilde yükseltilmiş oturuş pozisyonuyla dinlenmesi sağlanmalıdır. Yatmadan önce kafeinsiz sıcak ya da ılık bir içecek içmesi, sırta hafif bir masaj uygulanması, gevşeme egzersizleri önerilebilir (1).

2.3.2. Gebelikte Egzersiz

Egzersiz, “fiziksel durumunu güçlendirmek için yapılan ve bedensel hareketlerden oluşan fiziksel aktivite” olarak tanımlanır (27). Gebelikte egzersizlere 5. ya da 6. ayda başlanmalıdır, her gün yapılmalı, yavaştan başlanarak günde en az 20 dakikaya çıkacak şekilde artırılmalıdır (28). Gebelikte egzersiz verilirken dikkat edilmesi gereken gebedeki anatomik ve fizyolojik değişiklikler göz önünde bulundurulmalıdır. Kilo artışı, vücut postüründe ki değişimlerle vücudun ağırlık merkezinin değişmesi egzersiz sırasında eklem ve omurgaya artmış yük binmesine neden olur. Gebelikte egzersiz önerilirken komplikasyonsuz gebeliği olanlara gebelik öncesinde, sırasında ve sonrasında aerobik ve dayanıklılık egzersizleri yapmaya yönlendirilmelidir. Gebelikte güvenli fiziksel aktiviteler; yürüyüş, yüzme, sabit bisiklet, düşük dereceli aerobik yoga, modifiye pilates gibi aktivitelerdir (27).

Düzenli egzersizin sağlığa yararları olduğu gibi gebelikte de pek çok yararı vardır (29). Gevşeme egzersizlerinin hem gebelik hem de doğum sırasında yararlıdır. Bu egzersizler gebelik esnasında plasentaya giden kan akımını artırır, doğumda stresi ortadan kaldırır ve ağrılarla baş edebilmeyi kolaylaştırır. Ayrıca gebelikte egzersiz gebenin doğumunu etkileyerek kalça, karın ve bacaklarda ki kasların güçlenmesini,

rahat ve derin soluk almasını sağlar ve doğum evresini kısaltıp kolaylaştırdığı gibi fetüs sağlığı için de yararlıdır (28).

Dünya genelinde fiziksel inaktivite %21.4 iken, kadınlarda bu oran %23.7 ile daha yüksektir. Gebelik ise fiziksel aktivitenin daha da azaldığı bir dönemdir (30). Fiziksel inaktivite dünyada erken mortalite için dördüncü risk faktörüdür. Gebelikte fiziksel inaktivite ise aşırı kilo alımı, maternal obezite, gestasyonel diabet için risk faktörü oluşturmaktadır (27).

2.3.3. Gebelik ve Travma

Gebelikte yaşanan travma anne ve fetüsün sağlığını olumsuz yönde tehdit etmektedir (31). 18-40 yaş grubunda travmaya maruz kalmış bayanların %8' inde gebelik tespit edilmiş ve obstetrik nedenler dışında gebelerin % 6-7' sinin ölümüne, % 0.4' ünün ise hastanede yatışına neden olmaktadır (32). Gebelikte meydana gelen travmaların büyük çoğunluğu künt travmalardan meydana gelmektedir (31). Travmaların %49'u motorlu araç kazaları ilk sırada gelirken ikinci sırayı %25 düşmeler, %22 ile saldırı ve silahlı yaralanmalar, %7-23 aile içi şiddet ve son sırada da %1 ile yanıklar yer almaktadır. Gebelikte yaşanan orta ve ağır travmaların %46 oranında maternal, %40'a ulaşan oranda ise fetal mortalite ile sonuçlanmaktadır (33). Ayrıca gebelikte yaşanan travmanın şiddeti erken doğum, uterin rüptürü, kanamalar, fetal hipoksi gibi problemler anne ve fetal sağlığı tehlikeye sokmaktadır. Motorlu araç yaralanmaları sonucunda ise anne ve fetüste kayıp yaşanmasa bile, annede ciddi kafa, ekstremiteler, karın, göğüs yaralanmaları meydana gelmektedir. (31).

Gebelikte travmalara karşı önlemler alınmalıdır. Emniyet kemerini kullanımı anne ve fetüs ölümlerini %50 oranında azaltmakta ve emniyet kemerinin yatay kemer uterin corpusun altında çapraz kemer iki memenin arasında kalacak şekilde

bağlanması tavsiye edilmektedir. Ayrıca gebelikte şiddete sık rastlandığı için antenatal izlemlerde gebeler şiddet bulgusu doğrultusunda dikkatle gözlenmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır (31,33).

Bütün bunların yanında gebelikte kilo artışı, vücudun ağırlık merkezinde ki değişimle dengenin korunmasındaki güçlük ve değişen yürüyüş mekanizması nedeniyle gebeliğin son dönemlerinde düşme riski artmaktadır. Bu dönemde düşmeye bağlı travmaları önlemek için gebelere ortopedik ve alçak topuklu ayakkabıları tercih etmeleri konusunda önerilerde bulunulmalıdır (1).

2.3.4. Gebelik ve Kafein Tüketimi

Kafein metilksantin grubundandır ve dünyada en çok tüketilen farmakolojik maddelerden biridir. Kafein içeren yiyecekler; kahve, çay, kola, çikolata, bazı ilaçlar ve kakao tohumlarıdır. Kafein vücuda alındıktan sonra 1- 1,5 saat sonra kanda maximum seviyeye ulaşır (34). Kafein plasenta bariyerini kolayca geçer ve fetal hipoksiye, intrauterin büyüme ve gelişme geriliği, spontan abortus, düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum, fetal ölüm riskinde artış meydana gelebilmektedir (35). Aynı zamanda gebelikte kahve tüketimi demir emilimini azalttığı için anemi riskini arttırmaktadır (1). Bütün bunların yanında kafeinin anne sütüne ve amniyotik mayide geçişi olmaktadır (35). Rasch yapmış olduğu çalışmada günde 375 mg ve daha fazla kafein tüketimi spontan abortus riskini yükselttiği saptanmıştır (36).

Günlük önerilen kafein miktarı gebelerde 125 mg/gündür. Düşük ve orta derecede tüketilen kafein miktarının, fetüste toksik etkiye neden olmadığı belirtilmektedir. Gebelikte günlük kafein kullanım miktarı 300 mg'ın altına düşürülmesi önerilmektedir (35). 150 ml bir fincan kahvede ki kafein miktarı 60 ile

120 mg arasındadır (34). Hemşirelerin gebe izlemleri sırasında kafein tüketimi konusunda gebeleri bilgilendirmeleri önemlidir.

2.3.5. Gebelik ve Uyuşturucu Madde Kullanımı

DSÖ tanımına göre uyuşturucu; “bitkisel kökenli veya sentetik olup merkezi sinir sistemini etkileyerek fiziksel ve/veya ruhsal bağımlılık hallerine yol açan ve tutku yaratan bütün maddeler uyuşturucu madde sayılır.” şeklinde tanımlanmıştır. Uyuşturucu, belirli dozda alındığı zaman, kişinin sinir sistemi üzerinde etki ederek; akli, fiziki ve psikolojik dengesini bozan, fert ve toplum açısından iktisadi ve sosyal çöküntü meydana getiren, bağımlılık yapan, kanunların kullanılmasını, bulundurulmasını ve ticaretini yasakladığı maddelerdir (37). Gebelikte madde bağımlılığı bazı sorunlara neden olmaktadır; düşük riskinin artması ve prematüre doğum, gestasyonel büyüme geriliği, plasenta previa gibi hem anneyi hem fetüsü etkilemektedir. Alkol kullanan anneden doğan çocuklarda motor gelişim bozukluklarına, bilişsel bozukluklara, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi çocukluk çağı gelişim sorunlarına sebep olabilmektedir. Çocuklardaki gelişimsel bozukluklarının, kullanılan maddenin dozu ve süresi ile bağıntılı olduğu tesbit edilmiştir. Bir ya da birden fazla maddeye anne karnında maruz kalan çocuklarda sonraki dönemde ortaya çıkacak tıbbi sorunlar % 75 oranında tespit edilirken, maruz kalmayanlarda %27 oranında tespit edilmiştir (38). 2011 Türkiye uyuşturucu ve uyuşturucu bağımlılığı izleme merkezinin raporuna göre, 2010 yılında yatarak tedavi görenlerin dağılımı cinsiyete göre incelendiğinde; %94.07’sinin erkek, %5.21’inin kadın olduğu ve %0.72’sinin ise cinsiyetinin belirtilmediği bulunmuştur. Gebe kadınlarda sigara kullanımının ise %20-30 arasında, alkol kullanımının %15, kanabis kullanımının %3-10 arasında, kokain kullanımının ise %0.5-3 arasında olduğu

tahmin edilmektedir (38). Hemşirelerin gebeleri takip etmeleri ve kullanılan herhangi bir madde tespiti yapıldı ise gebenin madde kullanımını bırakması yönünde danışmanlık ve ileri kuruluşlara sevkinin yapılmasını sağlamalıdır (1).

Gebenin bağımlılığı fark edilmezse, anne ve fetüs üzerinde yaratacağı komplikasyonlar nedeniyle, hastanede tedavi edilmesi gerekebilir (1) ve multidisipliner yaklaşımda kadın-doğum hekiminin yanı sıra psikiyatrist, halk sağlığı uzmanı ve pediatrist ile birlikte hasta değerlendirilmelidir (39).

2.3.6. Gebelikte Cinsellik ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Gebelik süresince kadında, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler oluşmaktadır. Gebe bir kadında üretilen progesteron hormonu gebe olmayan bir kadına oranla 10 kat daha fazla, östrojen miktarı ise gebe olmayan bir kadının üç yılda ürettiği miktarla orantılıdır. Gebede yüksek düzeyde bulunan progesteron ve östrojen hormonları daha yumuşak ve düzgün bir cilde, parlak saçlara sahip olmasına, kendini daha iyi hissetmesine neden olduğu gibi, memeler ve cinsel organlarda oluşturduğu etki ile de cinsel ilişkiye daha hassas durum oluşturmaktadır (40).

Gebeliğin ilk trimestırın da, cinsel ilişki sıklığında azalma gözlenir. Bu dönemde gastrik distres, bulantı-kusma, yorgunluk, uykuya hali, genel fiziksel rahatsızlık, meme ve vajinal rahatsızlık cinselliğin azalmasına yol açan büyük faktörlerdendir. Cinsel ilginin azalması belirtilerin derecesiyle ilişkilidir. Bebeğe zarar verme ve çocuğu düşürme korkusu cinselliği etkiler. Bunun yanında doğum kontrolü gerekmediği için istek artışı da olabilir (40).

İkinci trimestır da gebeliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağladığı dönemdir. Birinci trimestırda ki yakınmalardan kurtulan ve psikolojik olarak

gebeliğe uyum sağlayan gebede (41) pelvik konjesyon artar ve cinsel ilişkiye ilginin arttığı gözlemlenir (1).

Üçüncü trimestır uterusun büyümesine bağlı olarak fiziksel rahatsızlıklar farklı bir şekilde ortaya çıkabilir. Yorgunluk, halsizlik, mide problemleri, solunum sıkıntısı, pelvik ligament ağrıları, sık idrara çıkma, hareketin azalması, memelerden süt gelmesi gibi belirtiler, cinsel ilişki ve orgazm sırasında ortaya çıkan güçlü uterus kasılmaları cinselliğin azalmasına neden olur. Bazı kişiler gebeliğin geç döneminde koitusun erken doğuma neden olacağını düşünürler (41).

Arıca ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada gebelik öncesi dönemde ortalama libido skoru 7.10 iken, gebelik döneminde ise 5.5 olarak saptamışlardır. Ayrıca birinci trimester da libido skoru 6.2, ikinci trimester da 5.7 ve üçüncü trimester da ise 5.0 olarak tespit edilmiştir (42).

Gebelik süresince erkeğin ruhsal durumu cinsellik üzerinde etkisi vardır. Bu süreçte erkeklerin de çeşitli duyguları vardır, sıklıkla gururlu ve mutlu olmakla birlikte, ambivalans, eşi ile cinsel yaklaşımdan kaçınma, gebeliğe zarar verme korkusu, bebeğin eşinin yaşamındaki yerini kıskanma, yetersizlik konusunda anksiyete ve depresyon sayılabilir (40).

Eski literatürlerde ilk üç ayda düşükleri önlemek, son haftalarda da enfeksiyonu önlemek için cinsel birleşme yasaklanmaktaydı. Fakat günümüz de cinselliğe engel tıbbi problemler olmadıkça, gebeliğin son dört haftasına kadar cinsellik yasaklanmamaktadır. Gebelikte cinsel ilişkinin yasaklandığı durumlar; önceki gebelikte tekrarlayan düşük, erken doğum, servikal yetmezlik, şimdiki gebeliğinde düşük tehdidi, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü, vajinal

kanama, genital bölgede enfeksiyon, eşte cinsel yolla bulaşan enfeksiyon olmasıdır (40).

Erkeklerde veya kadınlarda teşhis edilmemiş genital enfeksiyon varlığında tedavi süresince cinsel ilişki yasaklanmalıdır. CYBH'dan genital enfeksiyonlar, fertilité ve perinatal mortalite ve morbiditeyi etkilemektedir (43). Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların asendan yolla fetal zarları ve bunu takiben amnion sıvısını enfekte edebildiği, preterm eylem, erken membran rüptürüne neden oldukları düşünülmektedir (44). Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan HIV le enfekte olmuş yenidoğanların doğumda gebelik yaşları küçük olur. Gebeliğin erken dönemlerinde enfeksiyonla karşılaşan yenidoğanlarda mikrosefali, çıkıntılı alın, düz burun köprüsü gibi özellikler dikkat çekmektedir.(1,43).

Dwyer tarafından yapılan çalışmada, gebe kadınların eşleri tarafından kondom kullanımının çok sık olmadığı belirtilmiştir. Gebelerin yalnızca %6'sı eşlerinin daima kondom kullandığını bildirmiştir. Gebelerin %67'si eşlerinin hiç kondom kullanmadığı yanıtını vermiştir. Sonuçlarda çiftlerin %91'inin hiç ya da nadiren kondom kullandıkları belirtilmiştir. Sadece birkaç gebe cinsel ilişkide bulunduğu eşinin cinsel yolla bulaşan hastalık taşıdığı farkındadır. Dwyer tarafından yapılan çalışmada, kadınlara partner sayısı sorulmuş ve gebelikleri süresince kadınların %27'sinin çok eşli olmasına rağmen, %73'ü tek eşe sahip olarak bulunmuştur. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların cinsel eş sayısı çoğaldıkça artmakta ve kondom kullanmayla azalmaktadır (43). Cinsel ilişkiden kaçınma veya uygun ve doğru bir şekilde kondom kullanılması, söz konusu enfeksiyonun bir kişiden diğerine geçmesini önleyecektir (45). Bu yüzden hemşirelerin gebelik döneminde de cinsel

yolla bulaşan hastalıklardan korunma açısından kondom kullanımının önemi üzerinde durmalıdır.

2.3.7. Gebelik ve Alternatif Tıp

Bilimsel tedavi dışındaki tedaviler genel olarak tamamlayıcı ve alternatif tıp olarak ifade edilmektedir, alternatif tıp bilimsel tedaviye ek olarak ya da onun yerine kullanılan tedaviyi içermektedir. İnsanlar genellikle kültürel yapılarıyla bağdaşan tedavi yöntemleri kullanmaktadırlar. Bu yöntemlerden bazıları; akupunktur, yoga, rahatlama hareketleri, manipülasyon teknikleri, meditasyon, egzersiz, geleneksel Çin ilaçları, doğal östrojen kaynakları, diyet, vitaminler ve mineraller yer almaktadır (46). Tamamlayıcı tedaviler sırt ağrısı, bacak krampları, yorgunluk, mide şikayetleri gibi gebelikte ilgili yakınmaların tedavisinde kullanılmakla birlikte etkililiği konusunda kanıtlar yetersizdir (47). Gebeliğin son aylarında bel ve sırt ağrılarında ki artışa alexander tekniği yardımcı olup, bu ağrıların kısa sürede giderilmesine, bebeğin omurgaya yaptığı bası sonucu bozulan gebelik postürünün düzelmesine yardımcı olmaktadır. Gebelikte yapılan dans terapisi ise sağlıklı ve güvenli bir hamilelik için önerilmektedir. Aynı süreçten geçen anne adaylarına, psikolog eşliğinde duygu ve tecrübelerini birbirleri ile paylaşma fırsatı sunar. Gebelerde yapılan yoga vücutta meydana gelen ödemleri, özellikle son aylarda hissedilen krampları azaltır, karın kaslarını güçlendirerek ve masaj etkisi yaparak bağırsak hareketlerini kolaylaştırır, iştahın kontrol altına alınmasında rol oynar (46).

2.3.8. Gebelik ve Vücut Hijyeni

Gebelikte hormonların etkisiyle yağ ve ter bezlerinin salgısı artar. Bu yüzden normal zamanlarda dikkat edilmesi gereken temizlik, gebelikte çok daha fazla önem gerektiren bir durumdur. Ter ve yağ bezlerinin oluşturacağı kokuları önlemek için

gebenin her gün, ayakta, ılık duş alması, cilt kuruluşunu önleyebilmek için banyo sonrası özellikle karına yağlı krem sürmesi önerilebilir. Gebelikte günlük yıkanma sayısında bir kısıtlama yoktur ve çatlakları önlemek için vücuda nemlendirici kremler sürmesi esnekliği sağlayacağı için oldukça önemlidir (1). Aynı zamanda banyo yaparken sıcaklığın çok yüksek olmamasına ve çok soğuk olmamasına dikkat edilmeli ve duş şeklinde ılık suyla yıkanmak tercih edilmelidir. Gebeliğin son trimesterında bedenın ağırlık merkezi değiştiğinden tabureye oturarak yıkanmak daha uygun olacaktır (1,17). Genital organ temizliği gebelikte daha da önem kazanmaktadır çünkü vajinal salgılarda artış söz konusudur. İç çamaşırlarının her gün değiştirilmesi enfeksiyon riskini azaltmada önemli bir adım olduğu gibi vajinal duş uygulaması da kesinlikle uygun değildir. Gebelikte hijyene dikkat edilmesi gereken organlardan biride memelerdir (17). Artan hormonların etkisi ile büyüyen memeler alttan iyi destekleyecek, büyüklüklerine uyan, meme uçlarına sürtünme yapmayan sütyen tercih edilmelidir. İkinci trimestirden itibaren kolostrum denilen sütün geldiği gözlenebilir kolostrum meme uçlarında kurduğunda bunu ılık suyla ıslatılmış bir bezle temizlenerek silinmesi ve memenin kuru tutulması, gerekiyorsa göğüs pedi kullanılması önerilmektedir. Göğüs petlerinin yeterli sıklıkla değişimi gerekmektedir. Aksi durumda göğüs petleri de enfeksiyona neden olmaktadır (1,17).

2.3.9. Gebelik ve Toksik Kimyasallar

Toksikoloji "zehir bilimi" demektir (48). "Toksik madde canlı organizmada zararlı etki gösteren herhangi bir madde" olarak tanımlanabilir. Prenatal toksikoloji, ise ilaçlar, kimyasal maddeler ve diğer toksik maddelerin, gebeliğin gelişmesi üzerine olumsuz etkilerini ifade etmektedir (49).

Embriyo, implantasyondan önce, toksik maddelere karşı büyük ölçüde duyarsız haldedir. İmplantasyon embriyonun toksik maddelere karşı en duyarlı olduğu zamandır. Toksik kimyasallardan etkilenme, organ ve fonksiyonlarının geliştiği dönemden doğuma kadar giderek azalır. Fetal anomaliler, daha çok embriyonal dönemde ortaya çıkar (49). Bu dönem implantasyondan sonra iki aylık dönemdir (1).

Gebelerde görülen zehirlenme en fazla ikinci trimestirde görülmekte, bu zehirlenmelerden hem anne hem fetüs etkilenmektedir. Toksik maruziyetin büyük çoğunluğu kazara olup, %50,3'ü oral, %30'u solunumsal,%10,3'ü deri yoluyla olmaktadır (50). Gebelikte görülen fizyolojik değişikliklerin toksikolojik etkileri arttırıcı veya azaltıcı etkileri görülmektedir. Sindirim sisteminde intraözefageal basınçta azalma, uzamış gastrik boşalma ve karaciğer enzim aktivitesinde azalma görülmektedir. Bu fizyolojik değişiklikler gastrik lavajın uzun süreli olması için potansiyel bir fırsat sağlarken, toksin maruziyetini, aspirasyon, enteral absorbsiyon riskini ve hepatotoksisite riskini de aynı oranda arttırmaktadır. Solunum sistemi ile ilgili fizyolojik değişikliklerden üst solunum yolunun perfüzyonunun artması, hiperkarbi ve hipoksemiye daha yüksek duyarlılığa sebep olmakla birlikte; artmış dakika ventilasyonu, artmış difüzyon kapasitesi ve azalmış rezidüel akciğer volümü toksik inhaler ajanın absorbsiyonunun artmasına neden olarak zehirlenme riskini arttırmaktadır (50). Gebelik planlayan kadınlara gebelik öncesi dönemde toksik kimyasallardan korunma hakkında bilgi verilmelidir.

2.3.10. Gebelik ve İlaç Kullanımı

Gebelikte ilaç kullanım risklerini ve ilaçların etkilerini değerlendirmek için, gebeliğin trimestirleri göz önünde bulundurulmalıdır. Birinci trimestir sırasında ilaca

bağlı oluşan anatomik bozukluklar daha sonraki trimestirlerde azalırken kullanılan ilaçlar genelde fetal gelişim ve büyümeyi etkiler (51). Son adet tarihinden itibaren 31. gün ile 71. gün arası teratojen etki ya hep ya da hiçtir, ya fetus kaybedilir ya da etkilemez (52). En büyük risk gebeliğin ilk trimestirinde görülür. Santral sinir sistemine ait bozukluklar en erken başlayan bozukluklardır ve fetüsün büyüme ve işlevsel gelişimi etkilenir. Kimyasalların ve ilaçların anatomik oluşum bozukluklarına etkisi bilinmekteyken, fonksiyonel ve davranışsal değişikliklere neden olup olmadığı henüz çok açık değildir. Hamilelikte ilaç kullanımı konusundaki ve ilaçların etkilerine yönelik bilgiler sınırlıdır (51). Gebeliğin ilk aylarında hiçbir ilacın tümüyle güvenli olmadığı unutulmamalıdır. Kullanılan ilaçların, anneye yararı fetüse vereceği zarardan fazla olduğu düşünülen ilaçlar kullanılması önerilir, özellikle ilk trimesterde mümkünse ilaç kullanılmamalıdır. Gebelikte ilaç kullanımı daha önce yaygın olarak kullanılan ve güvenli olduğu kabul edilen ilaçlar kullanılmalıdır (1,51). Ayrıca en kısa sürede etki gösteren ve süreli tedavide en düşük doz planlanarak kullanılmalıdır. Özellikle kronik tedavi sırasında ilacın anne karnındaki konsantrasyonu arttıkça fetusa ulaşma ve zararlı olma riski artar (51).

2.3.11. Gebelik ve Beslenme

Gebelik döneminde anne ve bebek sağlığını etkileyen birçok etmen vardır. En önemli etmenlerden biri gebenin yeterli ve dengeli beslenmesidir. Gebe kadının beslenmesi ile anne karnındaki bebeğin sağlığı arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır (1,53). Gebelikte önemli olan annenin iki kişilik yemek yemesi değil yeterli ve dengeli beslenmesidir (54). Gebe kadın gebeliği süresince kendi fizyolojik gereksinmelerini karşılamak, vücudundaki depolarını dengede tutmak, anne karnındaki bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişmesini sağlamak, emzirmeye hazırlık

için salgılanacak sütün enerji ve besin öğelerini karşılamak için yeterli ve dengeli beslenmek zorundadır. Eğer anne yetersiz ve dengesiz beslenirse; prematüre doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, bedensel ve zihinsel gelişimi yetersiz bebek doğumları, ölü doğumlar, anemi, kemik dokusu bozuklukları, gebelik toksemisi, ödem, ağırlık kazanımının yetersiz olması ile birlikte bebek ve anne sağlığının bozulması ve bunların yanında anne ve bebek ölümleri görülme oranı artmaktadır (53). Sağlıklı bir gebelik ve doğum için dengeli ve düzenli beslenme de yemekler genellikle 3 ana öğün ve 2-3 ara öğün şeklinde yenilmelidir. Günlük kullanılan enerji artışı 300 kcal'dir ve gebelik öncesi kalorisinin %17 si kadardır. Vitamin ve mineraller için ihtiyaç %20-100 oranındadır. Bu nedenle seçilecek yiyecekler sadece enerji ihtiyacı için değil artmış mineral vitamin desteğini sağlamak için yüksek kapasiteli besinler tercih etmek gerekir (54). Gebe kadının normal zamanda yediklerine ek olarak tüketmesi gereken besinler, miktarları ve beslenme ilkeleri:

- Bir su bardağı kadar süt veya yoğurt veya 2-3 kibrit kutusu kadar peynir veya 1-2 kaşık çökelek. Süt veya yoğurt yemekler içinde de tüketilebilir.
- Bir tane yumurta veya yumurta kadar et, tavuk, balık. Bu besinlere ulaşamıyorsa; kurubaklagil yemekleri, mercimekli veya nohutlu çorbalar tüketilebilir.
- Yemeklerle birlikte C vitamininden zengin sebzeler, meyveler ve taze meyve suları tüketilmelidir.

Sebzelerin ve kuru baklagillerin haşlama sularının dökülmesi vitamin ve mineral kayıplarına neden olacağı için haşlama suları dökülmemelidir ya da az suyla haşlanmalıdır.

- Yemekler azar azar ve sık sık tüketilmelidir, (ana öğün ve ara öğün şeklinde tüketilmelidir).
- Sıvı alımı asla ihmal edilmemeli, günde en az 8-10 bardak su içilmelidir. Özellikle kabızlık şikayeti varsa bol su içerek, kabuğu ile yenen meyveleri tüketerek, her öğünde sebze ile salataya yer vererek ve yürüyüş yaparak bu sorunun önüne geçilebilir (17).

2.3.12. Gebelik ve Sigara Kullanımı

Sigara tüketimi dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sorunu olduğu gibi ülkemizde de önemli sağlık sorunlarından biridir. TNSA' da gebe kadınların, gebelikte düzenli sigara içme oranı %16,1 bulunurken, düzensiz ve hiç içmeyenlerin oranı % 83,9 olarak bulunmuştur (55). Sigara içen gebe kadınlarda sigaranın gebe kadında oluşturduğu uzun ve kısa vadeli etkileri vardır. Bunlar; bronkokontrüksiyon yaparak akciğerlerin daha az havalanmasını sağlar, vazokontrüksiyon yaptığı için tansiyonu yükseltir, taşikardi, bulantı ve kusmaları artırır, koku ve tat duyusunda azaltır, çabuk yorulmaya yol açar ve iştahsızlığa neden olur (56).

Gebelik döneminde sigara maruz kalınması halinde gebeliğin her safhasını ve doğumu olumsuz etkilemekte birlikte fetüsün gelişimini olumsuz etkilemekte ve düşük tartılı doğum, erken doğum, ölü doğum, bebeklerin yarı dudak ve yarı damaklı doğması, bebeğin akciğerlerinin yeterince gelişmemesi gibi tablolara neden olmaktadır (1). Ayrıca gebelikte içilen sigaranın uzun vadede çocukta bilişsel fonksiyon, genel zeka, akademik başarı, psikiyatrik sorunlar, alkol-uyuşturucu kullanımı, duygu durum bozukluğu, ergenlik döneminde kriminal suç işleme, tip 2 diyabet ve obezite, çocukluk dönemi kanserleri ve göğüs hastalıkları ile ilişkili olduğu bilinmektedir (56).

Anne adayını gebelik haftasına bakmaksızın sigarayı bırakmalıdır. Sigara ilk trimesterde bırakıldığı zaman fetüs, diğer trimesterlere oranla daha az zarar görür. Gebe ne kadar az sigara içerse, fetüs daha az etkilenir. Bu nedenle gebenin sigarayı bırakması için vakit kaybetmemeli bir an önce sigarayı bırakmalıdır (56). Hemşire sigara içen gebe ile ilgili risk gruplarını belirlemede ve sigarayı bıraktırma konusunda önemli bir yere sahiptir.

2.3.13. Gebelik ve Alkol Kullanımı

Madde kullanımı toplumda giderek yaygınlaşan bir sorun olmakla birlikte kadın erkek arasındaki fark azalmakta ve gebelerde de bu oran giderek artmaktadır. Gebelik boyunca madde kullanımı sonucu anne, yeni doğan ve çocuk üzerinde bir takım zararlı etkilere neden olmaktadır (38). Bu zararlı etkiler; fetüsün karaciğeri ve böbrekleri tarafından alkolü metabolize edemediği için birikime bağlı hücre hasarları oluşur. Alkol plasenta geçişleri bozarak gerekli maddelerin fetüse geçişini de azaltır bu duruma bağlı olarak intra uterin büyüme-gelişme geriliği ile sonuçlanır (57). Özellikle ilk trimesterde, günde en az iki kadeh alkol tüketiminin fetal alkol sendromuna yol açtığı ortaya çıkmıştır (58).

Fetal alkol sendromunda iskelet-eklem anomalileri, inmemiş testis, hidrosefali, yarı damak, vertebral malformasyonlar, renal anomaliler, sekonder görme-ışitme ve konuşma bozuklukları ile yeni doğanda irritabilite ve titremeler (39), yenidoğanlarda dikkat dağınıklığı, kilo değişikliği, davranışsal bozukluklar, gelişme geriliği, zeka geriliği, kafatası ve yüzde yapısal bozukluklar ve kalp anomalileri görülebilmektedir (38).

Alkolün gebelikte fetüs üzerine etkileri ortadan kaldırmak için gebelere alkolün riskleri anlatılmalı, sık prenatal kontrol yapılmalı. Gebe danışmanlık ve rehabilitasyon programlarına dâhil edilmelidir (39).

2.3.14. Gebelik ve Diş Bakımı

Gebelik sırasında, ağız ve diş sağlığında bazı değişiklikler meydana gelir. Bu değişikliklere östrojen ve progesteron hormon düzeyindeki artışla ilgili olarak ortaya çıkar. östrojen seviyesinin kanda yükselmesi ağız ve diş etinde hiperemi, gingivitis ve kanamaya yol açar. Bazı gebelerde ciddi vasküler hipertrofi gelişmesi ile diş etinde kırmızı ve ödemli bir görünüm alır ve bu da kolayca kanamalara sebep olur. Diş etinde görülen değişiklikler bazen diş kayıpları ile sonuçlanabilmektedir (1).

Gebelikte diş fırçalama ihmal edilirse diş çürümesinde de hızlanma gözlenebilir. Özellikle ilk aylarda görülen kusmalardan sonra ağızdaki ortamın asitliği maksimuma ulaştığından bu sırada dişleri fırçalamak mine yüzeyinde aşınmalara sebep olur. Yapılması en uygun davranış, kusmadan sonra ağız bol suyla çalkalayıp 20-30 dakika bekledikten sonra dişleri fırçalamaktır. Gebeler günde en az iki kez, mümkün olan durumlarda her yemekten sonra dişler fırçalanmalıdır. Gebelikte diş tedavisi için en uygun zaman ise gebeliğin 4. ve 6. ayları arasındaki dönemdir (59). Gebe izlemlerinde gebelere ağız diş sağlığı ile ilgili bilgiler verilerek ağız diş sağlığını korumaya yönelik önlemler alınmalıdır.

2.3.15. Gebelikte Kilo Alımı

Gebelikte alınan kilo fetüsün büyüme ve doğum kilosunu etkiler. Gebenin sadece kilosunu bilmek beslenme durumunu değerlendirmede yeterli olmayabilir bunun yanında beden kitle endeksini bilmek daha kıymetlidir. Beden kitle indeksine göre düşük ağırlığa sahip gebeler 12.5-18, normal kiloya sahip olanlar 11.5- 16

yüksek beden kitle endeksine sahip olanlar 7-11.5, şişman olanlar ise 7 kilo ve altı kilo almaları önerilmektedir. Gebelikte kilo artışının 6 kg'ı fetüs ve uterusu, 3 kg'ı vücut sıvılarına, 4 kg'ı yağ birikimine aittir (1). Gebelikte normal beden kitle endeksine sahip bir kişide günlük 300 kilokalorilik artış tavsiye edilmektedir (1,54).

Gebelikte yetersiz kilo alma düşük doğum ağırlığı, yenidoğanda morbidite ve mortalite riskinin artmasına neden olur. Gebelik öncesi normal kilolarının yüzde 10 ya da daha altında olanlar ve gebeliğinde yetersiz kilo alan kadınların düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskleri yüksektir. Gebelikte şişman kadınlarında dikkatlice izlenmesi gerekir. Bu kadınlarda gestasyonel diyabet olmasa da bebeğin iri olma riski, tromboemboli, hipertansiyon, gebelik diyabeti ve enfeksiyon riski, zor doğum eylemi yönünden risk altındadırlar (1). Ayrıca doğum sonu dönemde ise obez lohusalarda doğum sonu kanama, endometritis, yara enfeksiyonu ve yara açılması gibi komplikasyonlar sık görülmektedir. Doğum sonu kanamalar; kasların tonüsünün azalması, uterus fundusunun batından palpe edilememesi, fiziksel aktivitenin az olması nedenleri arasındadır (60). Hemşire, ebe ve hekimlerin doğum öncesi bakımda gebelerin kilo takibini yapmaları önemlidir.

2.3.16. Gebelik ve Toksoplazma

Toksoplazmozun etkeni olan toxoplasma gondii, tüm dünyada yaygın olarak bulunan parazittir (61). Bulaşma yolları kedi dışkısı ile kontamine yiyecek ve içeceklerin tüketilmesi, etlerin az pişmiş ya da çiğ tüketilmesi, kan transfüzyonu ile bulaş gerçekleşir (1,62). Gebeliğin ilk trimestrında fetüse bulaş oranı yüzde % 6 olmasına rağmen fetüste ciddi komplikasyonlar gelişebilir (62). Nörolojik bozukluklar, mental retardasyon, mikrosefali, hidrosefali, düşük doğum ağırlığı görülen bu komplikasyonlar arasındadır. Gebelik haftasında bulaş oranı %40,

gebeliğin 36. haftasında geldiğinde bulaş oranı yüzde %72 olmaktadır ancak fetüste ortaya çıkan bulgular genellikle asemptomatiktir. Fetüste toksoplazmoz hastalık yapma riski haftasına göre; 13. haftada %61, 26. haftada %25, 36.haftada ise %9'dur. Bu nedenle toksoplazmoz taramalarına gebeliğin ilk üç ayında yapılmalıdır (63). Gebelikten 2-3 ay önce geçirilen enfeksiyonların da fetüse etkisi olabileceği düşünüldüğünden, gebelik öncesi ya da gebelik süresince geçirilen enfeksiyonların tespiti çok önemlidir (61).

Toksoplazmadan korunmada kedi dışkısı ile kontamine olma olasılığı olan materyale dokunurken eldiven giyme, elini yıkama, eti iyi pişmiş olarak yemek, çiğ et ile temas eden yüzeyleri ve aletleri temizlemek, çiğ süt içmemek, çiğ yumurta yememek pişmemiş meyve, sebzeleri yemeden önce yıkamak çiğ et ve sebzelere dokunduktan sonra ellerini ve aletleri yıkamak yer almaktadır (63). Sağlık personeli aracılığı ile gebelik planlayan kadınlara ve gebelere toksoplazmadan korunma konusunda eğitimler verilmelidir.

2.3.17. Gebelikte Rahatlama Yöntemleri

Gebelik, doğal bir yaşam olayı olmasının yanı sıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir (64). Fizyolojik ve psikososyal dengenin değişimi, aile ve iş hayatındaki rollerin değişmesi, ebeveynliğe uyum sağlamaya çalışması gibi nedenler gebe ve ailesi için biyo-psikososyal uyum gerektiren bir süreçtir. Bu nedenlerden dolayı gebelik, annelerin hayatında yüksek etki gösteren stres dönemdir ve stresle baş etmede bazı rahatlama yöntemlerine başvurulmalıdır. Gebenin ailesinin stres ve krizle baş etme becerileri, pozitif iletişim, birlikte olumlu zaman geçirme, çevreden alınan yardım, manevi iyilik hali, gebenin

stresle baş etmede etkili rahatlama yöntemlerindedir (65). Bunların yanında ayrıca gevşeme egzersizleri, solunum egzersizleri, fiziksel egzersiz, düşünme (katatimi), yoga, masaj terapisi, akupunktur, biyolojik geri bildirim, sosyal desteğin sağlanması, müzik terapisi, maneviyatı güçlendirme gebelikte ortaya çıkan stresle baş etmede etkili rahatlama yöntemlerindedir (45).

2.3.18. Prenatal Bakıma Başlama Zamanı ve Doğum Öncesi Bakım

Doğum öncesi bakım (DÖB), anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak dikkatli bir şekilde bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir. İdeal izlem planı 7.ayın sonuna dek ayda bir kez 8. aydan 9. aya kadar 15 günde bir kez 9. ayda haftada bir kez olmak üzere toplam 11 izlem ideal olmalıdır. Türkiye de gebelerin 12. haftaya kadar saptanması ve ilk izleminin yapılması, doğuma kadar da en az altı kez izlenim yapılması gerekmektedir. Gebelikle alakalı risk saptanan gebelerin izlem sayısı artırılmalıdır (66).

DÖB' nin temel amacı, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmesi ve sağlıklı bir bebeğin dünyaya gelmesini sağlamaktır. Bu amaca yönelik prenatal bakıma başlanırken ilk olarak annede gebelikten önce var olan hastalık ve riskli gebelikler saptanır. Gebelik komplikasyonları olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisi belirlenip gerekirse daha donanımlı bir hastaneye sevki sağlanır ve fetus intrauterin hayatta izlenir, anne tetanoza karşı bağışık kazandırıp, doğum eylemi için plan oluşturulur (66).

Anne sağlığı özelde aileyi genelde toplumu ilgilendirir. Çünkü sağlıklı bir kadın sağlıklı bir gebelik ve sağlıklı bir çocuk dünyaya getirir. Sağlıklı çocuk da sağlıklı toplumun bireylerini oluşturur (1). Sağlıklı bir gebelik dönemi geçirebilmek

için de doğum öncesi güvenilir bilgi kaynaklarından güvenilir bilgi almak önemlidir. Düzenli sağlık kontrollerine gidilmesi, doğru beslenme ve dinlenme alışkanlıklarının yanı sıra, normal gebelik seyrinin ve olası gebelik komplikasyonlarının bilinmesi, bilgi alınacak kaynağın doğru seçilmesi, bebeğin normal kiloya ulaşması, kolay lohusalık dönemi geçirmek, lohusalıkta sütün kaliteli olmasını sağlamak için gebelik öncesi beslenme alışkanlığını gebelikte tekrar gözden geçirmek önemlidir. Bu konular hakkında doğru sağlık uygulamaları kazanmak gebelerin eğitimiyle mümkün olmaktadır (65).

2.3.19. Prenatal Hazırlık Sınıfları

Prenatal hazırlık sınıfı ile gebelerin, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerine ilişkin bilgi sahibi olmalarını ve bilinçli doğum yapmalarını sağlamak amaçlanmıştır. Gebe eğitim sınıflarında; gebelikte sağlık, gebelikte oluşan fizyolojik değişiklikler, şikâyetler ve riskli durumlar, gebelikte günlük yaşam ve beslenme, annelik rolü ve iletişim, doğuma hazırlık, doğum ve doğumda ağrı kontrolü, doğum sonu dönem ve emzirme, yenidoğan bebek bakımı ve gebelikte egzersiz konularında eğitim verilmektedir (67). Doğum öncesi eğitim programlarının faydaları;

- Diğer gebelerle tanışmasıyla karşılıklı deneyim ve endişelerini paylaşmasına imkan sağlar.
- Hekime danışmaktan çekindiği sorulara cevap bulma şansı verir.
- Emosyonel açıdan duygularla ilgili değişikliklerin ve kaygıların tecrübeli insanlarla paylaşmasını sağlar.
- Gebenin bilgilerini artırma ve çeşitli beceriler kazandırma yoluyla, kontrolün onda olduğunu hissettirerek, korkularıyla başa çıkma becerisini geliştirir.

- Çifler için kaygı ve endişeden uzak mutlu bir doğum deneyimi yaşama şansı sunar.
- Annede lohusalık depresyon gelişim riskini azaltır ve baş etme becerileri kazandırır.
- Babanın da gebelik sürecine katılması desteklenir. Böylelikle baba doğum esnasında etkin bir koç olabilir (68).

2.4. Gebelik ve Distres

Gebelik ve doğum fizyolojik ve biyolojik bir süreç olduğu gibi, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözüme kavuşmamış sorunların yeniden gün yüzüne çıktığı karmaşık aynı zamanda psikolojik bir süreçtir (69). Gebelik neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk olarak görüldüğü gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş, aşırı yüklenme gibi olumsuz duyguların da yaşanabileceği dönem olarak da yaşanabilmektedir. Gebelik stresli bir dönemdir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir (4).

Gebelerde ani hormonal değişimler meydana gelmektedir (5). Gebeliğin ilk haftalarında LH gebelik korpusluteomunun devamını sağlayarak endometriumun sekretuar fazda devamını sağlayan progesteron hormonunun salgılanmasını kontrol eder. Daha sonra östrojen ve progesteron hormonlarının kandaki düzeyinin yükselmesiyle FSH ve LH inhibe olur ve gebeliğin geri kalan döneminde istirahat girer. Anterior pitüiter den salgılanan diğer hormonlar tirotropin tiroit stimüle eden hormon (TSH) ve adrenokortikotropik hormondur (ACTH) ve bu hormonlar büyüyen fetüsün besin ihtiyacının karşılanması sırasında annenin değişen metabolik sürecini desteklerler. Posterior pitüiterden salgılanan oksitosin ise uterus kontraktilesini ve memelerden sütün inmesini görevini yapmaktadır. Progesteron hormonu sadece

uterus kaslarına değil diğer düz kaslar üzerine de gevşetici etki yapar. Östrojen hormonu ise uterusun büyümesini ve uterin damarların kan kapasitesini artırmaktadır. Memelerdeki kanal sistemini laktasyona hazırlar. Hipermigmenteston derideki vasküler değişiklikler tükrük glandlarındaki hiperaktivite, diş eti ve nasal mukuzadaki hiperemi ile doğrudan ilişkilidir (1). Görüldüğü gibi hormonal değişimler vücutta bazı değişimler yapmaktadır.

Birçok kadın gebelikte ve doğuma bağlı olarak oluşan bu değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlar hafif, orta, şiddetli düzeylerde ruhsal sıkıntılar görülebilmektedir (5). Her trimesterin kendine has psikolojik süreç bulunmaktadır.

Birinci trimesterde menstruasyonun kesilmesi, mide bulantılarının olması, kendini iyi hissetmeme hali, gebeliğin istememesine sebep olur. Fiziksel değişikliklere ek olarak bu dönemde ambivalans duygusu hakimdir. Gebe bu dönemde içe dönük ve pasiftir, önceki aktiviteleriyle daha az ilgilenebilir (1).

İkinci trimesterde ambivalans duyguları artık yoktur. Bu dönemde gebe birinci trimesterde olan rahatsızlıkların azalması ile birlikte daha iyi hissetmeye başlar. Bu dönemde gebeliği ile ilgili genellikle iyi hisseder (1).

Üçüncü Trimesterde gebe doğum ve bebek için hazırlıklarını hızlandırır, bebek için oda, kıyafet seçimi, isim bulma eylemlerini gerçekleştirir. Annenin bu dönemdeki görevi annelik rolünü üstlenmesidir. Bu dönemde kadın daha duyarlı olmaya başlar, bebeğini kaybedeceği duygusunu yaşar. Gebe fiziksel ve emosyonel destek için başka kişilere bağımlı olma ihtiyacı hisseder. Doğum sürecine ilişkin korkuları vardır. Gebe doğum zamanını tam olarak bilinmemesinden endişe hisseder, hastaneye yetişememekten, doğum ağrılarının nasıl olacağı, bebeğin ve kendisinin

hayatı hakkında endişelenebilirler. Duygusal ve fiziksel olarak kontrol kaybı yaşamaktan korkmaktadırlar (1). Görüldüğü gibi gebelik fizyolojik bir durum olmasına rağmen gebelikte meydana gelen değişiklikler gebelikte strese neden olmaktadır. Bundan dolayıda gebelikte depresyon sıklığı artmaktadır.

Marakoğlu ve arkadaşının yapmış olduğu çalışmada gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığının %5-51 arasında değiştiği bulunmuştur (4). Lee ve ark. yapmış oldukları çalışmada birinci ve üçüncü trimesterlerde daha yaygın olmak üzere gebe kadınların %54'ünde kaygı, %37,1'inde depresyon olduğu belirlenmiştir (70). Tekgöz ve ark. üçüncü trimester de olan gebelerin %50,5'inin bir ya da daha fazla psikiyatrik tanı aldığını belirlenmiştir. En yaygın tanı olarak % 40.2 ile anksiyete, %3.7 ile panik bozukluğu, %4.7 ile yaygın anksiyete bozukluğu, %31.8 ile tanımlanmamış anksiyete bozukluğu saptanmıştır (71). Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gebelik trimesterlerine göre de değişkenlik gösterebilmektedir. Literatürde gebeliğin ikinci trimesterine göre birinci ve üçüncü trimesterinde anksiyete ve depresyonun daha fazla yaşandığı belirtilmektedir (3). Sonuç olarak gebelik distrese neden olmaktadır. Gebelerin distres yönünden sağlık personeli tarafından gözlenmesi gerekmektedir.

2.5. Gebelikteki Distresin Sonuçları

Maternal stress hipotalamusdan kortikotropin releasing hormon (CRH) salınımını artırmaktadır. Hipotalamusdan salgılanan CRH, hipofizden adrenocortikotropin (ACTH) salınımını uyarır ve ACTH da böbreküstü bezinden glikokortikoid hormon salınımını artırır. Glikokortikoidler ise vücudun hücrelerine pek çok etkiye sahiptir. Glikokortikoidler immün sistem de rol alan hücrelerin, pek çok sitokin ve büyüme faktörlerinin üretim ve salınımı üzerine rol oynar (72). Bu

stres hormonları, plasenta aracılığıyla fetüse geçmekte ve intrauterin gelişme geriliği, konjenital anomali vb. komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu nedenle fetal gelişim olumsuz yönde etkilenmektedir. Ayrıca stres durumunda, plasentayı besleyen damarlar daralmakta ve uterusu giden kan akımı azalmaktadır (6).

Gebelerde distrese bağlı olarak norepinefrin ve kortizol düzeylerinde ki yükseliş uterusu olan kan akımını azaltmakta gebe ve fetüse ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar doğurmaktadır (4). Preeklampsi-eklampsi, beklenenden daha az kilo alma, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, küçük baş çevresi, düşük apgar skorları spontan abortus, antenatal kanama, artmış uterin arter direnci, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek, neonatal büyüme geriliği, fetal ölüm, öz bakım eksikliği artmış doğum komplikasyonlarıdır (73).

Yine distrese bağlı olarak sigara ve alkol kullanımında artışa bağlı olarak fetusun gelişimini olumsuz etkilenmektedir (3). Bütün bunların yanında distres ayrıca gebelerde de hafif mizaç bozukluğundan, huzursuzluk, erken uyanma, iştahsızlık ve kendini kınama, apati, umutsuzluk, değersizlik hissi, intihar düşüncesine neden olmaktadır (4).

Çalışkan ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada yüksek maternal anksiyetenin, başlangıçtaki artışa bağlı olarak fetal umbilikal arter kan akımını etkilediği bulunmuştur. Bozulmuş uterin arter kan akımının, preeklampsi ve intrauterin fetal büyüme kısıtlılığının öngörücü olduğu bilinen erken gebelikte defektif trofoblastik invazyon gibi kronik bir fenomene bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu tür geçici değiştirilmiş hormon konsantrasyonları, invazif veya non-invazif tedavi edici müdahalelerde ve egzersiz gibi ancak kısa süreli değişiklikler muhtemelen uterin arter kan akımında değişikliklerinin neden

olabilmektedir. Benzer şekilde, noradrenalin infüzyonunun birçok çalışmada uterus kan akışını azalttığı ve üreme dokularının noradrenalinin diğer organlara göre vasokonstrüktif etkilerine daha duyarlı olduğu bulunmuştur (74). Ayrıca depresyondaki gebelerin depresyonda olmayan gebelere göre bebeklerin ağırlık oranları 1.9 kat daha düşük olduğu (75), depresyonda ki gebe kadınların % 13'ünde erken doğum, %15 inde ise düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirdiği ve gebelik depresyon tanısı alanlarda prenatal kortizol düzeylerinin daha yüksek, fetüsün gestasyon haftasına göre daha küçük, fetüsün büyüme hızının daha yavaş ve düşük doğum ağırlıklı bebek oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (76).

Literatürde stresli bir gebelik dönemi geçiren kadınların bulantı-kusma gibi gebeliğe bağlı görülen fiziksel şikâyetlerinin arttığı, bu gebelerin daha fazla hastaneye başvurdukları, daha çok doğum korkusu yaşadıkları, stresli gebelerin daha fazla sezaryen doğum yaptıkları ve doğum esnasında epidural anestezi gereksinimlerinin daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar (6).

2.6. Gebelerdeki Distresin Sağlık Uygulamaları Üzerine Etkisi

Gebelikteki distres sağlık davranışlarını etkileyen önemli etkenlerdendir. Gebelikteki sağlık uygulamaları hem gebe hem de fetüs sağlığını etkileyen, gebeliğin seyrini değiştiren uygulamalardır (8). Doğru yapılan sağlık uygulamaları gebeliği olumlu yönde etkilerken, yanlış uygulanan sağlık uygulamaları olumsuz sonuçlanabilir (9).

Gebelik döneminde yaşanan psikososyal sorunların anne ve fetüs sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir (3). Stresli bir gebelik geçiren kadın gebeliğe karşı negatif tutum sergilemesi sonucu bebeğin hem bedensel hem de ruhsal gelişiminin olumsuz etkilenmesine ve annelik rolüne iyi hazırlanamadığı bir dönem geçirmesine

neden olmaktadır. Distres sonucu uykuda değişim, iştah kaybı, beslenme düzeninde bozulmalar, libido kaybı tükenmişlik, enerjide azalma, özgüven azalması, suçluluk hissetme, karamsarlık, özkıym, alkol ve sigara kullanımında artma, özbakım eksikliği, postnatal depresyon, prenatal bakım eksikliği gibi olumsuz sağlık davranışına yol açtığını gösteren çalışmalar mevcuttur (5,73).

Kaynaklarda prenatal dönemde yaşanan stresin maternal ve fetal sağlığı iki yönde etkileyebileceği düşünölmektedir. Bunların birincisi gebelik döneminde artan stresin biyolojik sistemler üzerine yapmış olduğu doğrudan etki, ikincisi ise; stresin etkisi ile annelerde; madde kullanımı, prenatal kontrollere gitmeme gibi sağlıklı olmayan davranışların ortaya çıkması sonucunda maternal ve fetal sağlığın dolaylı olarak etkilenmesidir (6).

2.7. Gebelikte Distres ve Sağlık Uygulamalarında Hemşirenin Rolü

Gebelik fizyolojik bir olay olmasının yanı sıra gebe için biyopsikososyal dengesinin bozulduğu aile ve işyerindeki rollerinin değiştiği, bebek ve anne arasında ebeveynlik ilişkisinin kurulduğu krizi olarak tanımlanmaktadır (77). Ayrıca gebenin bu dönemde sergilediği sağlık davranışı, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve çocuk sağlığını etkiler. Gebelikte uygulanan sağlık davranışları gebenin sağlığı ile fetüs ve yeni doğan sağlığını da içine alan, gebeliğin seyrini ve sonucunu etkileyen aktivitelerdir (8). Gebelik döneminin sağlıklı geçirilmesi, gebelik bakımının her yönüyle iyi bilinmesi doğru uygulanması ve gebelikteki psikiyatrik bozuklukların erken tanınması, bu bozuklukların gebelikteki seyrinin bilinmesinde hemşire ve hekimlerin çok büyük sorumlulukları vardır (3).

Sağlık personeli görevi gebeyi sağlıklı ve güvenli ebeveynliğe hazırlamak ve doğum öncesi doğum ve doğum sonrası anatomik, fizyolojik ve psikososyal

değişikliklere adaptasyonu sağlamasına yardımcı olmaktadır. Hemşire, bu dönemde gebenin iletişim kurmasını desteklemeli ve var olan ilişkilerini sürdürmeleri sağlanmalı, geliştirmeleri için cesaretlendirmelidir (6,78). Aynı zamanda hemşireler bireyin bağımsız özbakım yeteneğini değerlendirmeli ve günlük yaşam aktivitelerini yapması için cesaretlendirmelidir (79). Bu dönemde gebelere beslenme, dinlenme, aktivite, cinsel yaşam, fetüsün büyüme ve gelişmesi, komplikasyonların belirti ve bulguları ile bireysel sorunlarına yönelik eğitimlerde verilmelidir (80). Bunun yanında gebenin başarıları takdir edilerek problemlerin çözümünde kendine olan güveni artırılmaya çalışılmalıdır (79). Gebenin stres ile baş etmede sosyal destek alınması sağlanmalıdır (80). Aynı zamanda lohusalık, lohusa bakımı ve doğum sonrası depresyon ile ilgili gebeyle konuşup cesaretlendirmelidir. Aile üyelerinin de gebelik, doğum ve yenidoğana ilgili bilgi vererek adaptasyonlarını sağlanmalıdır (78).

Prenatal stresin kadın sağlığı, bebek ve çocuk sağlığı üzerinde birçok olumsuz etkisi olduğu yapılan çalışmalar sonucu bulunmuştur (6). Bu nedenle gebelik depresyonunun erken dönemde tanınmasında sağlık profesyoneli için çok büyük sorumluluk düşmektedir. Çünkü ortaya çıkarılamamış veya tedavi edilememiş depresyon gebe ve fetüs için risk oluşturmaktadır (3).

Gebelikte stres ve anksiyete oluşmasında rol alan gebeliğe ait etkenler, kişisel özellikler, sosyal ve psikolojik faktörleri belirlemek, prenatal gebelik kontrollerini sürekli ve sistemli bir şekilde sürdürmek, gebelik döneminde ki distres kontrolüne ilişkin çalışmaları yapmak, gebe kadının doğum ve doğum sonu kaygılarını belirleyip ailenin yeni rollerine uyum sağlamaları için eğitim programı planlamak hayata geçirmek hemşirenin rolleri arasındadır. Bütün bunların yanında hemşireler gebelerin

ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik doğuma hazırlık kurslarının yaygınlaştırılmasında ve eğitim programlarının hazırlanmasında katkıda bulunmalıdır (6).



3. MATERYAL VE METODU

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sağlık Bakanlığı Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesine bağlı Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binası kadın ve doğum hastalıkları polikliniğine gelen gebe kadınlarla, Kasım 2016- Nisan 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. İlgili hastanede toplam yatak sayısı 270 olup, doğum salonunda 4 oda 14 yatak, doğum servisinde 61 yatak, erişkin yoğun bakımda 4 yatak bulunmaktadır. Hastanede toplam hemşire sayısı 130, ebe sayısı 128 ve kadın doğum uzmanı ise 11'dir. Hastanede aylık ortalama 650 doğum gerçekleşmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; Sağlık Bakanlığı Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesine bağlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binası kadın ve doğum hastalıkları polikliniğe başvuran gebelerden oluşmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; İlgili polikliniklere bir yıl içerisinde gebelik kontrolü amacıyla başvuran gebe sayısı gerekli istatistik kayıtlar düzenli tutulmadığı için bilinmemektedir. Bu nedenle çalışmaya alınması gereken minimum örneklem büyüklüğünü hesaplamak için evrendeki eleman sayısının bilinmediği durumlarda örneklem seçme formülü kullanılmıştır. Bu formül aşağıdaki gibidir; (146)

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

n =Örnekleme alınacak birey sayısı

t =belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96).

p =İncelenen olayın görölüş sıklığı (0,5)

q =İncelenen olayın görölmeysi sıklığı (1-p) (0,5)

d =olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma, olarak simgelenmiştir (0,05).

Yukarıdaki formüle göre hesaplandığında;

$$1,96*1,96*0,5*0,5/0,05*0,05=384$$

Çalışmaya uygun bulunan katılımcıların evreni temsil edebilmesi için en az 384 kişi gerektiği hesaplanmıştır. Araştırma verileri 353 kişiye ulaşınca çalışmanın gücü 0,99 olarak hesaplandı.

Örnekleme alınma kriterleri:

- Gebelik 12 hafta üzeri olmak,
- İletişim ve işbirliğine açık olmak,
- Primipar veya multipar olmak,
- Riskli gebeliği olmamak,
- Tanı konulmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan gebeler araştırma kriterlerine dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; eğitim durumu, eş eğitim durumu, eş çalışma durumu, yaşanan yer, çalışma durumu, sağlık güvencesi, aile tipi, gelir durumu, önceki doğum şekli, gebeliğin planlı olma durumu, gebelik hakkında duyguları, gebelikten etkilenme durumu, eş ile uyum, önceki doğum durumu, gebeliğin planlı olma durumu, cinsiyet beklentisi, gebelikte destek alma oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ) puan ortalaması ve Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ) puan ortalaması oluşturmaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması ve Kullanılan Araçlar

Verilerin Toplanması Gebe Bilgi Formu (EK 1), Tilburg Distres Ölçeği (TGDÖ) (EK 2) ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (EK 3) kullanılmıştır.

Gebe Bilgi Formu:

Literatürler doğrultusunda (1, 82, 101, 113) hazırlanan bu form gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini (yaş, eğitim, meslek, eş eğitimi, gelir, aile tipi, gebelik destek alma, gebelikte duygulanım, gebelikten etkilenme vb.) belirleyebilecek türde toplam 25 sorudan oluşmaktadır.

Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği

Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ, Health Practice Questionnaire-II, HPQ-II), Lindgren tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ülkemizde Er tarafından yapılmıştır.

Ölçeğin orijinal formunda 34 madde bulunmaktadır. Fakat uyarılama çalışmasında bir madde çıkarıldığı için ölçeğin Türkçe formu 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki 1. ile 16. maddeler arası “her zaman” ile “hiçbir zaman” arasında değişen 5’li likert tipi yanıt seçeneklerini içermektedir. Hiçbir zaman (a)= 1 puan, Nadiren (b)= 2 puan, Ara sıra (c)= 3 puan, Sık sık (d)= 4 puan ve Her zaman (e)= 5 puan olarak hesaplanmaktadır; 17. maddeden 33. maddeye kadar olan sorular için uygun seçenekler verilmiştir ve bu seçenekler de 5 adet olup, 1 ile 5 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekte; 6, 7, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 32 ve 33. maddeler için madde puanları 5’ten 1’e ters kodlanmaktadır. Bütün maddelerin toplamından genel

puan elde edilmektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 33, en yüksek puan 165'tir. Yüksek puan alma, sağlık uygulamalarının iyi derecede olduğunu belirtmektedir (114). Araştırmamızda ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.66 olarak saptanmıştır.

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)

Asıl adı Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (Tilburg Pregnancy Distres Scala-TPDS) olan ve Pop ve ark. (83) tarafından 2011 yılında geliştirilen ölçeğin Türkiye uyarlamasını 2013 yılında Çapık tarafından yapılmıştır. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Türkçe formu 4'lü likert tipinde (çok sık = 0 puan, oldukça sık = 1 puan, ara sıra = 2 puan, nadiren veya hiç = 3 puan) derecelendirilmekte, ölçeğin 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16. maddeleri ters puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek toplam puanın belli kesme noktasının (28 ve üzeri) üzerinde olması distres açısından risk altında olan gebeleri belirlemektedir. Alt boyutlar için kesme noktaları, eş katılımı alt boyutu için 10 ve üzeri, olumsuz duygulanım alt boyutu için 22 ve üzeridir. Ölçeğin Türkçe formu Ek-2'de görüldüğü gibidir (85). Araştırmamızda ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı TGDÖ için 0.70, olumsuz duygulanım alt boyutu için 0.78 ve eş katılımı alt boyutu için 0.76 olarak tespit edilmiştir.

Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu: 11 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 3,5,6,7,9,10,11,12,13,14 ve 16. maddelerdir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 33'tür (85).

Eş Katılımı Alt Boyutu: 5 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 1,2,4,8 ve 15. maddelerdir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 15'tir (85).

Ölçeğin 3,5,6,7,9,10,11,12,13,14 ve 16. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 48'dir (85).

Ölçekten alınan puanın bu kesme noktalarının üzerinde olması distres (stres, anksiyete, depresyon) açısından risk altında olan gebelerin belirlenmesini sağlamaktadır.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan Gebe Bilgilendirme Formu, Tilburg Distres Ölçeği Gebelikte ve Sağlık Uygulamaları Ölçeği Soru Formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırmacı, tüm gebelere gerekli açıklamaları yaptıktan sonra araştırmanın verileri yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Formların doldurulması ortalama olarak 20-25 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Analizi

Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

Değişken	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İki Gruplu olanlar	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney – U Testi
Çok gruplu olanlar	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansın homojen dağıldığı durumlarda LSD, dağılmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır.	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney – U Testi kullanılmıştır)
	GSUÖ toplam puanı ile TGDÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi	Pearson Korelasyon Analizi
İç tutarlılık	Cronbach α katsayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve skewness kat sayıları	

Verilerin analizinde normal dağılıma uyan ve uymayanların analizleri tablo 3.2’ de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri

	n	Skewness		Kurtosis	
		Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Yaş	353	0.154	0.130	-0.764	0.259
Kaç Yıldır Evli Olduğu	353	0.559	0.130	-0.652	0.259
Evlenme Yaşı*	353	1.148	0.130	2.400	0.259
Kaç Gebelik Geçirdiği	353	0.485	0.130	-0.554	0.259
Kürtaj Sayısı*	353	2.749	0.130	7.919	0.259
Canlı Doğum Sayısı*	353	0.319	0.130	-1.007	0.259
Canlı Çocuk Sayısı	353	0.303	0.130	-0.996	0.259
Planlı Çocuk Sayısı*	353	-1.025	0.130	2.515	0.259
Eş Yaşı	353	0.553	0.130	0.739	0.259
Olumsuz Duygulanım	353	0.996	0.130	0.919	0.259
Eş Katılımı	353	-0.002	0.130	0.124	0.259
TGDÖ*	353	1.052	0.130	2.154	0.259
GSUÖ	353	-0.003	0.130	-0.492	0.259

* Normal Dağılmayan Verilerdir

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Erzincan Üniversitesi Etik Kurulundan etik onayı (EK 4), Sağlık Bakanlığı-Kahramanmaraş Necip Fazıl İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin (EK 5), Gebelikteki Sağlık Uygulamaları Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik çalışmasını yapan yazardan ve Tilburg Distres Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliğini yapan yazardan, araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden onam alınmıştır. Araştırma kapsamındaki gebelerin haklarının korunması amacıyla araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce gebelere, araştırmanın amacı, süresi anlatılarak “Özerklik” ilkesine ve “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Genel olarak ‘Zarar Vermeme/Yarar Sağlama’ etik ilkeleri yerine getirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirlik

Bu araştırmanın sınırlılığı evrenden örneklemin rastlantısal olarak seçilmesi ve araştırmanın yapıldığı dönemdeki tüm gebelerin alınmamasıdır. Araştırma Sağlık Bakanlığı- Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesine bağlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binası Kadın-Doğum Polikliniğine başvuran gebelerde yapıldığından dolayı araştırma sonuçları bu guruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Gebelerin demografik özellikler tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Gebelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=353)

Demografik özellikler		n	%		
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	3	0.8		
	Okur-yazar	6	1.7		
	İlköğretim	231	65.4		
	Lise	85	24.1		
	Üniversite	28	7.9		
Yaşanılan Yer	İl	44	12.5		
	İlçe	257	72.8		
	Köy-Mezra	52	14.7		
Çalışma Durumu	Evet	26	7.4		
	Hayır	327	92.6		
Sağlık Güvencesi	Var	305	86.4		
	Yok	48	13.6		
Aile Tipi	Çekirdek	241	68.3		
	Geniş	112	31.7		
Gelir Durumu	Kötü	13	3.7		
	Orta	281	79.6		
	İyi	59	16.7		
Eş Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	2	0.6		
	Okur-yazar	2	0.6		
	İlköğretim	163	46.2		
	Lise	140	39.7		
	Üniversite	46	13.0		
Eş Çalışma Durumu	Çalışıyor	332	94.1		
	Çalışmıyor	21	5.9		
	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	353	17	40	26.19	4.96
Eş Yaşı	353	19	57	31.17	5.61

Tablo 4.1' de görüldüğü gibi gebelerin yaş ortalaması 26.19 ± 4.96 , eş yaş ortalaması 31.17 ± 5.61 'dir. Gebelerin %65.4' ü ilköğretim mezunu, %72.8'i ilçede yaşamakta, %92.6'sı çalışmamaktadır ve %86.4'ü sağlık güvencesine sahiptir. Gebelerin %68.3' ü çekirdek ailede yaşamaktadır, %79.6'sının geliri orta düzeydedir. Gebelerin %46.2' sinin eşi ilköğretim mezunudur, %94.1'inin eşi çalışmaktadır.

Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (N=353)

Obstetrik özellikler			n	%	
Önceki Doğum Şekli	Normal		163	46.2	
	Sezeryan		92	26.1	
	Yok		98	27.8	
Gebeliğin Planlı Olması	Evet		283	80.2	
	Hayır		70	19.8	
Gebelik Duyguları	Olumlu		307	87.0	
	Olumsuz		7	2.0	
	Kararsızım		39	11.0	
Cinsiyet Beklentisi	Evet		305	86.4	
	Hayır		48	13.6	
Gebeliğin Şuandaki veya Gelecekteki Hedefleri Etkileme Durumu	Etkileyeceğini		59	16.7	
	Düşünüyorum		281	79.6	
	Düşünmüyorum		13	3.7	
	Kararsızım		10	2.8	
Gebelikte Destek Alma	Hayır		10	2.8	
	Evet		343	97.2	
Gebelikte Destek Alınan Kişi	Eşim		225	63.7	
	Akraba		114	32.3	
	Arkadaş		4	1.1	
Eş ile Uyum	Uyumlu		305	86.4	
	Bazen uyumlu		46	13.0	
	Uyumsuz		2	0.6	
	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Evlilik Süresi	353	0	20	6.70	4.72
Evlenme Yaşı	353	14	30	19.39	2.20
Gebelik Sayısı	353	1	6	2.45	1.22
Kürtaj Sayısı	353	0	3	0.20	0.51
Canlı Doğum Sayısı	353	0	4	1.33	1.12
Canlı Çocuk Sayısı	353	0	4	1.34	1.12
Planlı Çocuk Sayısı	353	0	5	3.23	0.83

Tablo 4.2’ de görüldüğü gibi %46.2’sinin önceki doğumunu normal doğum olarak gerçekleştirmiş, %80.2’sinin gebeliği planlıdır, %87’sinin gebelikle ilgili duyguları olumludur, %86.4’ünün beklenen bebek cinsiyeti istendiktir, %79.6’sı gebelikten etkilenmeyeceğini düşünmektedir, %86.4 eşi ile uyumludur, % %97.2’si gebelikte destek almaktadır ve destek alan katılımcıların ise %63.7’si eşinden destek almıştır. Gebelerin evlilik süresi 6.70 ± 4.72 , evlilik yaşı 19.39 ± 2.20 , gebelik sayısı

2.45±1.21, kürtaj sayısı 0.20±0.51, canlı doğum sayısı 1.33±1.11, planlanan çocuk sayısı 3.23±0.83 dır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerden ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımlı tablo 4.3' de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Gebelerin GSUÖ ve TGDÖ Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımlı(N=353)

ÖLÇEKLER	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu	353	0	23	5.12	4.42
Eş Katılım Alt Boyutu	353	0	13	5.25	2.59
TGDÖ	353	0	36	10.37	4.91
GSUÖ	353	94	146	121.04	10.32
Kesme Noktalarına Göre TGDÖ	Distress Var		Distress Yok		
		N	%	N	%
Eş Katılımı Alt Boyutu		16	4.5	337	95.5
Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu		1	0.3	352	99.7
TGDÖ		2	0.6	351	99.4

Tablo 4.3' de görüldüğü gibi, gebeler Olumsuz Duygulanım alt boyutundan 5.12±4.42, Eş Katılımı alt boyutundan 5.25±2.59 ve TGDÖ toplamından 10.37±4.91 puan almışlardır. Gebeler Olumsuz Duygulanım alt boyutundan %0.3' ü, Eş Katılımı alt boyutundan %4.5'i ve TGDÖ toplamından %0.6'sı kesim noktalarının üzerinde puan almışlardır. GSUÖ toplamından gebeler 121.04±10.32 puan almışlardır.

Demografik özelliklere göre TGDÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması tablo 4.4' de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Demografik Özelliklere Göre TGDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (N=353)

Demografik özellikler								
Demografik Özellikler		n	Olumsuz Duygu		Eş Katılım		TGDÖ	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	3	6.00	7.94	3.00	3.61	9.00	7.21
	Okur-yazar	6	6.83	1.72	6.50	2.17	13.33	2.80
	İlköğretim	231	5.15	4.21	5.65	2.45	10.80	4.67
	Lise	85	4.86	5.16	4.81	2.65	9.67	5.66
	Üniversite	28	5.25	3.73	3.21	2.35	8.46	3.88
Test ve Önemlilik			F=0.336 p=0.854		F=7.824 p= 0.000		$\chi^2_{kw}=15.323$ p= 0.004	
Yaşanılan Yer	İl	44	7.73	5.02	4.82	3.20	12.55	5.86
	İlçe	257	4.50	4.10	5.16	2.44	9.66	4.40
	Köy-Mezra	52	5.98	4.51	6.08	2.62	12.06	5.56
Test ve Önemlilik			F=11.868 p= 0.000		F=3.486 p= 0.032		$\chi^2_{kw}=18.079$ p= 0.000	
Çalışma Durumu	Evet	26	6.46	5.22	3.50	2.79	9.96	5.07
	Hayır	327	5.02	4.34	5.39	2.52	10.40	4.91
Test ve Önemlilik			t=1.611 p=0.108		t=-3.642 p= 0.000		U=4034.000 p=0.664	
Sağlık Güvencesi	Var	305	5.05	4.49	5.16	2.60	10.20	4.95
	Yok	48	5.60	3.95	5.83	2.45	11.44	4.58
Test ve Önemlilik			t=-0.814 p=0.416		t=-1.686 p=0.093		U=5743.000 p= 0.016	
Aile Tipi	Çekirdek	241	4.76	4.27	5.32	2.45	10.08	4.63
	Geniş	112	5.89	4.64	5.11	2.87	11.00	5.45
Test ve Önemlilik			t=-2.250 p= 0.025		t=0.703 p=0.483		U=12019.500 p=0.097	
Gelir Durumu	Kötü	13	5.31	3.38	4.31	2.81	9.62	4.07
	Orta	281	5.14	4.55	5.51	2.53	10.65	5.06
	İyi	59	5.00	4.01	4.22	2.55	9.22	4.22
Test ve Önemlilik			F=0.036 p=0.965		F=7.180 p= 0.001		$\chi^2_{kw}=3.958$ p=0.138	
Eş Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	2	5.00	4.24	5.00	0.00	10.00	4.24
	Okur-yazar	2	9.00	8.49	1.00	1.41	10.00	9.90
	İlköğretim	163	5.31	4.48	5.99	2.53	11.31	5.40
	Lise	140	4.72	4.33	5.04	2.42	9.76	4.26
	Üniversite	46	5.50	4.36	3.43	2.21	8.93	4.33
Test ve Önemlilik			F=0.833 p=0.505		F=11.914 p= 0.000		$\chi^2_{kw}=11.402$ p= 0.022	
Eş Çalışma Durumu	Çalışıyor	332	5.11	4.46	5.24	2.57	10.35	4.92
	Çalışmıyor	21	5.24	3.70	5.43	2.91	10.67	4.91
Test ve Önemlilik			t=-0.124 p=0.901		t=-0.327 p=0.744		U=3165.000 p=0.478	

Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.4' de görüldüğü gibi gebelerin eğitim, çalışma, gelir durumu, eş eğitim, eş çalışma, sağlık güvencesine göre olumsuz duygulanım alt boyutları arasında arası da fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4' de gebelerin yaşadıkları yer ve aile tipine göre olumsuz duygulanım alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Geniş ailede yaşayanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Yaşadıkları yere göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ilde yaşayanların puan ortalamalarının ilçe ve köy/mezrada yaşayanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eş Katılımı Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.4' de görüldüğü gibi gebelerin, sağlık güvencesi, aile tipi, eş çalışma durumuna göre eş katılım alt boyutları arasında arası da anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4' de gebelerin eğitim durumu, yaşadıkları yer, çalışma, gelir, eş eğitim durumuna göre olumsuz duygu eş katılım alt boyutları arasında arası da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmayanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Eğitim durumuna göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); üniversite mezunu olanların puanlarının, okur-yazar, ilköğretim ve lise mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Yaşanılan yere göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ilde yaşayanların puan ortalamalarının köy/mezrada yaşayanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); geliri orta düzey olanların puanlarının geliri iyi ve kötü olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eş eğitim durumuna göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); Eşi ilköğretim mezunu olanların puanlarının, eşi okuryazar, lise ve üniversite mezunu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Obstetrik Özelliklere Göre TGDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (N=353)

Obstetrik Özellikler	n	Olumsuz Duygu		Eş Katılım		TGDÖ		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Önceki Doğum Şekli	Normal	163	4.79	4.58	5.58	2.08	10.37	5.11
	Sezaryen	92	4.03	3.49	6.39	2.61	10.42	4.27
	Yok	98	6.69	4.52	3.63	2.58	10.33	5.18
Test ve Önemlilik			F=9.950 p=0.000		F=35.061 p=0.000		$\chi^2_{kw}=0.532$ p=0.766	
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Evet	283	5.04	4.48	5.10	2.56	10.14	5.04
	Hayır	70	5.44	4.14	5.84	2.65	11.29	4.26
Test ve Önemlilik			t=-0.679 p=0.498		t=-2.154 p=0.032		U=8023.000 p=0.014	
Gebelik Duyguları	Olumlu	307	4.84	4.20	4.97	2.47	9.81	4.48
	Olumsuz	7	10.00	5.57	7.14	2.48	17.14	6.09
	Kararsızım	39	6.49	5.14	7.10	2.70	13.59	5.85
Test ve Önemlilik			F=7.007 p=0.001		F=14.713 p=0.000		$\chi^2_{kw}=25.935$ p=0.000	

Tablo 4.5.'in Devamı

		Obstetrik özellikler							
		n	Olumsuz Duygu		Eş Katılım		TGDÖ		
Cinsiyet	Evet	305	5.22	4.41	5.07	2.57	10.29	4.86	
Beklentisi	Hayır	48	4.52	4.48	6.38	2.45	10.90	5.27	
Test ve Önemlilik			t=1.015		t=-3.287		U=6967.000		
			p=0.311		p= 0.001		p=0.590		
Gebeliğin	Etkileyeceğini	59	8.00	5.07	5.46	3.27	13.46	5.79	
Şuandaki veya	Düşünüyorum								
Gelecekteki	Düşünmüyorum	281	4.48	4.03	5.18	2.42	9.66	4.44	
Hedefleri									
Etkileme	Kararsızım	13	6.00	4.24	5.77	2.74	11.77	5.10	
Durumu									
Test ve Önemlilik			F=17.249		F=0.548		$\chi^2_{kw}=25.143$		
			p= 0.000		p=0.578		p= 0.000		
Gebelikte Destek Alma	Evet	343	5.04	4.34	5.22	2.58	10.27	4.77	
	Hayır	10	7.80	6.21	6.20	2.97	14.00	8.12	
Test ve Önemlilik			t=.026		t=-1.179		U=1190.500		
			p=0.052		p=0.239		p=0.098		
Gebelikte Destek Alınan Kişi	Eşim	225	4.64	4.21	4.85	2.45	9.49	4.44	
	Akraba	114	5.73	4.48	6.08	2.55	11.81	5.04	
	Arkadaş	4	8.25	4.57	1.75	2.87	10.00	4.83	
	Yok	10	7.80	6.21	6.20	2.97	14.00	8.12	
Test ve Önemlilik			F=3.583		F=9.185		$\chi^2_{kw}=21.643$		
			p= 0.014		p= 0.000		p= 0.000		
Eş ile Uyum	Uyumlu	305	4.80	4.14	4.95	2.42	9.75	4.38	
	Bazen uyumlu	46	7.04	5.49	7.11	2.84	14.15	6.20	
	Uyumsuz	2	10.00	5.66	8.50	0.71	18.50	4.95	
Test ve Önemlilik			F=6.591		F=16.925		$\chi^2_{kw}=28.992$		
			p= 0.002		p= 0.000		p= 0.000		

Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.5' de görüldüğü gibi gebelerin gebeliğin planlı olma durumu, cinsiyet beklentisi, gebelikte destek alma durumuna göre olumsuz duygulanım alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5' de görüldüğü gibi gebelerin önceki doğum şekli, gebelik duyguları, gebelikten etkilenme, gebelikte destek alınan kişi ve eş ile uyuma göre olumsuz duygulanım alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Önceki doğum şekline göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); önceden doğum yapmayanların puanlarının, önceki doğumu normal ve sezaryen olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gebelik duygularına göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); gebelikle ilgili duyguları olumsuz olanların puanlarının, duyguları olumlu olan ve kararsız olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gebelikten etkilenme durumuna göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); gebeliğin etkileyeceğini düşünenlerin puanlarının, etkileyeceğini düşünmeyen ve kararsız olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gebelikte destek alınan kişiye göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); arkadaşından destek alanların puanlarının, eş ve akrabadan destek alanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eş ile uyuma göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); eş ile uyumsuz olanların puanlarının, uyumlu ve bazen uyumlu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eş Katılımı Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.5' de gebelerin gebelikten etkilenme, gebelikte destek alma durumuna göre eş katılım alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$)

Tablo 4.5' de görüldüğü gibi gebeliğin planlı olma durumu, önceki doğum şekli, gebelik duyguları, cinsiyet beklentisi, gebelikte destek alınan kişi ve eş ile uyuma göre eş katılım alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$).

Önceki doğum şekline göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); önceden doğum yapmayanların puanlarının, önceki doğumu normal ve sezeryan olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Gebelik duygularına göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); gebelikle ilgili duyguları olumlu olanların puanlarının, duyguları olumsuz olan ve kararsız olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Gebelikte destek alınan kişiye göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); destek almayan ve akrabadan destek alanların puanlarının, eş ve arkadaştan destek alanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eş ile uyuma göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); eş ile uyumsuz olanların puanlarının, uyumlu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

TGDÖ Toplam Puanı İçin;

Tablo 4.4 ve 4.5' de gebelerin, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu, cinsiyet beklentisi, gebelikte destek alma, eş çalışma durumu, önceki doğum tercihinine göre TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4 ve 4.5'de gebelerin, eğitim durumu, yaşanılan yer, sağlık güvencesi, gebeliğin planlı olma durumu, gebelik duyguları, gebelikten etkilenme, gebelikte destek alınan kişi, eş eğitim durumu ve eş ile uyuma göre TGDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlık güvencesi olmayanların, gebeliği planlı olmayanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Eğitim durumuna göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); üniversite mezunu olanların puanlarının, okur-yazar ve ilköğretim mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Yaşanılan yere göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); ilde yaşayanların puan ortalamalarının ilçede yaşayanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gebelik duygularına göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); gebelikle ilgili duyguları olumlu olanların puanlarının, duyguları olumsuz olan ve kararsız olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Gebelikten etkilenme durumuna göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); gebeliği

etkileyeceğini düşünenlerin puanlarının, etkileyeceğini düşünmeyen ve kararsız olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gebelikte destek alınan kişiye göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); destek almayanların puanlarının, eş, akraba ve arkadaştan destek alanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eş eğitim durumuna göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); eşi ilköğretim mezunu olanların puanlarının, eşi lise ve üniversite mezunu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eş ile uyuma göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); eş ile uyumsuz olanların puanlarının, uyumlu ve bazen uyumlu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin demografik özelliklerine göre GSUÖ puanlarının karşılaştırılması tablo 4.6' da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Gebelerin Demografik Özelliklere Göre GSUÖ Puanlarının Karşılaştırılması (N=353)

Demografik özellikler	n	GSUÖ			Test	P
		Ort.	SS.			
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	3	119.33	18.77	F=18.889	p=0.000
	Okur-yazar	6	110.67	8.04		
	İlköğretim	231	118.74	9.77		
	Lise	85	124.16	8.94		
	Üniversite	28	132.96	6.37		
Gelir Durumu	Kötü	13	114.62	13.49	F=14.981	p=0.000
	Orta	281	120.07	9.47		
	İyi	59	127.07	11.17		
Yaşanılan Yer	İl	44	122.07	10.45	F=4.579	p=0.011
	İlçe	257	121.67	10.36		
	Köy-Mezra	52	117.10	9.26		
Çalışma Durumu	Evet	26	132.04	8.17	t=5.911	p=0.000
	Hayır	327	120.17	9.97		
Sağlık Güvencesi	Var	305	121.54	10.33	t=2.302	p=0.022
	Yok	48	117.88	9.76		
Aile Tipi	Çekirdek	241	122.25	10.26	t=3.278	p=0.001
	Geniş	112	118.44	10.01		
Eş Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	2	110.00	19.80	F=13.389	p=0.000
	Okur-yazar	2	125.00	22.63		
	İlköğretim	163	118.31	9.59		
	Lise	140	121.47	9.83		
	Üniversite	46	129.74	8.49		
Eş Çalışma Durumu	Çalışıyor	332	121.45	10.06	t=2.974	p=0.003
	Çalışmıyor	21	114.62	12.33		

Tablo 4.6’ da görüldüğü gibi gebelerin, eğitim durumu, yaşanılan yer, çalışma durumu, sağlık güvencesi, aile tipi, gelir, eş eğitim, eş çalışma durumuna göre GSUÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık vardır ($p < 0.05$). Çalışanların, sağlık güvencesi olanların, çekirdek ailede yaşayanların, puan ortalamaları daha yüksektir.

Eğitim durumuna göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); niversite mezunu olanların puanlarının, okuryazar olmayan, okur-yazar, ilköğretim ve lise mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşanılan yere göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ilde yaşayanların puan ortalamalarının köy/mezrada yaşayanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); geliri iyi düzey olanların puanlarının geliri kötü olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eş eğitim durumuna göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); eşi ilköğretim mezunu olanların puanlarının, eşi lise ve niversite mezunu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre GSUÖ Puanlarının Karşılaştırılması
(N=353)

Obstetrik Özellikler		Obstetrik özellikler			GSUÖ	
		n	Ort.	SS.	Test	P
Önceki doğum Şekli	Normal	163	120.06	9.04	F=20.142	p=0.000
	Sezaryen	92	117.41	10.86		
	Yok	98	126.09	9.97		
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Evet	283	121.86	10.17	t=3.009	p=0.003
	Hayır	70	117.76	10.33		
Gebelik Duyguları	Olumlu	307	121.82	10.24	F=8.039	p=0.000
	Olumsuz	7	121.00	8.35		
	Kararsızım	39	114.92	9.35		
Cinsiyet Beklentisi	Evet	305	121.05	10.09	t=0.031	p=0.976
	Hayır	48	121.00	11.77		
Gebeliğin Şuandaki veya Gelecekteki Hedefleri Etkileme Durumu	Etkileyeceğini Düşünüyorum	59	124.31	10.71	F=3.658	p=0.027
	Düşünmüyorum	281	120.34	9.96		
	Kararsızım	13	121.38	13.74		
	Hayır	172	120.82	11.62		
	Hayır	175	120.69	11.58		
Gebelikte Destek Alma	Evet	343	121.11	10.43	t=1.417	p=0.183
	Hayır	10	118.70	5.08		
Destek Alınan Kişi	Eşim	225	122.38	10.20	F=8.704	p=0.000
	Akraba	114	118.03	10.01		
	Arkadaş	4	137.75	2.99		
	Yok	10	118.70	5.08		
Eş ile Uyum	Uyumlu	305	121.37	10.29	F=1.136	p=0.322
	Bazen uyumlu	46	118.98	10.55		
	Uyumsuz	2	118.50	6.36		

Tablo 4.7' de gebelerin cinsiyet beklentisi, gebelikte destek alma ve eş ile uyuma göre GSUÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.7' de gebelerin, gebeliğin planlı olma durumu, gebelik duyguları, gebelikten etkilenme, önceki doğum şekli, destek alınan kişiye göre GSUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Gebeliği planlı olanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Önceki doğum şekline göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); önceden doğum yapmayanların puanlarının, önceki doğumu normal ve sezaryen olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gebelik duygularına göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); gebelikle ilgili duyguları kararsız olanların puanlarının, duyguları olumlu ve olumsuz olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gebelikten etkilenme durumuna göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); gebeliği etkileyeceğini düşünenlerin puanlarının, etkileyeceğini düşünmeyen ve kararsız olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gebelikte destek alınan kişiye göre anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); eşten destek alanların puanlarının, akrabadan destek alanlardan yüksek ve arkadaştan destek alanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.8. Gebelerin Bazı Değişkenlerine Göre TGDÖ ve Alt Boyutları ve GSUÖ Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=353)

		Olumsuz duygu	Es katılım	TGDÖ	GSUÖ
Yaş	r	-0.257**	0.360**	-0.042	-0.275**
	p	0	0	0.435	0
Evlilik Süresi	r	-0.304**	0.441**	-0.041	-0.356**
	p	0	0	0.446	0
Evlilik Yaşı	r	-0.024	-0.214**	-0.143**	0.215**
	p	0.657	0	0.007	0
Gebelik Sayısı	r	-0.222**	0.397**	0.010	-0.390**
	p	0	0	0.854	0
Kürtaj Sayısı	r	-0.020	0.086	0.023	-0.152**
	p	0.703	0.107	0.664	0.004
Canlı Doğum Sayısı	r	-0.231**	0.462**	0.063	-0.392**
	p	0	0	0.24	0
Canlı Çocuk Sayısı	r	-0.218**	0.443**	0.037	-0.393**
	p	0	0	0.486	0
Planlı Çocuk Sayısı	r	-0.165**	0.186**	-0.053	-0.223**
	p	0.002	0	0.319	0
Eş Yaşı	r	-0.232**	0.346**	-0.027	-0.313**
	p	0	0	0.619	0

** p<0.05

Tablo 4.8’ de gebelerin yaş ile Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı arasında düşük düzeyli negatif yönlü, yaş ile Eş Katılımı puanı arasında düşük düzeyli pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır (p<0.05). Yaş arttıkça Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı düşmekte, Eş Katılımı puanı artmaktadır. Yaş ile TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05).

Gebelerin evlilik süresi ile Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı arasında düşük düzeyli negatif yönlü, evlilik süresi ile Eş Katılımı puanı arasında düşük düzeyli pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır (p<0.05). Evlilik süresi arttıkça

Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı düşmekte, Eş Katılımı puanı artmaktadır. Evlilik süresi ile TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Evlilik yaşı ile Eş Katılımı ve TGDÖ toplam puanı arasında düşük düzeyli negatif yönlü anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Evlilik yaşı ile GSUÖ toplam puanı arasında düşük düzeyli pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Evlilik yaşı arttıkça Eş Katılımı, TGDÖ toplam puanı düşmekte, GSUÖ toplam puanı artmaktadır. Evlilik yaşı ile Olumsuz Duygulanım puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Gebelik sayısı ile Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı arasında düşük düzeyli negatif yönlü, gebelik sayısı ile Eş Katılımı puanı arasında düşük düzeyli pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Gebelik sayısı arttıkça Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı düşmekte, Eş Katılımı puanı artmaktadır. Gebelik sayısı ile TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Kürtaj sayısı ile GSUÖ toplam puanı arasında düşük düzeyli negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Kürtaj sayısı arttıkça GSUÖ toplam puanı düşmektedir. Kürtaj sayısı ile Olumsuz Duygulanım, Eş Katılımı ve TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Canlı doğum sayısı ile Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı arasında düşük düzeyli negatif yönlü, canlı doğum sayısı ile Eş Katılımı puanı arasında düşük düzeyli pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Canlı doğum sayısı arttıkça Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı düşmekte, Eş Katılımı puanı

artmaktadır. Canlı doğum sayısı ile TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Canlı çocuk sayısı ile Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı arasında düşük düzeyli negatif yönlü, canlı çocuk sayısı ile Eş Katılımı puanı arasında düşük düzeyli pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Canlı çocuk sayısı arttıkça Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı düşmekte, Eş Katılımı puanı artmaktadır. Canlı çocuk sayısı ile TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Planlanan çocuk sayısı ile Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı arasında düşük düzeyli negatif yönlü, planlanan çocuk sayısı ile Eş Katılımı puanı arasında düşük düzeyli pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Planlanan çocuk sayısı arttıkça Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı düşmekte, Eş Katılımı puanı artmaktadır. Planlanan çocuk sayısı ile TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Eş yaşı ile Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı arasında düşük düzeyli negatif yönlü, Eş yaşı ile Eş Katılımı puanı arasında düşük düzeyli pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Eş yaşı arttıkça Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı düşmekte, Eş Katılımı puanı artmaktadır. Eş yaşı ile TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.9. GSUÖ Toplam Puanı ile TGDÖ ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki
(N=353)

ÖLÇEKLER		GSUÖ Toplam Puanı
Olumsuz Duygulanım	r	0.082
	p	0.126
Eş Katılımı	r	-0.377
	p	0.000
TGDÖ Toplam Puanı	r	-0.138
	p	0.009

Tablo 4.9’ da görüldüğü gibi gebelerin, GSUÖ toplam puanı ile Olumsuz Duygulanım alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). GSUÖ toplam puanı ile Eş Katılımı alt boyutu ve TGDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki vardır ($p<0.05$). GSUÖ toplam puanı artıkça Eş Katılımı alt boyut ve TGDÖ toplam puanı düşmektedir.

5. TARTIŞMA

Gebelerdeki distresin sağlık uygulamaları üzerine etkisinin incelenmesi amacı ile yapılan araştırma ilgili literatürle tartışılmıştır.

Bu araştırmada gebelerin TGDÖ toplamından kesim noktalarının üzerinde puan almışlardır ve %0.6' sı distres altında bulunmuştur. Bacacı ve ark.'nın 2018 yılında yapmış oldukları çalışmada gebelerin %13.1'i nde distres olduğu (84), Çapık' ın yapmış olduğu çalışmada %11,9 distres altında olduğu (85) Çiltaş ve Köse'nin çalışmasında, % 33'ünün distres riski altında olduğu bulunmuştur (86). Pottinger ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, tüm gebelik boyunca depresif bozukluk oranını % 25 olarak belirlemişlerdir (87). Dağlar ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada ise gebelerin % 50.7' sinde depresyon riski altında olduğu saptanmıştır (88). Yapılan diğer çalışmalar da gebelerde distres bulunmuş olup, depresyon riskinin de azımsanmayacak kadar çok olduğunu söyleyebiliriz. Araştırma sonuçlarına göre depresyon ve distres riski olan gebelerin erken dönem teşhis edilip riskin azaltılarak anne çocuk sağlığını yükseltmesine katkı sağlanmalıdır. Bu araştırma bulgusunda distres oranın düşük olma sebebi olarak bu bölgede gebe kadınlara verilen önem ve değerin yüksek olduğu bu sebepten dolayıda distres oranının düşük olduğu söylenebilir.

Gebelerin TGDÖ alt puan ortalamalarına bakıldığında olumsuz duygulanım alt boyutundan 5.12 ± 4.42 , eş katılımı alt boyutundan 5.25 ± 2.59 puan almışlardır. Çiltaş ve Köse'nin yapmış olduğu çalışmada, eş katımlı alt boyut puan ortalamasının 3.10 ± 3.49 , olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalamasının 19.66 ± 6.68 olduğu bulunmuştur (86). Çapık' ın yapmış olduğu eş katımlı alt boyut puan ortalamasının 3.10 ± 3.49 , olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalamasının 13.64 ± 6.40 olduğu bulunmuştur (85). Çalışmamız diğer çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada eğitim durumuna göre TGDÖ toplam puan anlamlı çıkmıştır, üniversite mezunu olanların puanlarının, okur-yazar ve ilköğretim mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Yılmaz ve ark.'nın yaptıkları çalışmada da eğitim düzeyi ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlılık belirlenmiştir (89). Borcharding yapmış olduğu çalışmada lise mezunu gebelerin üniversite mezunu gebelere göre daha fazla kaçınmacı tutum sergilediklerini saptamışlardır (90). Çapık' ın yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan gebelerin TGDÖ puan ortalamasının diğer gruplara göre daha düşük olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır (85). Çalışmalar paralellik göstermekte olup eğitim düzeyi yüksek olan gebelerde gebeliğin getirmiş olduğu psikolojik değişimlerden daha az etkilendiği eğitim seviyesi yükseldikçe doğum öncesi bakım alma oranının daha yüksek olduğunu ve bu durumlarında distressi azaltabileceği düşünülmektedir.

Gebelerin yaşadıkları yere göre TGDÖ toplam puan anlamlı çıkmıştır, ilde yaşayanların puan ortalamalarının ilçede yaşayanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir. Kurt' un araştırmasında kentsel yaşamın insan üzerine yapmış olduğu olumsuz etkiler; trafik, park sorunu, ulaşım güçlüğü, kargaşa, ahlaki değerlerde düşüş olması ve düzensizlik olarak sıralanmıştır (91). İlde yaşayan gebelerin puanlarının yüksek olmasının sebebi olarak kent yaşamının ilçe yaşamına göre daha zor olan hayat şartlarının gebelik üzerine getireceği etkiden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca evin kira olması, besin ihtiyacının karşılanması için daha çok paraya ihtiyaç duyma ve ekonomik koşulların yetersiz olması durumunda ilde yaşamak kişilerde daha çok strese neden olmaktadır. Köyde toprakla uğraşmanın da stresi azaltmada etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada sağlık güvencesine göre TGDÖ toplam puan anlamlı çıkmıştır. Yücel ve ark.'nın Ankara'da yapmış oldukları çalışma ise sosyal güvence ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (92). Ortaarık ve ark.'nın çalışmasında da aylık gelir ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (93). Bölgesel farklılıktan dolayı benzer sonuçlar olmadığı düşünülmektedir.

Gebelerin çalışma durumuna göre TGDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Kılıçarslan'ın çalışmasında çalışan gebelerde daha az depresyon olduğu saptanmıştır (94). Tekgöz ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise anksiyete durumu ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (71). Çelik ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada gebenin çalışma durumu ile depresyon görülme durumu arasında anlamlılık belirlenmiştir (95). Karaçam ve ark.'nın çalışmasında gelir getiren bir işte çalışmamanın depresyon için bir risk faktörü olduğunu belirlemişlerdir (96). Çelik ve ark. ile Karaçam ve ark.'nın bu araştırma bulgularını desteklememe sebebi olarak çalışan kadının eşine olan ekonomik ve sosyal bağımlılığı azaldığı için genel sağlık durumunu olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Bu çalışmada anlamlı farklılık olmama sebebi olarak gebe kadınların çalışma oranının azlığı sebep olarak düşünülmektedir.

Bu çalışmada TGDÖ toplam puanına ile aile tipi arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Şahin ve Kılıçarslan'ın çalışmasında ise evde sürekli yaşayan kişi sayısı ile depresyon doğru orantılı olduğu saptanmıştır (97). Kişi sayısı arttıkça depresyon görülme oranı da artmaktadır. Kadının kültürümüzde ev işleri ile ilgilenen kişi olarak düşünülmesi ailede yaşayan kişi sayısının artması ile kadının omzuna binen yük artacaktır. Bu da çalışmada da geniş ailede yaşayan kadınların distres oranının

yüksek bulunmasını açıklamaktadır. Bu olumsuzluk yanında geniş ailede yaşayan bireylerde iletişimin daha güçlü olması ve paylaşımın artması nedeni ile depresyon oranının az görülmesinin nedeni olabilir.

Gebelerin TGDÖ toplam puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Yücel ve ark.'nın çalışmasında sosyal güvence ve gelir düzeyi ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (92). Ortaarık ve ark.'nın çalışmasında da aylık gelir ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (93). Karaçam ve ark.'nın çalışmalarında gelir getiren bir işte çalışmamanın depresyon için bir risk faktörü olduğu belirlemiştir (96). Yılmaz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre geliri giderinden az olan gebelerin depresyon toplam puan ortalamaları geliri giderine eşit/fazla olanlardan daha yüksektir (89). Bu çalışmada gelir durumuna göre anlamlı fark bulunamaması olarak gelir durumuna göre dağılımın eşit olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada eş eğitim durumu ile TGDÖ toplam puan anlamlı çıkmış olup eşi ilköğretim mezunu olanların puanlarının, eşi lise ve üniversite mezunu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Çiltaş ve Köse'nin yapmış olduğu çalışmada eş eğitim düzeyi ile TGDÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında eşi üniversite mezunu olanların puan ortalamasının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (86). Kılıçarslan'ın yapmış olduğu çalışmada eş eğitim düzeyinin artması gebe de depresyon düzeyinin azaldığını saptamıştır (94). Çapık'ın çalışmasında ise eşi üniversite mezunu olanların puan ortalaması daha düşük ve eşi ilköğretim mezunu olanların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ancak aralarındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (85). Arslan'ın yaptığı çalışmada gebelerin eşlerinin eğitim durumu ile anksiyete ve depresyon puan

ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmiştir (81). Eğitim düzeyinin yüksek olması ekonomik gücün daha iyi olmasına ve alım gücünün yüksek olması anlamına gelir. Aynı zamanda eşlerin eğitim seviyesi yükseldikçe daha bilinçli olmaları ve gebeye daha çok destek olmaları şeklinde açıklanabilir. Doğal olarak gebelerin eşinin eğitim seviyesi arttıkça distres puanının düşmesi beklediğimiz bir sonuçtur.

Gebelerin gebelik hakkında duygularına göre TGDÖ toplam puan anlamlı çıkmış olup, gebelikle ilgili duyguları olumlu olanların puanlarının, duyguları olumsuz olan ve kararsız olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Büyükkayacı Duman'ın yapmış olduğu çalışmada gebeliğin istenme durumunun distresi azalttığını tespit etmiştir (98). Prost ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada da gebeliğin istenmeme durumunun distresi artırdığı tespit edilmiştir (99). Bunevicius ve ark.'nın gebelik depresyonunun plansız ve istenmeyen gebeliklerde anlamlı oranda yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (100). Gebeliğin istenmesi ve gebelikle alakalı olumlu duygular beslenmesi gebeliğin getirmiş olduğu fiziksel ve psikolojik değişimlere daha kolay adaptasyon sağlar ve bu da gebelikteki stresin azalmasına sebep olur şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmada gebelikten şuan da veya gelecekte etkilenme durumuna göre TGDÖ puanı arasında anlamlı farklılık, gebeliğin etkileyeceğini düşünenlerin puanlarının, etkileyeceğini düşünmeyen ve kararsız olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Furber ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada gebelerin prenatal distres nedeniyle yaşam biçimleri, alışkanlıkları ve çalışma yaşamlarının olumsuz etkilendiğini saptamıştır (101). Trutnovsky ve ark.'nın çalışmasında gebelerin cinselliğin kanama ve kontraksiyonlar nedeniyle gebeliğe zarar verebileceğini düşündüklerini saptamışlardır (102). Fok ve ark.'nın çalışmasında gebelerin fetüse zarar vermesi nedeniyle gebelikte

cinsel yaşamlarını etkilediği saptanmıştır (103). Gebeliğin getireceği fiziksel değişim nedeni ile gebeler iş yaşantısı, sosyal yaşam, cinsel yaşam, günlük yaşam aktivitelerinde değişimler olacaktır. Bebeğin anneye fiziksel ve psikolojik olarak tam bağımlı yaşaması anneyi eve bağımlı hale getirmektedir bu da gebeliğin gelecekteki yaşantıyı olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada gebelikte destek alınması gebelikte distressi azaltmaktadır. Destek almayanların puanlarının, eş, akraba ve arkadaşan destek alanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Kılıçarslan'ın çalışmasında, hemşire tarafından yapılan ev ziyaretlerinin sayısı ile gebelerin kaygı düzeyi arasında anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır (94). Altınçelep' in yapmış olduğu çalışmada gebelik süresince destek olacak kişi ile prenatal distress düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır (104). Erbil ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada, gebelik süresince akrabalarından destek alma durumuna göre depresif semptom şiddeti farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (105). Kaplan ve ark.'nın çalışmasında kendisine destek veren bir kişinin olmadığını bildiren gebelerde doğum öncesi kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (106). Çalışmalar doğrultusunda destek alan gebe kadın kaygılarını gidererek, gebeliğin getirdiği bu yaşam değişikliğine uyum sağlaması gebeler için gereklidir.

Eş ile uyumlu olan gebeler ile TGDÖ toplam puan arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Eş ile uyumsuz olanların puanlarının, uyumlu ve bazen uyumlu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Çiltaş ve Köse'nin yapmış olduğu çalışmada eşi ile bazen uyumsuz olan gebelerin puan ortalamasının yüksek, eşi ile uyumlu olan gebelerin puan ortalamasının düşük olduğu saptanmıştır (86). Çiltaş ve Köse'nin

çalışması ile bu araştırma bulgusu benzerlik göstermektedir. Eşleriyle uyumlu olan gebelerin distres puanlarının düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Gebelerin önceki doğum şekline göre TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Çiltaş ve Köse'nin Erzincan da yapmış olduğu çalışmasında önceki doğum tipi ile TGDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli fark belirlenmiş, ilk gebeliği olanların puan ortalaması, sezaryen ve normal doğum yapan gebelerden düşük bulunmuştur (86). Tekgöz ve ark.'nın çalışmalarında önceki doğum şekline göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır fakat vajinal doğum yapanlarla yapmayanlar arasında anksiyete görülme açısından fark yokken, sezaryen ile doğum yapmış olanlarda anksiyete daha yüksek bulunmuştur (93). Daha önce doğum yapan gebelerin önceki doğum şekillerinin planlanmamış olması, planları dışında doğum şeklinin gerçekleşmesi, yeterli bilgi alamamalarının doğumların da olumsuz duyguya neden olup şu anki gebeliğin de distresi arttırdığı düşünülmektedir. Bundan dolayı gebelerin sağlık personeli tarafında doğuma kadar düzenli aralıklarla doğum eylemi hakkında bilgi verilmesi distresi azaltabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Gebeliğin planlı olma durumuna göre TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı farklılık vardır. Tekgöz ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada planlanmamış gebeliklerde anksiyete görülme oranı daha yüksek olmasına rağmen anksiyete tanısı alma oranında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır (93). Çapık ve ark.'nın Erzurum ili kadın doğum hastanesinde NST birimine başvuran gebelerle yapmış oldukları çalışmada gebeliğin planlı olma durumuna göre TGDÖ ölçek puan ortalamalarına göre farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (107). Planlanmamış gebelikler de aile ve gebe mutsuzluğa üzüntüye sebep olabilir.

Araştırmada gebelerin cinsiyet beklentisine göre anlamlı fark bulunamamıştır. Dağlar ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada cinsiyet beklentisinin gebelikte depresyon düzeyini etkilemediği saptanmıştır (88). Ay yapmış olduğu çalışmada bebeğin cinsiyeti ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi incelemiş ve bu çalışmanın yaklaşık yarısında etkilediği yarısında etkilemediği saptanmıştır (108). Gebelikte bebek cinsiyetin depresyon üzerine etkisini gelenek ve göreneklere göre değiştiğini söyleyebiliriz.

Gebelerin eğitim durumu ile GSUÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur. Üniversite mezunu olanların puanlarının, okuryazar olmayan, okur-yazar, ilköğretim ve lise mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Turan ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada gebelerin eğitim düzeyleri ile doğum öncesi bakım alma durumları arasında yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (109). Doaae ve ark.'nın İran'da doğum öncesi bakım alma kliniklerine başvuran kadınların tutum ve memnuniyet düzeylerini değerlendirmek için yapılan çalışmada memnuniyet ve eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış fakat doğum öncesi bakım alma becerilerini gruptaki diğer kişilerden daha iyi olduğu saptanmıştır (110). Altıparmak ve ark.'nın yaptıkları çalışmada gebelerin eğitim düzeyi yükseldikçe GSUÖ puan ortalamasının arttığını belirlemişlerdir (111). Özcan'ın yapmış olduğu çalışmada da eğitim seviyesi arttıkça GSUÖ puan ortalamasının arttığı tespit edilmiştir (112). Kanbur' un yapmış olduğu çalışmada eğitim seviyesi arttıkça GSUÖ puan ortalamasının arttığı tespit edilmiştir (113). Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma oranlarını da artırmakta ve bu da gebelikte olumlu sağlık davranışları yapma olarak yorumlanabilir.

Araştırmada çalışma durumu ve GSUÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmıştır, çalışan grubun puan ortalaması daha yüksektir. Kanbur' un çalışmasında gebelerin GSUÖ puan ortalamasının çalışmayan gebelerden daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (113). Özcan' ın Gümüşhane de yapmış olduğu çalışmada çalışan kadınların GSUÖ puan ortalamaları çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (112). Altıparmak ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada çalışma durumunun GSUÖ puan ortalamasını çalışmayan gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (111). Çalışma bulguları birbirine paralellik göstermektedir. Çalışan kadının kocasına olan ekonomik ve sosyal bağımlılığı azaldığı için otonomisi ve mental sağlığının olumlu etkileneceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışan kadının eğitim seviyesinin de yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu durumlarda sağlık davranışlarını pozitif yönde etkilemektedir.

Bu araştırmada sağlık güvencesi ve GSUÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık vardır, sağlık güvencesi olanlarda GSUÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Altıparmak'ın yapmış olduğu gebelerde sosyo-demografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi çalışmasında sosyal güvencesi olanlarda öz bakım gücü daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (111). Er'in yapmış olduğu çalışmada sosyal güvencesi durumlarıyla GSUÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanamamıştır, fakat sosyal güvencesi olanların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (114). Sağlık güvencesine sahip gebelerin sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandıklarını söyleyebiliriz.

Araştırmamızda aile tipine göre GSUÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark olup, çekirdek ailede yaşayanların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Er'in yapmış olduğu çalışmada çekirdek ailede yaşayan gebelerin GSUÖ puan ortalaması

daha yüksek bulunmuştur (114). Kanbur'un yapmış olduğu çalışmada aile tipi ile GSUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak farkın olmadığı fakat istenen gebelikte çekirdek ailede yaşayanların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (113).

Gebelerin yaşanılan yere göre GSUÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmış olup, ilde yaşayanların puan ortalamalarının köy/mezrada yaşayanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir. Özcan ve ark.'nın Gümüşhane il merkezinde yapmış oldukları çalışmada yaşanılan yer ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizinde istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiş olup il merkezinde yaşayanların GSUÖ puan ortalaması, köylerde yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur (112). Er'in İzmir' de yapmış olduğu çalışmada ise gebelerin yaşanılan yer ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde anlamlı bir fark tespit edilememiştir (114). Özcan ile bu araştırma bulgusu paralellik göstermekte olup Er'in çalışması ile paralellik göstermemektedir. Bu araştırma ve Özcan'ın çalışmasının yapıldığı bölge itibari ile benzerlik göstermesi sebep olarak çalışma bölgelerin iklimsel özelliklerin karasal olması ve kırsalda yaşayan gebelerin sağlık imkanlarına ulaşımın zorluğu neden olarak söylenebilir. İl merkezinde yaşamının geçim kaynakları, iş ve daha iyi bir yaşam sağlaması, bazı sosyal ve kültürel etkinliklerin etkisinin kırsal kesime göre daha az olması, sağlık hizmetlerine ulaşımın daha kolay olması ve eğitimin daha yüksek olması nedeni ile sağlık uygulamalarına ulaşmaları ve uygulamaya geçirmeleri daha kolay olmaktadır diyebiliriz. Er'in çalışmasının İzmir ilinde yapılması o bölge gereği il ve kırsal kesim arasındaki sosyo-ekonomik özelliklerinin ve kadınların statüsü arasındaki farkın az olmasının aradaki farkın anlamsız çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir. Kurt'un yapmış olduğu çalışmada da kentin sağladığı ulaşım olanakları, teknolojik gelişmeleri takip edebilme kentte yaşamının iyi yönleri olarak gösterilmiştir (91). İl

merkezinde yaşıyan gebelerde puan ortalamasının yüksek olmasının sebebi olarak il merkezindeki sağlık kuruluşlarına kolay ulaşım ve yaşam tarzının (yeterli beslenme, egzersiz, prenatal bakımı) ve gebelerin eğitim durumlarının daha yüksek olması gibi nedenlerin bu duruma etki edebileceği düşünülebilir.

Gebelerin GSUÖ puan ortalaması ile gelir durumu arasında anlamlı fark olup geliri iyi düzey olanların puanlarının geliri kötü olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Haas ve ark.'nın yaptıkları çalışmada gelir durumu iyi olan kadınların gelir durumu kötü olanlara göre genel sağlık puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (115). Er' in yapmış olduğu çalışmada geliri giderine denk olanların GSUÖ puan ortalamaları geliri giderinden az olan gebelerden yüksek bulunmuştur (114). Altıparmak'ın yapmış olduğu çalışmada sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kadınların ise istemediği halde gebeliğe maruz kaldıkları tespit edilmiştir (111). Bu durumda ekonomik durum ile sağlık uygulamaları arasındaki ilişki vardır diyebiliriz. Gelir durumu iyi olan gebelerin sağlık bakım almasını, sağlık bakım imkanlarına daha kolay erişim sağladıkları, beslenmeleri ve aile planlaması yöntemlerinden yaralanma oranlarının daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Bu araştırmada gebelerin GSUÖ puan ortalaması ile eş eğitim durumu arasında anlamlı bir fark olduğu, eş üniversite mezunu olanların puanlarının, eş ilköğretim mezunu ve lise mezunlarında yüksek olduğu belirlenmiştir. Özcan ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada gebelerin eşlerinin eğitim düzeylerine göre GSUÖ puan ortalamaları analizinde istatistiksel açıdan anlamlı fark elde edilmiştir, eğitim seviyesi arttıkça GSUÖ puan ortalaması artmıştır (112). Çakmakçı ve ark.'nın yaptığı çalışmada, eşleri lise ve üzeri eğitime sahip olan gebelerin, tüm gebelik dönemlerine özgü olumlu davranış skorları, eşleri ilköğretim okulu olan gebelere göre yüksek olduğu

bulunmuştur (116). Yapılan çalışmalar bizim bulgumuzu desteklemektedir. Eş eğitim seviyesi arttıkça GSUÖ puanı da artmaktadır. Aynı zamanda eş eğitim seviyesi arttıkça gelir düzeyi de artacaktır ve sağlık bakım hizmetlerinden yararlanma oranı da artacaktır.

Gebelerin önceki doğum şekli ile GSUÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, önceden doğum yapmayanların puanlarının, önceki doğumu normal ve sezaryen olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Yılmazel'in yapmış olduğu çalışmada hiç doğum yapmayan kadınların folik asit kullanım düzeyleri multiparlara göre yüksek bulunmuştur (117). Esmeray ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada önceden doğum yapmayan kadınların WHO (Beş) İyilik İndeksi toplam puanı ortalaması doğum yapan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (118). Çalışmalar araştırma bulgumuzu destekler niteliktedir. Bu sonuçlar doğrultusunda daha önce doğum yapmayan gebelerin ilk gebelikleri olması dolayısı ile gebelik sırasındaki sağlık davranışlarına daha çok dikkat ettikleri söylenebilir.

Bu çalışmada eşten destek alanların puanlarının, akrabadan destek alanlardan yüksek ve arkadaştan destek alanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucunda gebelerin sağlık uygulamaları ile destek alınan grup karşılaştırıldığında arkadaştan alınan desteğin sağlık uygulamaları açısından daha etkili olduğu söylenebilir. Bacacı ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada, TGDÖ'nün eş katılımı alt boyutu puan ortalaması ile Çok Yönlü Beden-Benlik İlişkileri Ölçeği (ÇYBBIÖ)'nin görünüşü değerlendirme ve sağlık yönelim alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olup eş desteği ile distresi azalırken sağlık yönelimi davranışı artmaktadır şeklinde bulunmuştur (84). Bu çalışmada arkadaştan alınan destek daha yüksek bulunmuştur. Bunun da sebebi olarak

arkadaşlardan etkilenme ve deneyimlerinden yararlanma şeklinde yorumlanabilir. Sonuçlar doğrultusunda gebelikte alınan desteğin sağlık uygulamaları üzerine olumlu katkı yaptığı söylenebilir.

Gebelerin gebelikle ilgili yaşanan duyguları ile GSUÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, gebelikle ilgili duyguları kararsız olanların puanlarının, duyguları olumlu ve olumsuz olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Gebelikle ilgili olarak duyguların olumlu ve olumsuz olanların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken kararsız olanların puan ortalamaları daha düşüktür. Tortumluoğlu ve ark.'nın tarafından yapılan çalışmada ise, isteyerek hamile kalan gebelerin öz bakım gücü gebeliği istemeyenlere göre daha yüksek olarak bulunmuştur (119). Aynı çalışmada istenen gebeliklerin sağlık uygulamalarına istenmeyen gebeliklerden daha fazla dikkat ettikleri ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuş olup öz bakım gücü yüksek olan kadınlar, gebeliğe daha iyi hazırlanmakta, gebeliği boyunca sağlık davranışlarına daha fazla özen göstermekte ve gebeliğe daha kolay uyum sağladığı şeklinde yorumlanmıştır. Bu araştırma bulgularına gebelikle ilgili olumlu düşünceler ve gebeliğin istendik olması gebelikteki sağlık uygulamalarını olumlu etkilediği söylenebilir. Araştırma sonucunda gebeliğe karşı duyguların olumlu veya olumsuz olmasında GSUÖ etkilememiş olup, sonuca göre gebeliği kabullenmenin gebeliğe karşı yaşanan duygulardan daha önemli olduğu söylenebilir.

Gebelerin gebelikten etkilenme durumu ile GSUÖ arasında anlamlı fark olup, yaşam şeklini gebeliğin etkileyeceğini düşünenlerin puanlarının, etkileyeceğini düşünmeyen ve kararsız olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşam şeklinin gebelikte olumsuz etkileneceğini düşünen grubun bağımsız yaşamayı seven gebeler ve

bu gebelerinde sosyoekonomik düzeylerinin yüksek olabileceği düşüncesi ile yola çıkarak gebelikte de sağlık uygulamalarına daha çok önem verebilecekleri düşünülmektedir.

Araştırmada yaş arttıkça Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı düşmekte, Eş Katılımı puanı artmaktadır. Yaş ile TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Araştırma bulgusuna göre yaş arttıkça sağlık uygulamalarında düşme olduğu tespit edilmiştir. Pirinçci ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada riskli gebelik grubundan 20 yaş altı gebeler ve 40 yaş üstü gebeler en az doğum öncesi bakım alan grubu oluşturmuştur (120). Meydanlı ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada hem düşük doğum ağırlıklı bebek, hem de prematür doğumların adölesan yaş grubunda istatistiksel olarak anlamlı oranda fazla olduğu gözlenmiştir (121). Ergin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sağlıksız koşullarda doğum yapan kadınların daha ileri yaşta olduğu tespit edilmiştir (122). Yapılan çalışma bulguları uç yaşlarda gebelik geçiren gebelerin doğum öncesi bakım alma oranlarının düşük olması, sağlıklı koşullarda doğum yapmama gibi gebelikte sağlık uygulamalarına dikkat etmedikleri söylenebilir. Bulgular çalıma bulgumuzu desteklemektedir.

Faisal Cury ve Menezes çalışmalarında anksiyete ve depresyon puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı olmadığını saptamışlardır fakat 14-19 yaş grubundaki gebelerin depresyon oranlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (123). Prost ve ark.'nın ise ileri yaşın gebelikte distres için bir risk faktörü olduğunu tespit etmişlerdir (99). Çapık ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada yaş ile TGDÖ arasında istatistiksel olarak fark bulunmuş ve yaş küçüldükçe distres oranının arttığı tespit edilmiştir (107). Çiltaş ve Köse'nin yapmış olduğu çalışmada gebelerin TGDÖ puan ortalamaları ile yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel

olarak önemli olduğu ve yaş grubu arttıkça puan ortalamalarının düştüğü saptanmıştır (86). Bu araştırmada yaş ile TGDÖ arasındaki istatistiksel fark önemli bulunamamışken, TGDÖ alt boyutundan olumsuz duygulanım ile yaş arasındaki negatif ilişkiyi desteklemektedir. Yaşın küçülmesi olumsuz duygulanım distressini arttırmaktadır. TGDÖ alt boyutunda eş katılımı puanı yaş arttıkça artmasını, eşlerin yaşının da artmasıyla eğitim seviyesinin daha yüksek olmasına, ileri yaşta baba olmanın getirdiği heyecan olarak yorumlanabilir.

Araştırmada evlilik süresi arttıkça Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı düşmekte, Eş Katılımı puanı artmaktadır. Evlilik süresi ile TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Er'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin evlilik süreleri ile GSUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır (114). Er'in yapmış olduğu çalışma bu araştırma bulgusunu desteklemektedir. Araştırmada evlilik süresinin artmasıyla yaş oranı da artacağı için GSUÖ puanında buna bağlı azalmasına yani evlilik süresinin artması yaş oranının da arttırmakta buna bağlı sağlık uygulamalarında da azalmaya neden olması “yaş arttıkça GSUÖ toplam puanı düşmekte” bu araştırma bulgusunu desteklemektedir. Ayrıca evlilik süresinin artması gebelik sayısında artmayla paralellik göstermesi nedeni ile gebelikle ilgili olumsuz düşüncelerin azalmasına eşe alışma nedeni ile eş katılım alt boyutunda artmaya neden olabileceği düşünülmektedir.

Gebelerin evlilik süresi ile TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Altınay Cebeci ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada depresyon semptom düzeyleri yüksek ve düşük olan iki grup arasında evlilik süresi bakımından istatistiksel fark bulunamamıştır (124). Serhan 'ın yapmış olduğu çalışmada da evlilik süresi, postpartum depresyon belirtilerinin görülmesi arasında istatistiksel olarak bir

ilişki tespit edilmemiştir (125). Çalışmalar araştırma bulgusunu desteklemekte olup evlilik süresinin Gebelerde distres ile ilişkili olmadığı söylenebilir.

Bu araştırmada evlilik yaşı arttıkça Eş Katılımı ve TGDÖ toplam puanı düşmekte, GSUÖ toplam puanı artmaktadır. Evlilik yaşı ile TGDÖ alt boyutu olan olumsuz duygulanım puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Esmeray' ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin ilk evlilik yaşı ile anksiyete toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (118). Yalçın Gözüyeşil ve ark.'nın çalışmalarında ilk evlilik yaşı ile depresyon puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (126). Erken evlenenlerin depresyon puan ortalamalarını diğer yaş gruplarında evlenenlere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Erken yaş evlenme gebelik yaşının da küçülteceğinden depresyon puanını yükseltecektir. Dolayısı ile bu olay beklediğimiz bir durumdur. Bu araştırmada evlilik yaşı arttıkça distres azda olsa azalmaktadır. Sonuçlar doğrultusunda bu araştırma bulguları birbirleri ile ilişki içinde oldukları ve diğer çalışmalarında bu araştırma bulgusunu desteklediği söylenebilir.

Gebelerin canlı doğum sayısı, gebelik sayısı ve canlı çocuk sayısı arttıkça GSUÖ toplam puanı düşmektedir. Er'in yapmış olduğu çalışmada gebelik sayısı ve canlı çocuk sayısı arttıkça, GSUÖ puan ortalamalarının azaldığı saptanmıştır (114). Uzun ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada, gebelik sayısına göre gebelik sürecine ilişkin bilgi düzey puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Aynı çalışmada gebelik sayısı bir olan olguların bilgi düzey puanlarının, gebelik sayısı dört ve üzeri olanlardan yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir (127). Pınar ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada canlı doğum ve yaşayan çocuk sayısına göre toplam uyku kalitesi; gebelik ve canlı doğum sayısına göre algılanan stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı

ilişki olduğu saptanmıştır (128). Yaşayan çocuğu olan gebelerin hiç çocuğu olmayanlara göre toplam uyku kalitesi puan ortalamaları kötü; canlı doğum yapan gebelerin hiç canlı doğum yapmayanlara göre hem toplam uyku kalitesi puan ortalamaları kötü, hem de algıladıkları stres puanları yüksek bulunmuştur (128). Çalışmalardan da görüldüğü gibi ilk gebeliklerde kadınların sağlık durumlarına daha dikkat ettiklerini söyleyebiliriz. Gebelik sayısının artması çocuk sayısında ve istenmeyen gebeliklerde de artma ile paralellik olduğu düşüncesi ile gebelik sayısındaki artış gebelik ve fetüse olan ilgiyi azaltma ve sonuçta sağlık uygulamalarına çok özen göstermeme ile sonuçlanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca yaşayan diğer çocukların bakım ve ihtiyaçlarının gebe kadına olan ihtiyacı artırmakta ve gebeliğine ilişkin sağlık uygulamalarına gereken önemi verememekte oldukları düşünülmektedir.

Bu araştırmada görüldüğü gibi canlı doğum sayısı, gebelik sayısı, canlı çocuk sayısı arttıkça olumsuz duygulanım puanı düşmekte, Eş Katılımı puanı artmakta olup, TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Çapık'ın çalışma sonuçlarına göre ilk gebeliği olanların ve yaşayan çocuğu olmayanların distres puan ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır (85). Elkin' in yapmış olduğu çalışmada da yaşayan çocuk sayısı ile stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (129) . Fakat Karataylı'nın yapmış olduğu çalışmada gebelikte depresyon riskinin çocuk sayısı ile orantılı olduğunu tespit etmiştir (130). Çocuk sayısı arttıkça depresyon riski de artmaktadır. Yapılan çalışmaların çoğu bu araştırma bulgusuyla paralellik göstermekte olup çocuk sayısının stresi etkilemediği söylenebilir. Bu araştırmanın yapıldığı bölgede de büyük

çocuklar küçük çocuklara baktığı için anne desteklenmekte olup distresten etkilenmemektedir diyebiliriz.

Araştırmada kürtaj sayısı ile GSUÖ toplam puanı arasında düşük düzeyli negatif yönlü anlamlı ilişki vardır. Kılıçaslan'ın yapmış olduğu çalışmada gebenin ve eşinin eğitim durumu arttıkça gebelik sayısı, kürtaj sayısı, çocuk sayısı azalmaktadır (94). Kılıçaslan'ın çalışmasında görüldüğü gibi kürtaj sayısının eğitim durumuyla orantılı olduğu bulunmuştur. Bostancı ve ark.'nın Doğu Anadolu bölgesindeki bir ilçedeki kadınların seçtikleri doğum kontrol yöntemleri ve eğitim durumu arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir çalışmada en sık tercih edilen yöntemin geri çekme yöntemi olduğu ve eğitim seviyesi arttıkça modern yöntem kullanım oranının arttığını saptamışlardır (131). TNSA 2013 verilerine göre Türkiye de en sık tercih edilen yöntem %25,5'lik geri çekme yöntemidir (132). Jacobs ve ark.'nın tarafından Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan çalışmada tüm gebeliklerin %49'unun istenmeyen gebelik olduğu bulunmuş ve bunların da % 52'si aile planlaması kullanmadığı ve %48'i hatalı kullanımdan kaynaklandığı tespit edilmiştir (133). Choudhary ve ark.'nın tarafından Hindistan da yapılan bir çalışmada kürtaj nedeni olarak çocuk sayısını azaltmak olduğu tespit edilmiştir (134). Güvenli olmayan düşükler ve istenmeyen gebelikler kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkisinden dolayı önemlidir. Bunun için ebeler ve hemşireler sağlık eğitimine, sağlıklı gebelik, doğum ve gebelikten korunma yöntemleri konusunu topluma konu hakkında rehberlik ederek yardımcı olmalıdırlar. Çalışma sonuçlarına göre kürtaj sayısı arttıkça eğitim seviyesi azalması ve aile planlamasından yararlanma oranının düşmesi, aynı zamanda gebelerin aile planlaması konusunda eksik oldukları söylenebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda sağlık uygulamalarından olan aile

planlaması yöntemini kullanmayan gebelerin gebeliklerinde de gebelikteki sağlık uygulamalarını önemsemediği düşünülmektedir.

Kürtaj sayısı ile Olumsuz Duygulanım, Eş Katılımı ve TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Horvath ve ark.'nın ABD'de kürtaj isteyen 956 kadını prospektif olarak kürtaj sonrası ruh sağlığı sonuçları üzerine yapılan çalışmada kürtaj ile depresyon arasında fark saptanmamıştır (135). Zaman ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada gebe grupta düşük ve/veya kürtaj öyküsü olan gebelerin beck depresyon ve anksiyete puanları ortalaması gebelik öyküsü olmayanların beck depresyon ve anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (136). Tekgöz ve ark.'nın çalışmalarında kürtaj öyküsü ile anksiyete arasında anlamlı fark olmadığını fakat düşük öyküsü ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit etmişlerdir (71). Bu bulgudan çıkarabileceğimiz sonuç kürtajın aile planlaması yöntemi gibi kullanıldığı görülmektedir. İstenmeyen gebelikleri önlemek için aile planlaması yöntemi kullanımı yaygınlaşsa bile aile planlama yöntemi yanlış kullanma, cinsel istismar ve tecavüz gibi nedenlerle oluşan gebeliklerin sonlandırılması için isteyerek düşükler gerçekleştirilmektedir. Yapılan çalışmalarda distres ile kürtaj arasında anlamlı farklılık bulunamamış olma sebebi olarak istenmeyen gebeliğin sonlandırmasının kişide aile planlama hizmeti olarak düşünmesi ya da kişi de rahatlama sağladığı için distres ile bağlantılı olmadığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada planlanan çocuk sayısı arttıkça GSUÖ toplam puanı düşmektedir. Kanbur' un yapmış olduğu çalışmada istenen ve istenmeyen gebeliklerin sağlık uygulamaları karşılaştırılmış ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (113). İstenilen gebelikte ki sağlık uygulamaları istenmeyen gebeliktekine göre daha yüksek bulunmuştur (113). Altıparmak' ın yapmış

olduğu çalışmada isteyerek gebe kalma yaşam kalitesinin artırdığını tespit etmiştir (111). Altıparmak'ın belirttiği gibi istenilen çocuk sayısının az olması gebenin daha çok sağlık uygulamasına önem vermesi bu araştırma bulgusunu desteklemektedir.

Araştırmada planlanan çocuk sayısı arttıkça Olumsuz Duygulanım puanı düşmekte, Eş Katılımı puanı artmaktadır. Planlanan çocuk sayısı ile TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Altınay Cebeci ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada istatistiksel olarak planlı gebelik ile plansız gebelik arasında depresyon semptomu şiddeti açısından fark bulunamamıştır (124). Arch çalışmasında gebeliğin istenme durumu ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (136). Çapık'ın çalışmasında istenen gebelik durumunun TGDÖ puan ortalamasını etkilemediği tespit edilmiştir (85). Yapılan çalışmalar bu araştırma bulgusunu desteklemektedir. Yapılan çalışmalarda gebeliğin istenme durumu depresyonu etkilemediği tespit edilmiştir.

Gebelerin eş yaşı arttıkça Olumsuz Duygulanım ve GSUÖ toplam puanı düşmekte, Eş Katılımı puanı artmaktadır. Eş yaşı ile TGDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çırak ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada eşi 18-24 yaş arasında olan gebelerin vücut algısı eşi 25 yaş ve üzeri olan adölesan gebelere göre daha olumludur (137). Bu durum eşi genç olan gebelerin, kendilerinin de genç olması, eşi ile iletişim ve paylaşımın daha iyi olması, gebelerin kedilerine ve fetüslerine daha çok önem göstermeleri dolayısı ile sağlık uygulamalarının artması ile açıklanabilir.

Araştırmada GSUÖ toplam puanı ile Olumsuz Duygulanım alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken, GSUÖ toplam puanı arttıkça Eş Katılımı alt boyut ve TGDÖ toplam puanının düştüğü görölmektedir. Bu durum gebelerde distressin artması gebelikte sağlık uygulamalarını azaltmaktadır. Bacacı ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada TGDÖ'nün olumsuz duygulanım alt boyutu puan

ortalaması ile ÇYBBİÖ'nin (Çok Yönlü Beden-Benlik İlişkileri Ölçeği) fiziksel yeterliliği değerlendirme, sağlık değerlendirmesi alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (84). Araştırmada gebelerin fiziksel açıdan ve sağlık açısından kendilerini yetersiz hissettikçe distres düzeyinin arttığı bulunmuştur. Goodwin Amerika da 2005-2014 yılları arasında yapmış olduğu çalışmada, depresyonda olan gebelerin sigara kullanımı, depresyonda olmayan gebelere göre dört kat daha yüksek bulunmuştur (138). Smedberg'in Avrupa ülkeleri arasında yapmış olduğu çalışmada gebelik döneminde depresyon ve sigara içmeye devam etme arasında güçlü bir ilişki bulunmuş ve eğitim seviyesinin düşük olması, doğum hazırlık kurslarına katılamaması risk faktörü olarak tespit edilmiştir (139). De Jesus Silva ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada gebelik sırasındaki depresyon, doğum sayısı, çocuk sayısı, hamilelik sayısı, aile desteği, günlük içilen sigara miktarı, alkol tüketimi, günlük ilaç kullanımı, zihinsel bozukluk öyküsü, dikkat çekici olayların varlığı ile ilişkili bulunmuştur ve riskin depresyon grubunda ki gebelerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (140). Habashneh ve ark.'nın yaptığı çalışmada sağlıklı yaşam davranışları ile gebelik süresince diş bakımı alma arasında anlamlı bir ilişki saptamış, sağlık davranışı yüksek gebelerin diş bakımı alma oranı yüksek bulunmuştur (141). Cho ve ark. 'nın çalışmasında gebelikte folik asit alımının gebelik depresyonunu azaltıcı etkisinin incelendiği 1277 gebe üzerindeki çalışmalarında folik asit alımının gebelik depresyonunu azaltıcı etkisinin olmadığı görülmüştür (142). Miyake ve ark.'nın Japonya da yapmış oldukları çalışmada gebelik sırasında D vitamini alımı ve depresif belirtiler araştırılmış ve D vitamini alımının gebelikte daha düşük depresif semptom prevalansı ile ilişkilendirilmiştir (143). Rees ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada perinatal depresyonların tedavisine yönelik omega-

3 yağ asidi kullanımı üzerine yapılan çalışma da, omega-3 yağ asidi kullananlarda kullanmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha az depresif belirti saptanmıştır (144). Ormsby ve ark.'nın Avustralya'nın Sidney şehrinde depresyonu olan ve akupunktur tedavisi almak isteyen 8 gebeyle yapmış oldukları çalışmada akupunkturun, gebeliğin getirdiği değişikliklere daha iyi uyum sağladıklarını hissettiklerini belirlemişlerdir (145). Yapılan alışmalar da görüldüğü gibi sağlık uygulamaları ile distres arasında ilişki olduğu ve gebelerdeki distres düzeyi arttıkça uyguladıkları sağlık davranışlarının azalmakta olduğu grlmektedir. Bu araştırma bulgusu diğer çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelerde distresin sağlık uygulamaları üzerine etkisinin incelenmesi amacı ile yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Gebeler TGDÖ toplamından 10.37 ± 4.91 puan alarak distres oranı düşük bulunmuştur.
- Gebeler GSUÖ toplamından 121.04 ± 10.32 puan alarak sağlık uygulamaları oranı yüksek bulunmuştur.
- Gebelerin GSUÖ toplam puanı artıçça TGDÖ toplam puanı düşmektedir. GSUÖ ve TGDÖ arasında negatif yönlü düşük düzeyli ilişki bulunmuştur.
- Gebelerde distresi eğitim durumu, yaşanan yer, sağlık güvencesi, gebeliğin planlı olma durumu, gebelik duyguları, gebelikten etkilenme, gebelikte destek alınan kişi, eş eğitim durumu, eş ile uyum gibi özellikler distresi etkilemektedir.
- Gebelerde sağlık uygulamalarını eğitim durumu, yaşanan yer, çalışma durumu, sağlık güvencesi, aile tipi, gelir, eş eğitim, eş çalışma durumu, gebeliğin planlı olma durumu, gebelik duyguları, gebelikten etkilenme, önceki doğum şekli ve destek alınan kişi gibi özellikler etkilemektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelikte distres ve sağlıklı uygulamaların önemi konusunda ebe-hemşirelere yönelik eğitim programları düzenlenmeli ve sağlık çalışanlarının farkındalığı arttırılmalı,

- Toplumda distres riski altında olan gebeler ebe/hemşireler tarafından tespit edilip distresin azaltılarak bu dönemlere ait fiziksel ve psikolojik uyumun kolaylaştırılması,
- Ebe/hemşireler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde gebenin stresini fark edip anne ve bebeğin sağlığını koruma ve yükseltmeye yönelik çalışmaları planlamalı,
- Doğum öncesi eğitim programlarının yaygınlaştırılarak, gebe ve eşlerin stresini azaltıp ebeveynlik rolüne hazırlanması sağlanmalı, ileri yaş gebelerin tespit edilerek yanlışlarının fark edilmesi ve düzeltilmesi adına ayrıntılı görüşmelerin yapılması,
- Doğum sonrası bakım planlanarak anneye doğum kontrol yöntemleri ile ilgili düzenli olarak eğitimler verilmeli ve istenen gebeliklerin yaşanması sağlanmalı,
- Gebelik süresince kadının distres yaşamasında rol oynayabilecek faktörlerin belirlenip ortadan kaldırılarak doğum öncesi sağlık bakımı almalarını sağlamak,
- İstenmeyen gebelik, sorunlu gebelik, gebelikte destek alamama sorunlarının en aza indirilmesi için üreme sağlığı, evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması,
- Ülkemizde bu konu ile ilgili çalışmaların yetersizliği nedeni ile araştırmacılara konu ile ilgili çalışmaların yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Aydemir H. Uyar Hazar H . (2014). Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik ve Ebenin Rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (2), 815-833
2. Taşkın L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
3. Yeşilçiçek Çalık K., Aktaş S. (2011). *Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi*. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-162.
4. Marakoğlu K., Şahsıvar Ş. (2008). Gebelikte Depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Science*;28:525-532.
5. Dağlar G., Nur N., Bilgiç D., Kadıoğlu M. (2015). *Gebelikte Duygulanım Bozukluğu*. *Kashed*, 2(1): 27-40
6. Atasever İ., Sis Çelik A. (2018). Prenatal Stresin Ana-Çocuk Sağlığı Üzerine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,;21(1):60-68
7. Ali N.S., Azam I.S., Ali B.S., Tabbusum G, Moin SS. (2012). Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study. *The Scientific World Journal*, Article ID 653098: 1-9.
8. Lindgreen K. (2005). *Testing The Health Practices In Pregnancy*. *Questionnaire*, *Jognn*, 34(4): 465-472.
9. Lindgren K. (2003). *A Comparison Of Pregnancy Health Practices Of Women In Inner-City And Small Urban Communities*, *Jognn*, 32 (313–321)

10. Teixeira Jm, Fisk Nm, Glover V. (1999). *Association Between Maternal Anxiety In Pregnancy And Increased Uterine Artery Resistance Index: Cohort Based Study. Bmj. Jan 16;318(7177):153-7.*
11. Sjögren B (1997). Reasons For Anxiety About Childbirth In 100 Pregnant Women, *Journal Of Psychosomatic Obstetric And Gynecology*, 18, 266-272.
12. Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015. (2005). T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü: Ankara
13. World Health Organization (WHO). (2015). World Health Statistics - World Health Statistics indicators. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2015_IndicatorCompendium.pdf?ua=1
14. İlçioğlu K., Keser N., Çınar N. (2017). Ülkemizde Kadın Sağlığı ve Etkileyen Faktörler Women's Health And Affecting Factors In Turkey, *Sakarya Üniversitesi, Sakarya*;3(3):112-119
15. Özgünen T., Çiçek M.N., Akyürek C., Çelik Ç., Haberal A. (2004). *Üreme Fizyopatolojisi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Ankara, Güneş Kitabevi; ss:99-107
16. Gaiser R. (2009). *Physiologic Changes Of Pregnancy. In: Chesnut Dh, Polley Ls, Tsen Lc, Wong Ca, Editors. Chesnut's Obstetric Anesthesia Principles And Practice. 4th Ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; . P.15*
17. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2014). *Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara, 2014
18. World Health Organization. *Constitution*. WHO, 1948

19. T.C Milli Eğitim Bakanlığı. (2012). *Hemşirelik Kadın Sağlığı ve Dönemleri*. Ankara,
20. Koyun A., Taşkın L., Terzioğlu F.(2011). *Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler*. Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 3(1):67-99
21. Koç İ., Schumacher R., Campbell O., Türkyılmaz S., Ergöçmen B., Yüksel İ. (2005). *Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması. Üreme Sağlığı Programı, Ana Rapor*
22. Çoban A., Yanıkerem U. E. (2010) Gebelerde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi. *Ege Journal Of Medicine / Ege Tıp Dergisi* 49(2): 87-94,2010
23. Sharma S., Franco R.(2004). Sleep And Its Disorders İn Pregnancy. *Wisconsin Medical Journal*.103:48-51.
24. Ulaşlı S. S., Ünlü M. (2014). Gebelikte Uyku Sorunları. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, *Afyonkarahisar Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2 (2): 237-244*
25. Facco F.L., Kramer J., Ho K.H., Zee Pc., Grobman Wa. (2010). *Sleep Disturbances İn Pregnancy*. *Obstet Gynecol* Jan;115(1):77- 83.
26. Taşkıran N. (2011). Gebelik ve Uyku Kalitesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 8: 239-245.
27. Obstet Gynecol (2015). Physical Activity And Exercise During Pregnancy And The Postpartum Period. Committee Opinion No. 650. *American College Of Obstetricians And Gynecologists.*;126:E135–42
28. Akbayrak T. Kaya S. (2008). *Gebelik ve Egzersiz. Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi*. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara

29. Yargıç P., Karayılan Ş.Ş., Dönmez G. (2014). Gebelik ve Egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi* Cilt: 49, S. 91-98.
30. Dumith S.C., Hallal P.C., Reis R.S., Kohl H.W. (2011). *Worldwide Prevalence Of Physical Inactivity And Its Association With Human Development Index In 76 Countries*. *Prev Med* 53: 24-8
31. Kaya D., Oskay Ü. (2014). Gebelikte Travma. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt 5 Sayı 2
32. Dibek K. (2016). *Gebelikte Travma*. Derman Tıbbi Yayıncılık
33. Mihmanlı V., Karahisar G.(2012). Gebelikte Travma. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, Cilt: 46, Sayı: 4, 2012
34. Oğuz S., Erdoğan Z .,(2016). Kahve Tüketiminin Kalp Sağlığı Üzerine Etkisi, *Journal Of Cardiovascular Nursing* ;7(14):136-139
35. Deniz A., Taş F., Tomur A., Koç A. (2015). Kafeinin Gebelikteki Toksik Etkileri.;1(3):59-63.
36. Rasch V. (2003). Cigarette, Alcohol, And Caffeine Consumption: Risk Factors For Spontaneous Abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82(2): 182-8.
37. Emcdda 2013 Ulusal Raporu. (2012 Verileri). Reitox Ulusal Temas Noktası Türkiye Yeni Gelişmeler, Trendler, Seçilmiş Konular Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (Tubim). Erişim Tarihi: [Http://Www.Sck.Gov.Tr/Oecd/2013%20t%C3%Bcrkiye%20uyu%C5%9fturucu%20raporu.Pdf](http://www.sck.gov.tr/Oecd/2013%20t%C3%Bcrkiye%20uyu%C5%9fturucu%20raporu.Pdf)
38. İzci F., Bilici R. (2015). Gebelerde Madde Kullanımı: Görülme Sıklığı ve Etkileri. *Bağımlılık Dergisi*, Cilt:16, Sayı:1, S:26-34

39. Genç S., Mihmanlı V.(2014). Madde Bağımlılığı ve Gebelik. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 30 Ek Sayı 2:120-123,
40. Ertem G., Sevil Ü. (2010). Gebeliğin Cinselliğe Etkisi, *Dirim Tıp Gazetesi* 85 Sayı; 1 (40-47)
41. Uçtu A., Bekmezci H.,Özerdoğan N. (2017). Gebelikte Cinsellik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3): 171-175
42. Arıca G.S., Alkan S., Bali S., Mansuroğlu E., Özer C., Gebeliğin Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri Cilt: 2 Sayı: 3
43. Dwyer, J. M. (2001). High-Risk Sexual Behaviours And Genital Infections During Pregnancy, *International Nursing Review*, December, 48(4): 233.
44. Bozkurt N., Biri A., Korucuoğlu Ü., Aksakal N., Nas T., Karabacak O., Himmetoğlu Ö. (2006). Gebe Kadınların, Doğum Kontrol Yöntemleri, Cinsel Organlar ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgileri. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı* ; Cilt: 3 Sayı: 1 Sayfa: 32-34
45. Evlilik Öncesi Danışma Rehberi (2014) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara Erişim Tarihi: <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/Evlilikoncesi%20danismanlikrehberi.Pd>
46. Amanak K., Karaöz B.,Sevil Ü. (2013). Alternatif/ Tamamlayıcı Tıp ve Kadın Sağlığı. *Taf Prev Med Bull* ;12(4):441-44
47. Gaffield, M. L., Gilbert, B. J., Malvit, D. M. & Romaguera, R. (2001). Oral Health During Pregnancy: An Analysis Of Information Collected By The

- Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Journal Of The American Dental Association* 132:1009–1016.
48. Vural N. (2005). Toksikoloji. Ankara 97 5 - 48 2 - 289- 1
49. Yıldız A. (1992). Gebelikte İlaç Kullanımı; Fetal Toksikite ve Teratojenite. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Abd, Ankara 227-234
50. Ok G, Uğur L. (2015) .Gebelerde Zehirlenmelere Yaklaşım. *J Clin Anal Med* ;
Doi:10.4328/Jcam.2971
51. İskit A. B.(2007). İlaç. Hacettepe Ü. Tıp Fak. Farmakoloji Ad, Ankara Cilt 16
Sayı 1 Xv
52. Tükek T., Aydın Ş. (2008). Gebelikte İlaç Kullanımı. Vakıf Gureba Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul 111-113
53. Samur G. E. (2008). Gebelik ve Emziliklik Döneminde Beslenme. Şubat, Ankara
54. Özalper B. (2014). Gebelikte Beslenme. *Muş Alparslan Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 2(2),270-278
55. TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara 2013. [İnternet]. Erişim Tarihi: 18.12.2018, [Http://Www.Hips.Hacettepe.Edu.Tr/Tnsa2008/Data/Tnsa-2008_Ana_Rapor-Tr.Pdf](http://Www.Hips.Hacettepe.Edu.Tr/Tnsa2008/Data/Tnsa-2008_Ana_Rapor-Tr.Pdf)
56. Kodituwakku Pw. (2007). Defining The Behavioral Phenotype İn Children With Fetal Alcohol Spectrum Disorders; A Review, *Neurosci Biobehav Re*, 31(2):192-201.
57. Cimete G. (2002). Gebelikte Madde Kullanımının Anne, Fetüs ve Yenidoğan Üzerine Etkisi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 5, Sayı: 1,

58. Demir K., Atasever S., Kır M., Ünal N. (2007). Kardiyak Üfürüm Nedeniyle Getirilen Bir Çocukta Fetal Alkol Sendromu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 50: 259-261
59. İlgüy D. (2011). Gebelikte Diş Tedavisi Yapılırmı. *Yedi Tepe Diş Eylül*, 1 - Sayı: 1
60. Ejder Apay S., Kılıç M., Pasinoğlu T.(2010). Obez Gebelerde Doğum Eylemi ve Doğum Sonu Dönem. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, *Af Prev Med Bull*; 9(2):151-156, Erzurum.
61. Health Protection Agency. Uk Standards For Microbiology Investigation. Investigation Of Toxoplasma Infection In Pregnancy. 2012, Standards Unit, Microbiology Services Division. Uk. Available At: Erişim Tarihi: [Http://Www.Hpa.Org.Uk/Webc/Hpawebfile/Hpaweb_C/1317133993812](http://www.hpa.org.uk/webc/hpawebfile/hpaweb_C/1317133993812)
62. Hatipoğlu Ç.A. (2013). Gebelerde Toksoplazmoz. Klinik Ankara Toplantıları Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
63. Sarıcaoğlu E. M., Memikoğlu K.O. (2018). Gebelik ve Toksoplazmoz. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 71 (1)
64. Yılmaz B., , Aydın M., Rathfisch G. (2018). Preeklampsi Bakımında Tamamlayıcı Tıp. İstanbul Üniversitesi, 4(3):195-200
65. Ölçer Z., Oksay U. (2015). Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 12 (2): 85-92
66. Sönmez Y. (2007). Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. *Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı* Cilt 16 Sayı 1-9

67. Dinç H., Yazıcı S., Yılmaz T., Günaydın S. (2014). Gebe Eğitimi. 1(1):68-76
68. Bayram G.O., Şahin N.H. (2010). Doğuma Hazırlık Eğitimi Modelleri ve Güncel Yaklaşımlar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*; 7 (3): 36-42
69. Yeşiltepe O.Ü. (2004). Yüksek Riskli Gebelerde Hemşirelik Bakımı, *Perinatoloji Dergisi* ; 12: 11-5.
70. Lee A.M., Lam S.K., Sze Mun Lau S.M., Chong C.S., Chui H.W., Fong D.Y.(2007). *Prevalence, Course, And Risk Factors For Antenatal Anxiety And Depression. Obstet Gynecol* 110: 1102-12
71. Tekgöz İ., Sunay D., Çaylan A., Kısa C. (2009). Gebeliğin Son 3 Ayında Anksiyete Bozukluğu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 13(3), 132-136.
72. Madazalı R. (2005). Gebelik ve Stress. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No 47 Aralık ; S.61-62
73. Savrun M. (2008). Gebelik ve Depresyon, Erişim 02.11.2017
74. Çalışkan E., Özkan S., Çakıroğlu Y., Yalçınkaya Ö., Polat A, Çorakçı A. (2009). The Effects Of Maternal Anxiety Prior To Amniocentesis On Uterine And Fetal Umbilical Blood Flow, 10 (3): 162-167.
75. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. (2007). Association Between Antenatal Depression And Low Birthweight İn A Developing Country. *Acta Psychiatrica Scand*; 115:481486.
76. Field T.,Dieogo M.Ve Harnandez-Reif M. (2006). Prenatal Depression Effects On The Fetus And Newborn: A Review. *Infant Behavior & Development*, 29, 445-455.

77. Oksay Ü.A. (2004). Yüksek Riskli Gebelerde Hemşirelik Bakımı. *Perinatoloji Dergisi*, 12(1):11-16
78. Çoskun A. (1996), Perinatal Hemşirelik Yaklaşımı ve Ekip Çalışmasının Önemi, *Perinatoloji Dergisi* Cilt: 4, Sayı: 3/Eylül 181-184
79. Tezel A., Gözüm S.(2005). Postpartum Dönemde Kadınlarda Görülebilen Depresif Belirtiler Ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 62–68
80. Karaçam Z., Şen E. (2012). Yüksek Riskli Gebelerin Evde Bakımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 80–91
81. Arslan B. (2010). *Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler*. Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
82. Coşkun A., Kızılay Beji N., Hotun Şahin N., Yeşiltepe Oskay Ü., Küçük-Dikencik B., Yıldırım G. ve ark. (2008). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
83. Pop VJM., Pommer AM., Pop Purceleanu M., Wijnen HAA., Bergink V. Ve Pouwer F. (2011). Development of the Tilburg Pregnancy Distress Scale: the TPDS. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11, 80-87.
84. Bacacı H., Ejder Apay S. (2018). Gebelerde Beden İmajı Algısı ve Distres Arasındaki İlişki. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2018; 8(2): 76-82
85. Çapık A. (2013). *Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

86. Yıldız Çiltaş, N , Köse Tuncer, S . (2019). Gebelikte Distresin Tanımlanması: Erzincan Örneği. *Mehmet Akif Ersoy University Journal of Health Sciences Institute* 7: 15-24
87. Pottinger, Am., Trotman Edwards, H., Younger, N. (2009). Detecting Depression During Pregnancy And Associated Lifestyle Practices And Concerns Among Women İn A Hospital-Based Obstetric Clinic İn Jamaica. *General Hospital Psychiatry* 31, 254-261.
88. Dağlar G., Nur N. (2014). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi İle İlişkisi. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2014; 36: 429-441
89. Yılmaz S, N Beji. (2010). Gebelerin Stresle Baş Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Genel Tıp Dergisi*;20(3):99-108
90. Borcharding, Ke. Coping İn Healthy Primigravidae Pregnant Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009: 38:453-62.
91. Kurt H. Türkiye'de Kent - Köy ve Kentli - Köylü Algısı Üzerine Bir Araştırma, Mersin Üniversitesi, Erişim Tarihi: 19.02.2019
[Http://Dergipark.Gov.Tr/Download/Article-File/183240](http://Dergipark.Gov.Tr/Download/Article-File/183240)
92. Yücel P., Çayır Y., Yücel M. (2013). Birinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 16, 83-87.
93. Ortaarık E., Tekgöz İ., Ak M., Kaya E. (2012). İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 16-20.

94. Kılıçarslan S.(2008). *Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri*. Edirne, Uzmanlık Tezi
95. Çelik F., Nadirgil Köken G., Yılmaz M. (2013). Gebelikte Depresyon Semptomlarının Sıklığı ve Depresyon Gelişimini Etkileyen Faktörler. *Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi*, 7(2), 110-117.
96. Karaçam Z, Ançel G. (2009). Depression, Anxiety And Influencing Factors İn Pregnancy: A Study İn A Turkish Population. *Midwifery*, 2009, 25:344-356.
97. Şahin E. M, Kılıçarslan S. (2010). Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri İle Bunları Etkileyen Etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010, 27:51-58
98. Büyükkayacı Duman Nuriye (2012). Socio-Demographic And Obstetric Factors Associated With Depression During Pregnancy İn Turkey. *American International Journal Of Contemporary Research* 2 (11); 17-26.
99. Prost A, Lakshminarayana R, Nair N, Tripathy P, Copas A, Mahapatra R, Rath S, Kumar Gope R, Rath S, Bajpai A, Patel V, Costello A. (2012). Predictors Of Maternal Psychological Distress İn Rural India: A Cross-Sectional Community-Based Study. *Journal Of Affective Disorders*, 138:277-286.
100. Bunevicius R., Kusminskas L., Bunevicius A., Nadisauskiene Rj., Jureniene K. Ve Pop Vjm. (2009). Psychosocial Risk Factors For Depression During Pregnancy. *Informa Healthcare*, 88,599-605.
101. Furber Cm., Garrod D., Maloney E., Lovell K. Ve Mcgowan L. (2009). A Qualitative Study Of Mild To Moderate Psychological Distress During Pregnancy. *International Journal Of Nursing Studies*, 46, 669-77.

102. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. (2006). Women's Perception Of Sexuality During Pregnancy And After Birth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 46(4):282-287.
103. Fok W.Y, Chan L.Y., Yuen P.M. (2005). Sexual Behavior And Activity İn Chinese Pregnant Women. *Actaobstet Gynecol Scand.* 84(10):934-8.
104. Altınçelep F. (2011). *Gebelerdeki Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
105. Erbil N., Oruç H., Karabulut A. (2009). Gebelikte Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Türkiye Klinikleri, J Gynecol Obst* ;19(2)
106. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. (2007). Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1):13-121
107. Çapık A, Apay Es, Sakar T. Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2015; 18(3): 196-203.
108. Ay F., Tektaş E., Mak A., Aktay N. (2018). Postpartum Depresyon ve Etkileyen Faktörler: 2000–2017 Araştırma Sonuçları. *J Psychiatric Nurs* 9(3):147-152
109. Turan T., Ceylan S.S., Teyikçi S.(2008). Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:3, Sayı:9
110. Doaee S, Nejati M, Heidari R, Haghollahi F. (2013). Kadınların Doğum Öncesi Bakımı Gruplamadaki Tutumu ve Memnuniyetleri. *J Pak Med Doç.* Jan; 63 (1): 50-4.

111. Altıparmak S. (2006). Gebelerde Sosyodemografik Özellikler, Özbakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(6):416-23.
112. Özcan H., Kızılkaya Beji N. (2015). Gümüşhane İl Merkezindeki Gebelerin Sağlık Uygulamaları, *Perinatoloji Dergisi*;23(1):13–19
113. Kanbur A.(2010). *Gebeliğin İstenme Durumunun Gebelerin Yaptığı Sağlık Uygulamalarına Etkisinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi Erzurum
114. Er, S. (2006). *Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
115. Haas, J. S., Jackson, R. A., Afflick, F. E. Et Al. (2005). Changes İn The Health Status Of Women During And After Pregnancy, *Journal Of General Internal Medicine*, 20(1):45
116. Çakmakçı A., Eser E. (2003). Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri: Bir Metodolojik Çalışma” Hemşirelik Forumu (8-18)
117. Yılmazel G., Büyükkayacı Duman N., Güngör T.(2015). Doğurgan Yaş Grubundaki Kadınlarda Folik Asit Kullanımı, *Bilgi ve Farkındalığı, Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2015; Volum: 12, Sayı: 6, Sayfa: 209-212
118. Esmeray N. (2016). *Gebelik Deneyimleri Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa

119. Tortumluoğlu G, Okanlı A, Erci B. (2003). Gebelerin Aile Ortamını Algılamaları İle Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt 6, Sayı 1.
120. Pirinçci E., Polat A., Kumru S., Köroğlu A. (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Adü Tıp Fakültesi Dergisi*; 11(2):1-7
121. Meydanlı M. M., Çalışkan E., Ecemiş T., Arler S., Dölen İ., Haberal A. (2000). Adölesanlarda Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *T Klin Jineköl Obst* , 10:98-103
122. Ergin F., Başar P., Karahasanoğlu B., Beşer E. (2005), Güvenli Olmayan Doğumlar ve Doğum Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ad, Aydın Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni: 4 (6)
123. Faisal Cury A., Menezes Pr. (2007). Prevalence Of Anxiety And Depression During Pregnancy In A Private Setting Sample. *Archives Of Women's Mental Health*. 10, 25-32.
124. Altınay Cebeci S., Aydemir Ç., Göka E. (2010). Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek İle İlişkisi. *Kriz Dergisi*, 10(1): 11-18
125. Serhan N. (2010). *Anne ve Babalarda Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi*, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

126. Yalçın Gözüyeşil E, Şirin A, Çetinkaya Ş.(2008), Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3:39-66
127. Uzun B., Ünal E., Kordeve M.K. (2017). Gebelik Süresince Poliklinik Takibinin Gebelerin Sağlık Bilgi Düzeyine Katkısı, Bir Alan Arştırması, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 33(3):32-45
128. Ertekin Pınar Ş., Arslan Ş.,Polat K.,Çiftçi D.,Cesur B.,Dağlar G. (2014). Gebelerde Uyku Kalitesi İle Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Deuhyo Ed*, 7(3), 171-177
129. Elkin N. (2015). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Bunları Etkileyen Faktörler, *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg* 2015;8(1) 2
130. Karataylı S. (2007). *Gebelerde Trimesterler Arası Depresyon, Anksiyete, Diğer Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri*. T.C. Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı
131. Bostancı Ms. (2011). Doğu Anadolu Bölgesindeki Bir İlçede Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemleri İçin Bilgi Kaynakları ve İstenmeyen Gebeliklerle İlişkisi. *Dicle Med J* 2011;38:202-7
132. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2013). *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye*
133. Jacobs J, Stanfors M. (2015). State Abortion Context And U.S. Women's Contraceptive Choices, 1995-2010, *Perspect Sex Reprod Health*. 2015 Jun;47(2):71-82. Doi: 10.1363/47e3015. Epub 2015 Jun 11
134. Choudhary, N., Saha, S. C., Gopalan, S. (2005). Abortion Procedures İn A Tertiary Care İnstitution İn India. *Int J Gynecol Obstet*, 91: 81-6.

135. Horvath S, Schreiber Ca. (2017). Unintended Pregnancy, Induced Abortion, And Mental Health, *Curr Psychiatry Rep.* 2017 Sep 14;19(11):77. Doi: 10.1007/S11920-017-0832-4. Review, Pmid: 28905259
136. Arch Jj. (2012). Pregnancy-Specific Anxiety: Which Women Are Highest And What Are The Alcohol-Related Risks? *Comprehensive Psychiatry*, 54(3),217-228.
137. Çırak R, Özdemir F. (2015). Adölesan Gebelerde Beden İmajı Algısının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 18(3): 214-21.
138. Goodwin R.D., Cheslack-Postava K., Nelson D.B., Smith P.H., Wall M.M., Hasin D.S., Nomura Y., Galea S. (2017). Smoking During Pregnancy In The United States, 2005-2014: The Role Of Depression, Drug Alcohol Depend. 2017 Oct 1;179:159-166. Doi: 10.1016/J.Drugalcdep.2017.06.021. Epub 2017 Jul 18.
139. Smedberg J, Lupattelli A, Mårdby Ac, Øverland S, Nordeng H. (2015). The Relationship Between Maternal Depression And Smoking Cessation During Pregnancy--A Cross-Sectional Study Of Pregnant Women From 15 European Countries, *Arch Womens Ment Health.* Feb;18(1):73-84. Doi: 10.1007/S00737-014-0470-3
140. De Jesus Silva M.M., Peres Rocha Carvalho Leite E., Alves Nogueira D., Clapis M.J., (2016). Depression İn Pregnancy. Prevalence And Associated Factors, *Invest Educ Enferm*, Jun;34(2):342-350
141. Habashneh, R. A., Gutmiller, J. M., Levy, S. Et A.L. (2005). Factors Related To Utilization Of Dental Services During Pregnancy, *Journal Of Clinical Periodontology*, July , 32(7): 815.

142. Cho Y.J., Han J.Y., Choi J.S., Ryu H.M., Kim M.Y. (2008). Et Al. Prenatal Multivitamins Containing Folic Acid Do Not Decrease Prevalence Of Depression Among Pregnant Women. *J Obstet Gynaecol* 28: 482-484.
143. Miyake Y., Tanaka K., Okubo H., Sasaki S., Arakawa M., (2015). Dietary Vitamin D İntake And Prevalence Of Depressive Symptoms During Pregnancy İn Japan, *Nutrition*. Jan;31(1):160-5.
144. Rees A.M., Austin M.P., Parker G. (2005). Role Of Omega-3 Fatty Acids As A Treatment For Depression İn The Perinatal Period., *Aust N Z J Psychiatry*. Apr;39(4):274-80.
145. Ormsby S.M., Dahlen H.G., Smith C.A. (2018). Women's Experiences Of Having Depression During Pregnancy And Receiving Acupuncture Treatment-A Qualitative Study., *Women Birth*. Dec;31(6):469-478.
146. Karataş N. (2004). *Araştırmada Örnekleme*. In: *Erefe İ, ed. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri*. İstanbul: Odak Ofset; 2004: 125-38.

8. EKLER

EK - I. Anket Formu

GEBE BİLGİ FORMU

Birey no.....

1-Kaç yaşındasınız?.....

2-Eğitim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar değil 2. Okur- yazar 3. İlköğretim 4. Lise 5. Üniversite

3-İkametgah yeriniz?

- 1-İl
2-İlçe
3-Köy-Mezra

4-Çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

5-Sosyal güvenceniz var mı?

1. Var 2. Yok

6-Aile tipiniz nedir?

1. Çekirdek aile 2. Geniş aile

7-Gelir Düzeyi

1. Kötü 2. Orta 3. iyi

8-Kaç yıldır evlisiniz?

9-İlk evlilik yaşıınız?.....

10-Kaçıncı gebeliğiniz?.....

11-Düşük/küretaj yaptınız mı sayısı?.....

12-Canlı doğum sayısı?.....

13-Yaşayan çocuk sayısı?.....

14- Aile için Planlanan çocuk sayısı.....

15-Önceki doğum şekliniz nedir?

16-Gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

1. Evet 2. Hayır

17-Gebeliğe ilişkin şu anda yaşadığınız duygular nedir?

1. Olumlu 2.Olumsuz 3. Kararsızım

18-Bebek ailenin beklediği cinsiyette mi?

1. Evet 2. Hayır

19- Gebeliğiniz şu andaki ve gelecekteki yaşam aktivitelerinizi, iş yaşamınızı veya hedeflerinizi etkileme durumu nedir?

- 1.Etkileyeceğini düşünüyorum
2. Etkilemeyeceğini düşünüyorum
3.Kararsızım

20-Gebeliğinizle ilgili herhangi bir problem olduğunda size destek olacak kişiler var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

21-Cevabınız evet ise gebeliğinizle ilgili herhangi bir problem olduğunda en çok kimden destek alıyorsunuz?

- 1) Eşimden
2) Akrabalarım
3) Arkadaşlarımdan
4) Sağlık personelinen(doktor,hemşire,ebe)

Eşinizin

22-Yaşı.....

23- Eğitim durumu

1. Okur-yazar değil 2. Okur- yazar 3. İlköğretim 4. Lise 5.
Üniversite

24- Çalışıyor mu?

- 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

25- Eşinizle uyumlu olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- 1)Uyumluyuz 2)Bazen uyumluyuz
3)Uyumsuzuz

EK - II. Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi

TİLBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ

Aşağıda gebeliğiniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. Son 7 gün boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden kutucuğu işaretleyin. Lütfen her bir soru için sadece bir cevap işaretleyin. Teşekkür ederim.

	İfadeler	Çok sık	Oldukça sık	Ara sıra	Nadiren veya hiç
1	Gebeliğimden keyif alıyorum.	0	1	2	3
2	Eşimle birlikte, gebelik sürecinden keyif aldığımı hissediyorum.	0	1	2	3
3	Gebelik ile ilgili endişelerim var.	0	1	2	3
4	Gebelik eşimle beni daha da yakınlaştırdı.	0	1	2	3
5	Doğum eylemi ile ilgili endişelerim var.	0	1	2	3
6	Bebeğimin sağlığı konusunda endişelerim var.	0	1	2	3
7	Doğumdan sonra eşimle ilgili sorunlar yaşayabileceğim konusunda endişelerim var.	0	1	2	3
8	Eşim tarafından desteklendiğimi hissediyorum.	0	1	2	3
9	Doğumdan sonraki dönemle ilgili ekonomik durumumuza yönelik endişelerim var.	0	1	2	3
10	Doğum esnasında kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum.	0	1	2	3
11	Doğum eylemi ile ilgili seçenekler (normal doğum, sezeryan, ağrısız doğum, evde doğum vb.) üzerinde sıklıkla düşünüyorum.	0	1	2	3
12	Doğum eylemi beni korkutuyor.	0	1	2	3
13	Doğum eylemi ile ilgili anlatılan hikayeler beni çok geriyor.	0	1	2	3
14	Gebeliğin getirdiği fiziksel rahatsızlıkların doğumdan sonra da devam edebileceği endişesini yaşıyorum.	0	1	2	3
15	Duygu ve düşüncelerimi eşimle gerçekten paylaşabiliyorum.	0	1	2	3
16	Gebelikte çok fazla kilo alacağım diye endişeleniyorum.	0	1	2	3

EK - III. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ)

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Ara Sıra	Sık Sık	Her Zaman
1. Gebe kaldığımdan beri, sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürdüğümü düşünüyorum.					
2. Gebe kaldığımdan beri, gecede en az 7-8 saat uyuyorum.					
3. Gebe kaldığımdan beri; günde en az 20 dakika, haftada en az 3 kez olmak üzere düzenli olarak egzersiz yapıyorum.					
4. Gebe kaldığımdan beri, araba, kamyon, yük arabası, kamyonet kullanırken emniyet kemeri kullanıyorum.					
5. Gebe kaldığımdan beri, günde 2'den fazla kafeinli içecek (kahve, çay, kola) tüketiyorum.					
6. Gebe kaldığımdan beri, kokain, amfetamin ya da LSD, eroin ya da uçucu madde kullanırım.					
7. Gebe kaldığımdan beri, eşim ve/veya ben başkalarıyla cinsel ilişkiye girdik.					
8. Gebe kaldığımdan beri, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlemler alıyorum (örn; prezervatif kullanıyorum ya da cinsel ilişkiden kaçmıyorum).					
9. Kendi sağlığım veya bebeğimin sağlığıyla ilgili endişelerim olduğunda doktoruma ya da ebeme bildiririm.					
10. Gebeliğimle ilgili sorularım olduğunda ya da anlayamadığım bir şey olduğunda doktoruma ya da ebeme sorarım.					
11. Gebe kaldığımdan beri, doktorum ya da ebemin tavsiye ettiği ilaçlar dışında bitkisel ilaçlar kullanıyorum.					

12. Gebe kaldığımdan beri, kendim ve bebeğim için iyi olacak yiyecek ve içecekler alırken etiketlerini okuyorum (örn; tuz ve yağ oranının fazla olmamasına, suni tatlandırıcılar içermemesine ve vitamin değerinin yüksek olmasına dikkat ediyorum).					
13. Gebe kaldığımdan beri, duş şeklinde banyo yaparım.					
14. Gebe kaldığımdan beri, 37,7 °C'den daha sıcak suda yıkanmaktan ve oturma banyosu yapmaktan sakınıyorum.					
15. Gebe kaldığımdan beri, zehirli kimyasallar ve diğer maddelere maruz kalmaktan sakınırım veya sınırlandırırım (örn; pasif içicilik, haşere ve böcek ilaçları ve kurşun içeren içme suyu).					
16. Gebe kaldığımdan beri, herhangi bir ilaç ya da destekleyici maddeler almadan önce doktorumla ya da ebemle konuşurum.					

Aşağıdaki soruları okuduktan sonra size en uygun olan seçeneği yuvarlak içine alınız.

17. Gebe kaldığımdan beri; eğer doktorum ya da ebem tavsiye ettiyse, multivitaminleri ve doğum öncesi vitaminleri alıyorum.

- a) Hiçbir zaman b) Haftada 1-2 kez c) Haftada 3-4 kez
d) Haftada 5-6 kez e) Günlük ya da tavsiye edilmedi

18. Gebe kaldığımdan beri, süt ve süt ürünleri veya kalsiyumdan zengin yiyecekler tüketerek veya dışarıdan ilaç vb. alarak yeterli düzeyde (1200mg/gün) kalsiyum alıyorum.

- a) Hiçbir zaman b) Haftada 1-2 kez c) Haftada 3-4 kez
d) Haftada 5-6 kez e) Günlük

19. Gebe kaldığımdan beri,

- a) Hiç
b) Haftada 1-2 kez
c) Haftada 3-4 kez
d) Haftada 5-6 kez günde 5 porsiyon meyve ve/veya sebze tüketiyorum.
e) Günlük

20. Gebe kaldığımdan beri, diyetimde yeterince lifli ve posalı gıda (sebze, kuru meyve gibi) alıyorum.

- a) Hiç b) Haftada 1-2 kez c) Haftada 3-4 kez
d) Haftada 5-6 kez e)Günlük

21. Gebe kaldığımdan beri, sigara içiyorum.

- a) Hiçbir zaman içmedim b) Gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım c) Günde 10 sigaradan az d) Günde 11-20 sigara e) Günde 1 paketten fazla

22. Gebe kaldığımdan beri, alkollü içecekler içerim (şarap, bira veya likör).

- a) Gebeliğim süresince hiç alkollü içecek almadım b) Gebeliğimi öğrenmeden önce
c) Ayda 3 kereden az d) Haftada 1 e) Haftada 1'den az

23. Gebe kaldığımdan beri, bir oturuşta genellikle bir şişe bira, bir kadeh şarap ya da bir kadeh liköre denk gelecek şekilde içki içiyorum.

- a) Hamileyken hiç içmedim b) 1 içki(içecek) c) 2 içki(içecek)
d) 3 içki (içecek) e) 3 içkiden (içecek) fazla

24. Doğum öncesi bakım için doktorumla ya da ebemle görüşmeye başladım.

- a) Döllenmeden önce gebeliği planlamak için b) Gebeliğimin ilk 3 ayında
c) Gebeliğin 5. ayından önce d) Gebeliğin 7. ayından önce
e) Gebeliğin 9. ayından önce

25. Gebe kaldığımdan beri, "randevumu kaçırdım" (doktorumla ya da ebemle olan randevuyu unuttum ya da randevuya gitmedim anlamında).

- a) Hiçbir randevuyu kaçırmadım b) Bir randevuyu kaçırdım
c) 2-3 randevu kaçırdım d) 4-5 randevu kaçırdım
e) 5 randevudan fazla kaçırdım

26. Gebe kaldığımdan beri, düzenli olarak diş bakımı yaptırıyorum (her 6 ayda bir profesyonel temizlik ya da diş bakımı).

- a) Düzenli diş bakımı yaptırdım
- b) Diş bakımı zamanım gelmiş olmasına rağmen diş hekimine gitmedim
- c) Şu anda diş bakımı yaptırmam gerekli mi bilmiyorum
- d) Bir diş hekimine gittim ve bazı bakımlarım oldu fakat gereksinimim olan her şey değil
- e) Bir diş hekimine gittim ve bütün bakımımı yaptırdım ya da gebe kaldığımdan beri bir diş hekimi için randevu zamanım henüz gelmedi

27. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğumla ilgili daha fazla bilgi edinmek için kitaplara, broşürlere, videolara veya internete bakıyorum.

- a) Hiçbir zaman
- b) Ayda bir ya da daha az
- c) Ayda 2-3 kez
- d) Ayda 4 kez (haftada bir)
- e) Ayda 4 kezden fazla

28. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğum ile ilgili daha fazla bilgi edinmek için arkadaşlarımla veya aile üyeleriyle konuşuyorum.

- a) Hiçbir zaman
- b) Ayda 1 kez ya da daha az
- c) Ayda 2-3 kez
- d) Ayda 4 kez (haftalık)
- e) Ayda 4 kezden fazla

29. Gebe kaldığımdan beri, kendimi rahatlatmak için bazı şeyler yapmaya (yürüyüş, masaj, müzik dinlemek, el işi) zaman ayırıyorum.

- a) Hiçbir zaman
- b) Haftada 1 kez ya da daha az
- c) Haftada 1-2 kez
- d) Haftada 3-5 kez
- e) Haftada 5'ten fazla

30. Gebe kaldığımdan beri, gebelikte, gebelik zamanına uygun, doktorum ya da ebem tarafından önerilen ağırlık kadar kilo aldım.

- a) Kilo kaybettim
- b) Gereğinden çok az ya da çok fazla kilo aldım
- c) Kilo almadım ya da vermedim
- d) Bilmiyorum
- e) Almam gereken miktarda kilo aldım

31. Gebe kaldığımdan beri, her gün su, meyve ya da sebze suyu ya da diğer kafeinsiz içecekler içerim.

- a) Günde 3 bardaktan az (220 ml'lik) sıvı
SIVI
- b) Günde 3-4 bardak (220 ml'lik)
- c) Günde 5-6 bardak (220 ml'lik) sıvı
SIVI
- d) Günde 7-8 bardak (220 ml'lik)
- e) Günde 8 bardaktan (220 ml'lik) fazla sıvı aldım.

32. Gebe kaldığımdan beri, bahçede çalışırken eldiven kullanarak, pişmemiş ya da az pismiş et yemeyerek ve kedi dışkısı ile temastan kaçınarak toksoplazma enfeksiyonu riskini en aza indiriyorum.

- a) Daima b) Haftada 5 gün c) Haftada 3 gün d) Bazen e) Hiç

33. Doğuma hazırlık kurslarına katıldım ya da katılmayı planlıyorum.

- a) Kesinlikle evet b) Hayır, daha önce katılmışım c) Emin değilim
- d) Muhtemelen hayır e) Kesinlikle hayır

EK-IV. Etik Kurul Kararı



ERZİNCAN
ÜNİVERSİTESİ
2006

T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurul Başkanlığı



E-İmzalıdır

Sayı : 44495147-050.01.04-E.40229
Konu : Etik Kurul Kararı

10/10/2016

Sayın Demet KIŞLAK
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Üniversitemiz Etik Kurul Başkanlığının 06.10.2016 tarih ve 6 sayılı oturumunda alınan 6/05 sayılı kararı aşağıya çıkarılmıştır.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Adem BAŞIBÜYÜK
Etik Kurul Başkanı

Karar 06/05 Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi **Demet KIŞLAK**'a ait "*Gebelerdeki Distresin Sağlık Uygulamaları Üzerine Etkisinin İncelenmesi*" konulu çalışması görüşüldü.

Yapılan görüşmelerden sonra; adı geçen Yüksek Lisans öğrencisinin değerlendirilmek üzere Etik Kurula sunduğu bilimsel çalışmasının Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği ile ilgili mevzuat hükümleri bakımından uygun olduğuna oy birliğiyle karar verildi.

İlge 5970 sayılı e-İmza Kanununa göre Hırsızlık ile Başlılıkların 06.10.2016 tarihli 06/05 sayılı kararını e-İmzalamıştır. İmza <http://evrakdogrulama.erkincan.edu.tr> linkinden 44495147-050.01.04-E.40229 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Adres : Erzincan Üniversitesi Rektörlüğü Genel Sekreterlik 24100/ERZİNCAN
Telefon : 0 (446) 226 66 66-11446 Ayrıntılı Bilgi İçin: S.GÜNEŞ (Dâhili: 11446)
Belge Geçer : 0 (446) 226 26 60

EK-V. Resmi İzin Yazısı



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Kahramanmaraş İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

KAHRAMANMARAŞ İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ - KAHRAMANMARAŞ İLİ KHBGS
İDARI HİZMETLER BAŞKANLIĞI
30/12/2016 15:56 - 65130477 - 044 - E.7736



Sayı : 65130477/044
Konu : Tez Çalışma İzni

NECİP FAZIL ŞEHİR HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi : 29/12/2016 tarih ve 31595039-755.02.01-1162 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınız ile gönderilen Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Demet KIŞLAK' ın "Gebelerde Distresin Sağlık Uygulamaları Üzerine Etkisinin incelenmesi" konulu tez çalışmasını, Kurumunuza bağlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Ünitesinde yapması Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Opr. Dr. Semih YANCAR
Genel Sekreter

Yörükselim Mahallesi Gazi Mustafa Kuşsu Caddesi No:22 Oniki
Şubat/Kahramanmaraş
Faks No:0344 2515114

e-Posta:fatma.kozak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ayrıntılı Bilgi İçin F.KOZAK- İdari
Hizmetler Başkanlığı - fatma.kozak@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6bc834d6-c2b5-4114-b893-2ad46518dbd4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Fatma KOZAK

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:(0344 223 74 25 / 2120)

EK-VI. Bilgilendirilmiş Onam Formu

“Gebelerdeki Distresin Sağlık Uygulamaları Üzerine Etkisi”

adlı yüksek lisans tez çalışması. Bu araştırma distres riski altındaki gebelerin sağlık uygulamalarının üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Çalışmanın Kasım 2016-Nisan 2017 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır. Anket yöntemi kullanılarak tanımlayıcı olarak yapılması planlanan çalışma da polikliniklere bir yıl içerisinde gebelik kontrolü amacıyla başvuran gebe sayısı gerekli istatistik kayıtlar düzenli tutulmadığı için bilinmemektedir. Bu nedenle çalışmaya alınması gereken minimum örneklem büyüklüğünü hesaplamak için evrendeki elemen sayısının bilinmediği durumlarda örneklem seçme formülü kullanılmıştır. Anket soruları için sizden 15-20 dakika ayırmanız beklenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya demet4606@hotmail.com adresinden ve 05057957993 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih
Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih Demet KIŞLAK
Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih
Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Demet KIŞLAK

Hemşire



EK - VII: Ölçek Kullanım izin Yazısı

From: Ayla Çapık <aylakanbur@atauni.edu.tr>

To: demet4606@hotmail.com

Subject: Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği izni

Sayın ; Demet

Tez çalışmada ölçeği kullanabilirsin. Sana ölçeği ekte gönderiyorum. İyi çalışmalar dilerim.

Ekte mezun hemşireler için metodoloji çalışması yapılmış ölçek ve yönergeyi bulabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.

Dr. Öğr. Üyesi Ayla ÇAPIK
Atatürk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü

From: Sezer Er Güneri< er.sezer@hotmail.com>

To: demet4606@hotmail.com

Subject: gebelikte sağlık uygulamaları İzni

Sayın Demet YILMAZ,

Tezinizde ölçeği kullanmanızda bir sakınca yoktur. Ölçek ve değerlendirmesini mesajın ekinde bulabilirsiniz. Bir sorunuz olursa yardımcı olmaya çalışırım.

Dr. Öğr. Üyesi Sezer ER GÜNERİ
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği A.D.

ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ

Demet KIŞLAK Kahramanmaraş ilinde doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini burada tamamladıktan sonra Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden 2014 yılında mezun oldu. 2014 yılında Erzincan Üniversitesinde yüksek lisans eğitimine başladı. 2015 yılında İstanbul Kartal KoŐuyolu Kalp Hastanesinde göreve başladı. 2018 yılında aile hekimliğine geçiŐ yaptı ve burada aktif olarak çalışmaktadır. Evli ve bir çocuk annesidir.

Demet KIŞLAK

Hemşire