



T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MULTİPAR VE PRİMİPAR GEBELERDE ALGILANAN
STRES VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

Dilek KALOĞLU BİNİCİ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ERZİNCAN
2018**

**T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MULTİPAR VE PRİMİPAR GEBELERDE ALGILANAN
STRES VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

Dilek KALOĞLU BİNİCİ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Sevinç KÖSE TUNCER**

ERZİNCAN

2018

TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uygunluğunu, 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 kısmının başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Dilek KALOĞLU BİNİCİ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebelik	4
2.2. Gebelik Döneminde Meydana Gelen Değişiklikler	5
2.3. Stres	11
2.3.1. Stres Nedenleri	14
2.4. Gebelikte Stres	15
2.5. Gebelikte Stres İçin Risk Faktörleri	20
2.6. Gebelikteki Stresin Gebelik, Doğum, Doğum sonu ve Anne–Bebek sağlığı Üzerine Etkisi	23
2.7. Gebelikteki Stres ile Başetme Yolları	26

2.8. Gebelikteki Stres ile Başetmede Hemşirenin Rolü	35
3. MATERYAL VE METOD.....	40
3.1. Araştırmanın Türü.....	40
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	40
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
3.5. Verilerin Toplanması	43
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	44
4. BULGULAR.....	48
5. TARTIŞMA	68
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	85
KAYNAKLAR	89
EKLER.....	108
ÖZGEÇMİŞ.....	119

EK I: Gebe Bilgi Formu

EK II: Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği

EK III: Verilerin Normallik Dağılım Analizleri

EK IV: Etik Kurul Onayı

EK V: Erzincan Üniversitesi Tez İzin Yazısı

EK VI: Artvin Devlet Hastanesi Tez Çalışması İzin Yazısı

EK VII Ölçek Kullanım İzni



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, tez çalışmamda bana yol gösteren ve destek olan değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Sevinç KÖSE TUNCER'e, araştırmamda "Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği"ni kullanmama izin veren Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK'e ve Arş. Gör. İlknur KÜLÇÜR'e, tez çalışmamda ihtiyaç duyduğum her anda yardım ve desteklerini benden esirgemeyen, değerli görüşleri ile önemli katkılarda bulunan Sayın Yrd. Doç. Dr. Eda DOKUMACIOĞLU'na ve Arş. Gör. Nurhayat KILIÇ'a, çalışmama katılan tüm gebelere ve bana destek olan hemşire arkadaşlarıma, beni bugünlere getiren, yaşamım boyunca desteklerini esirgemeyen anneme ve babama, varlıkları yeter dediğim kardeşlerime, her zaman bana destek olan sevgili eşim Mustafa BİNİCİ'ye ve saygı değer ailesine, canım kızım ve oğluma şükranlarımı sunarım.

Dilek KALOĞLU BİNİCİ

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
APSI	: Antenatal Perceived Stress Inventory
ASPB	: Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı
CRF	: Kortikotropik Hormon Salgılatan Faktör
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DKÖ	: Durumluluk Kaygı Ölçeği
DÖASÖ	: Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği
GAS	: Genel Adaptasyon Sendromu
GÖS	: Gebeliğe Özgü Stres
HGG	: Hoş Güdümlü Görüntüler
HPA	: Hipotalamik- Pitüiter- Adrenal
LAS	: Lokal Adaptasyon Sendromu
PKG	: Progresif Kas Gevşemesi
TGDÖ	: Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği
W-DEQ	: Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1:Primipar Ve Multipar Kadınların Kontrol Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 2. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler.....	46
Tablo 3.Primipar ve Multipar Gebelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	48
Tablo 4. Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı.....	50
Tablo 5. Primipar Ve Multipar Gebelerin Stres Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 6. Primipar ve Multipar Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 7. Primipar ve Multipar Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	58
Tablo 8. Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 9. Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62

ÖZET

Multipar ve Primipar Gebelerde Algılanan Stres ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışma primipar ve multipar gebelerde algılanan stres ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma tanımlayıcı tipte olup, araştırmanın evrenini Kasım 2016 – Ocak 2018 tarihleri arasında, Sağlık Bakanlığı Artvin Devlet Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniğine başvuran olasılıksız rastlantısal yöntem ile araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 gebe araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Gebe Bilgi Formu" ve "Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra istatistiksel Shapiro Wilk Testi, Cronbach α katsayısı, Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis Analizi ve Spearman korelasyon analizi testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Primipar gebelerin Doğum Öncesi Algılanan stres Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının 2.28 ± 0.90 , multipar gebelerin 1.72 ± 0.48 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Primipar ve multipar gebelerde ölçek alt boyutlarından doğum beklentisi puan ortalamasının en yüksek, psikososyal değişiklikler puan ortalamasının en düşük olduğu belirlenmiştir. Primipar gebelerde gebeliğin planlanlı olması ile ölçek toplam puan ortalaması arasında, multipar gebelerde ise yaşanan yer ve yaş ile ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Primipar gebelerin multipar gebelere göre algıladıkları stresin daha fazla olduğu ve eş yaşı özelliklerinin stresi etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Algılanan Stres, Multipar, Primipar.

ABSTRACT

Investigation of Perceived Stress and Affecting Factors in Multipar and Primiparous Pregnancies

Purpose: The study was carried out to determine the perceived stress and the factors affecting the multiparous and primiparous pregnant women.

Material and Method: The study was descriptive and its universe consisted of 150 pregnant women who met criterion of unqualified random sampling, accepted to participate in the research and applied to the Polyclinic of Obstetrics and Gynecology at Artvin State Hospital of Ministry of Health between November 2016 and January 2018. The "Pregnancy Information Form" and "Antenatal Perceived Stress Inventory" were used to collect the data. A priori power analysis was performed to determine the sample size. In the analysis of the data, the numbers, percentages, mean and mean values with minimum and maximum values, statistical Shapiro Wilk test, Cronbach α coefficient, Mann Whitney-U test, Kruskal Wallis analysis and Spearman correlation analysis tests were used in addition to standard deviations.

Results: It was determined that the mean score of the total scores of the primiparous pregnant women gained from "Antenatal Perceived Stress Inventory" was 2.28 ± 0.90 and score of multiparous pregnant women was 1.72 ± 0.48 and the difference was statistically significant. In Primiparous and multiparous pregnant women, it was determined that the expectancy of birth expectancy was highest and psychosocial changes were lowest in scale sub-dimensions.

There was a significant relationship between the planning of pregnancy in primiparous pregnant women and the scale total score average. On the other hand, in multiparous pregnant women a statistically significant relation was found between the place and age and total score average of the scale ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that the perceived stress is higher in primiparous pregnant women than in multiparous pregnant women.

Key words: Multiparous, Primiparous, Perceived Stress.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik, zigotun implante olduğu andan itibaren, annenin vücudunda (1) anatomik, fizyolojik, psikolojik ve biyokimyasal birtakım değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreçtir (2). Bu değişikliklerin amacı anneyi doğuma hazırlamak, fetüsün ihtiyaçlarını karşılayacak metabolik ve biyolojik değişiklikler yapmak, fetüsü doğuma kadar beslemek, barındırmak ve korumaktır (2-7).

Kadının yaşamında en önemli gelişimsel dönemlerden biri olan hamilelik süreci, olgunluk, mutluluk, kendini gerçekleştirme gibi olumlu duygularla birlikte, stres, huzursuzluk ve endişe gibi olumsuz duyguların yaşandığı bir dönem de olabilir (8). Bu dönem gebe ve ailesi için biyo-psikososyal uyum gerektiren bir süreçtir. Kadının kişisel deneyimleri, inanç ve tutumları, çocukluk anıları, annesiyle olan ilişkileri, benlik kavramı, eğitim düzeyi ve yaşam felsefesi, aile ilişkileri, aile ve iş yaşamındaki rollerin değişmesi, annelik rolüne uyum sağlamaya çalışma, ailenin sosyo-ekonomik durumu, ailedeki çocuk sayısı, gebeliğin istenen veya istenmeyen bir gebelik olması gibi nedenler uyum sürecini etkilemektedir (7, 9, 10).

Gebelik sürecindeki değişikliklere bazı kadınlar kolay uyum sağlarken, bazıları uyum sağlamayabilir ve ruhsal sorunlar yaşayabilir (11). Gebelik sürecinde yaşanan çelişki, belirsizlik, pasif kişilik, bağımlılık, korku ve kaygı gibi belirtilerle ortaya çıkan ruhsal sorunlar (12, 13), gebelerde depresyon ve anksiyeteyi tetiklemektedir (2, 13).

Primipar ve multipar gebelerde gelişen stresin sebepleri farklı olabilmektedir. Primipar gebeler, tanımlayamadığı birçok yeni duyguyu bir arada yaşayarak doğum anında karşılaşılabileceği olayları tahmin edememektedir (12). Bununla beraber, doğumu takiben ağır stres yükü, aşırı yorgunluk, kendini soyutlama, yalnızlık ve çevresiyle bağların bozulması sürecini yaşamaktadırlar (9). Literatürde, stresli ve anksiyeteli olan annelerin bebeğin büyüme ve gelişme süreci, bakımı ve emzirilmesi gibi konularda da endişeli oldukları (14), aynı zamanda gebelerde gelişen bu anksiyetenin anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği ve emzirme oranlarının da bu annelerde daha düşük olduğu bildirilmiştir (15). Amerika’da yapılan bir çalışma, primipar annelerin taburculuk sırasında ve sonraki haftada bile bebeğin bakımı konusunda endişelendiklerini ve en önemli endişenin annelerin bilgi ve tecrübesinin bebeğin bakımı için yeterli olmadığını göstermiştir (16). Multipar gebelerde ise doğum korkusunun ön planda olduğu görülmektedir. Doğum korkusunun temel nedeni ikincil doğum korkusu diye tanımlanan önceki doğum deneyimidir (17, 18, 19). Gebenin doğumdan memnun olmaması ise anksiyete, korku, erken dönem anne bebek ilişkisinin kurulamaması, postpartum depresyon gibi sorunları beraberinde getirebilmektedir (20). Yapılan çalışmalarda, multiparlarda ebeveynlik yeterliliğinin daha yüksek olduğu, primiparların multiparlara göre doğum ve doğum sonu döneme yönelik daha fazla anksiyete yaşadıkları, bedenlerindeki olumsuz değişimlere daha çok odaklandıkları ve annelik kimliği geliştirme konusunda daha çok endişe duydukları bildirilmiştir (9, 21, 22).

Hayatın her döneminde beden ve ruh sağlığı arasındaki ilişki çok önemlidir. Gebelikte yaşanan stres, anksiyete ve depresyon, hem annenin hem de bebeğin üzerinde

olumsuz sağlık sonuçlarına sebep olabilir (23). Gebelikte görülebilen hipertansif hastalıklar, annenin immün sisteminin baskılanması, erken doğum riski, spontan abortus, antenatal kanama, operatif doğumlar, fetüste olumsuz nöro-gelişimsel sonuçlar, plasental anormallikler, intrauterin gelişme geriliği ve fetal ölüm gebelik döneminde yaşanan stresin oluşturabileceği önemli sağlık sorunlarıdır (24, 25, 26).

İnsan yaşamında her yeni doğan bebek yeni bir umuttur, gelecektir. Bu umudun gerçekleşmesi için annenin sağlıklı olması, gebeliğini bilinçli olarak planlaması, kendisi ve bebeğinin sağlığı konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekir (3). Gebelerin stresten uzak tutulması ve toplum tarafından desteklenmesi, bireysel ve toplumsal ruh sağlığımızın idamesi açısından son derece önemlidir (27). Bütün bu bilgiler, stres etmenlerinin ve etkilerinin erken dönemde saptanarak llebilmesinin uygun şekilde müdahaleye olanak verip gebeliğin sonuçlarına olumlu katkıda bulunulabileceğini düşündürmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma nc trimestirdeki primipar ve multipar gebelerde algılanan stres ve düzeyini etkileyen faktörleri incelenmek amacıyla yapılmışdı.

Araştırma Soruları:

- 1- Primipar ve multipar gebelerde stres düzeyi nedir?
- 2- Primipar ve multipar gebelerde stres düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?

Araştırma bu sorulara yanıt verecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Fertilizasyon (döllenme) sperm ve oositin temas etmesiyle başlayan, maternal (anneye ait) ve paternal (babaya ait) kromozomların kaynaşması sonucu 23 kromozom anneden, 23 kromozom babadan olmak üzere 46 kromozomlu yeni bir hücre oluşur ve buna zigot denir. Gebelik zigotun implante olduğu andan itibaren, anne organizmasının tamamını kapsayan (1) anatomik, fizyolojik, psikolojik ve biyokimyasal değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreçtir (2). Bu değişikliklerin hedefi anneyi doğuma hazırlamak, annede fetüsün ihtiyaçlarını karşılayacak metabolik ve biyolojik değişiklikler yapmak, fetüsü doğuma kadar beslemek, barındırmak ve korumaktır (2,3). Gebeliğin süresi son menstruasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay) veya 40 haftadır ve her biri yaklaşık üçer aydan oluşan toplam üç ayrı döneme ayrılır. Trimester olarak adlandırılan bu dönemlerin gebelikte her biri ayrı ayrı dönüm noktasıdır (7).

Yaşama kapasitesine erişmiş bir gebeliği olan kadına primipar gebe, yaşama kapasitesine erişmiş iki ve daha fazla gebeliği olan kadına multipar gebe denir (7). Başka bir tanıma göre ise primipara yaşama kapasitesine ulaşmış fetus veya fetusları birkez doğurmuş olan kadındır. İki ya da daha fazla gebeliğini yaşama kapasitesine ulaştırmış olan kadına multipara denir. Parite belirlenirken doğurtulmuş olan

fetusların sayısı yerine viabiliteye ulaşan gebeliklerin sayısı göz önünde bulundurulur (4,5).

2.2. Gebelik Döneminde Meydana Gelen Değişiklikler

Gebelik süreci kadının vücudundan, görünüşüne, sosyal statüsünden alışkanlıklarına kadar birçok alanda değişiklikler yaşar. Bütün bu değişiklikler gebelik sürecinde aynı anda gelişir. Annenin vücudunda meydana gelen fizyolojik değişiklikler ile annenin ve aile üyelerindeki psikolojik değişiklikler eş zamanlıdır (5). Çünkü anne karnında gelişen bebeğin varlığı psikolojik değişikliklerin kaynağını oluşturur. Bu dönemde kadının gebeliğine uyum sağlayamaması kadında strese neden olabilir (7).

Gebelikte fizyolojik ve anatomik değişimler sonucunda yapı ve şiddet olarak hamileliğin evresine göre farklılık gösteren çeşitli rahatsızlıklar görülür (5).

Birinci trimester: Gebelerde rastlanılan fiziksel ve emosyonel yakınmalar; bulantı, kusma, göğüslerde hassasiyet (5, 28), sık idrara çıkma, iştahta artma veya azalma, mide rahatsızlıkları, kokulara karşı hassasiyet, kabızlık, vajinal salgıda artma, varis, ödem, kas krampları, bel ağrısı, yorgunluk hissi, solunum sıkıntısı (5), uykuya yönelim (8, 28), libidonun azalması (8), eşinin normal vücut ve nefes kokusundan tikslenme gibi ileri boyutlarda olabilir (28). Hasta olmadığı halde kendini iyi hissetmeme kadında ambivalan duyguları ortaya çıkaran nedenlerdir. Bu rahatsızlıklar kadının gebeliği istememesine neden olur. Bundan dolayı bu dönemde genelde kadın bebeğe çok az sevinç duyar (7, 5). Ayrıca bu dönemde kadının

bebeğinin normal ve sağlıklı olup olmayacağı (5), kendi sağlığı ile ilgili korkuları ve fantezileri vardır (2).

Gebelik sürecinde kadın ilk trimestirde hem kendinin hem de bebeğinin sağlıklı olduğuna inanmak, bu dönemin güvenli geçtiğini (24) ve gebeliğinin iyi gittiğini öğrenmek isteyebilir. Kadının doktora ilk gelişinin nedeni genellikle bu endişelerinin giderilmesidir (7).

Bu dönemde kadının yaşadığı duygusal ve davranışsal değişimler belirsizlik, ambivalan duygular, primer odak olarak “ben” sayılabilir. Bu ilk üç aylık dönem sonunda kadın “ben gebeyim” ifadesini kullanabilmelidir (8).

İlk gebeliklerini yaşayan anne adayları bu dönemde nelerle karşılaşacakları konusunda bazı kaygı ve sıkıntılara kapılabilirler. Özellikle plansız oluşan gebeliklerde doğum sonrası artacak olan sorumluluklar, anne rolünün beraberinde getireceği yükümlülükler, doğumun ve aileye eklenecek yeni üyenin getireceği maddi ve sosyal sorumluluklar anne adayında endişeye neden olabilir. Gebenin beden algısı hakkında yaşadığı negatif düşünceler ve duygusal dalgalanmalar, erken gebelik döneminde sık rastlanan problemler arasındadır. Bazı gebeler cinsel ilişkinin kendilerine veya bebeklerine zarar vereceği düşüncesine kapılarak çeşitli kaygılar yaşayabilirler (28). Bu dönem bütün bu sebeplerden dolayı kadında stresin yaşanmasına neden olmaktadır. Bu da gebe kadının desteğe olan ihtiyacını ortaya koyar. Bu nedenlerle destek sağlama hemşirenin ya da ailenin en önemli sorumluluğu gibi görülmektedir (7).

İkinci trimester: Gebenin fiziksel değişikliklere uyum sağlamaya başladığı bir dönemdir. Yaşanan fiziksel değişiklikler ambivalan duyguların ortadan kalkmasını

hızlandırır. İlk aylarda görülen belirtiler yavaş yavaş ortadan kalkar ve anne adayları bedensel olarak kendini daha iyi hisseder (28).

Bu dönemde kadının bulantıları geçmiştir (7, 8) ve kadın olumlu duygular geliştirir (29). Yorgunluk ve pelvik konjesyon artar (8). Bütün bunların yanında fiziksel yakınmalarından kurtulan ve psikolojik olarak gebeliğe daha uyum sağlayan gebelerde cinsel ilişkiye karşı ilgi artar (28).

Bu dönem gebelikle birlikte bebeğin organlarının ve tüm bedeninin kitlesel olarak hızla büyüdüğü, anne adayının gebeliğe tümüyle uyum sağladığı dönemdir (28). Kadın, gebe bir kadının görünümünü kazanmıştır (7) ve anne adayları artık bu dönemde gebe olduğu gerçeğini ve hayatına getireceği değişiklikleri benimser (28, 8).

Bu dönemde bedendeki değişiklikler de kabul edilmiştir. Karnın büyümesi ve bebeğin hareketlerinin hissedilmesi anne ve baba adayları için mutluluk kaynağıdır. Aynı zamanda anne olma fikri birçok anne adayına heyecan verir (28). Bunun yanında gebelerde yoğun olarak içe dönüklük, kendini beğenme, pasiflik, beden görünümündeki değişmeye bağlı utanma gibi olumsuz ya da gurur yaşama (2) duygulanımlar da karşımıza çıkar.

İkinci trimesterde gebe kadın kendisiyle ilgilenmenin yanı sıra, kendi vücudunun bir parçası olan fetüse de odaklanır. Bu dönemde fetüsü cisimlendirmeye ve fetüsle ilişkisi ilerlediğinde onu kendinden ayrı bir varlık olarak görmeye başlar. Birinci trimesterde karşılaştığı problemleri çözmüş olan kadının kişiliği bu dönemde daha denge içindedir (7). Bu dönemin kendisi için olduğu kadar, fetüs için de güvenli geçmesi için prenatal bakıma ve yaşam biçiminde değişiklik yapmaya odaklanır (24).

Bu dönem, annenin daha bağımlı olduğu ve diğer gebe kadınlarla ilişki kurmak istediği bir dönemdir (7).

Üçüncü trimester: Hamileliğin son 3 aylık bu döneminde rahmin büyümesine paralel olarak farklı şekillerde çeşitli fiziksel şikâyetler ortaya çıkabilir. Yorgunluk, uyku problemleri, mide rahatsızlıkları, belli zamanlarda rahimde oluşan hazırlayıcı kasılmalar (Braxton-Hicks kasılmaları), bacaklarda gözlemlenen kramp ve ödem (5, 28), göğüslerden süt gelmesi, cinsel ilişki ve orgazm esnasında ortaya çıkan güçlü rahim kasılmaları, buna bağlı olarak gelişen cinsel istek azalması en çok karşılaşılan sorunlardır (28). Bunlara ilaveten I. trimestirden süregelen yorgunluk, üriner inkontinans, kabızlık ve lökore devam edebilir (5).

Fiziksel olarak görünümü büyümüş anne yeni beden sınırlarına uyum sağlamakta güçlük çeker, çabuk yorulur ve kendini rahatsız hisseder. Bu sorunlar kadının günlük yaşamını zorlaştırarak kadının gebelikten bıkmaya neden olabilir. Aynı zamanda doğum endişeleri ve evden dışarı çıkarsa başına bir iş geleceği hissi başlamıştır. Aileler bu dönemde çevresinde bulunanları daha dikkatli hareket etmeleri için uyarır (7).

Bebeğin, ailenin diğer fertleri tarafından beklenmesi de çok büyük önem taşır. Bebeğin bu dönemde evde fiziksel ve duygusal olarak yeri hazırlanır. Bebeğinin reddedilmesi, kadın için kendisinin reddedilmesi anlamına gelir. Bu dönemde kadın kocasının gebelik, doğum ve bebekle ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmasını ister. Son ayda anne doğum korkusu, bebeği isteme ve gebelikten nefret etme gibi ambivalan duyguları yeniden yaşar. Gebelikten nefret eder, bebeği ister fakat

doğumdan korkar. Doğum anındaki davranışları sanki bütün gebelik boyunca geçirdiği tutum ve davranışlarının tekrarı gibidir (7).

Artık bu dönemde anne adayları bütün eksikliklerini tamamlamaya çalışır. Fiziksel rahatsızlık, gebeliğin artan yükü ve sorumluluğu gebe kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanması gereksinimini ortaya çıkarır (7,5). Bu dönemde rol değişimi, doğum ve annelik için hazırlanmayı içerir. Bu durumda anne, kendisi ve bebeği için güvenli bir doğum eylemi istemektedir (24).

Doğumun yaklaşmasıyla birlikte üçüncü trimesterde anne adayında bazı korku ve endişeler oluşmaya başlar. Ağrı duyma korkusu, doğum sırasında hem annede hem de bebek de oluşabilecek komplikasyonların oluşturduğu baskı (28), çevredeki sağlık personelinin (doktor, hemşire veya ebe) yeterli destek görememe ve azarlanma kaygısı, vajinal kesiler ve yırtıklar sonrasında cinsel hayatta oluşabilecek olumsuz gelişmeler anne adayında çeşitli endişelerin yaşanmasına sebep olabilir (19, 30, 31).

Doğum korkusunu biyolojik (doğum ağrısı), psikolojik (kişilik, önceki travmatik olaylar, ebeveyn olma), sosyal (sosyal destek eksikliği, ekonomik nedenler) ya da ikincil (önceki doğum deneyimi) faktörler etkileyebilir (31, 32). Ülkemizde son trimesterdeki kadınların % 62.5'inin doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (33). Bu sebeplere bakıldığında kadınların ilk üç ayda gebeliğe, ikinci üç ayda bebeğe ve son üçüncü üç ayda ise doğuma odaklandığı belirlenmiştir. Bu sebeple doğum korkusunun üçüncü trimesterde yüksek olması beklenen bir sorundur (18).

Parite, doğum korkusunun içeriğini etkiler (32). Nullipar kadınların doğum korkusunu yaşama sebepleri nasıl bir durumla karşılaşacaklarını bilmemeleri, şiddetli

ağrı ve problem yaşayacaklarını dűřünmeleri, kontrol kaybı yaşama korkusu, cinsel fonksiyon korkuları, vaginal doğum ile ilgili bilgilerinin olmaması, sağlıklı bir doğum yapamayacağını dűřünmeleri, perinede yırtık olacağı dűřüncesi, sağlık personeline karşı güvensizlik yaşamaları, negatif doğum hikâyelerini dinlemeleri ve doğum korkusuna yönelik herhangi bir danışmanlık hizmeti almamalarıdır (17, 18, 19, 30). Sağlıklı nulliparlarla yapılan çalışmada doğum korkusu, acil sezaryen ve uzamış doğum eylemi ile ilişkili bulunurken, fetal distres ile ilişkili olmadığı görülmüştür (34). Nulliparlardaki korkular primipar kadınlar için de geçerlidir. Bunun yanında primipar gebelerde olumlu bir doğum deneyimi şansını artıran üç ana başlık: Ağrı ile yüzleşmek için vücuduna güvenmek, doğumda vücut-zihin arasındaki etkileşim ve destek tutarlılığıdır (35). Bu olumlu duyguların bilinmesi primipar gebelere destek verme şansını artırır.

Multipar gebelerde doğum korkusunun nedeni ise bunlara (nulliparlara) ilave olarak, doğum korkusunun altında yatan temel neden ikincil doğum korkusu diye tanımlanan önceki doğum deneyimidir (17-19). Yapılan araştırmalara göre önceki doğumu sezaryen olan ya da vakum, forseps gibi operatif yöntemler kullanılan kadınlar ile doğumunda komplikasyon gelişen kadınlar (36), komplikasyonsuz doğum yapan kadınlardan daha fazla doğum korkusu yaşamaktadır (37). Sydsjö ve diğerlerinin (38) 2013 yılında yaptığı çalışmada, önceki doğum deneyimini travmatik olarak tanımlayıp doğum korkusu yaşayan gebelerde sezaryen doğum olma olasılığını 5.2 kat arttığı belirtilmiştir. Storksen ve arkadaşlarının (39) 2013'te yaptığı çalışmada ise olumsuz doğum deneyiminin doğum korkusunu 4.8 kat arttırdığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada doğumda herhangi bir komplikasyon gelişenlerde doğum korkusu 1.9, iki ya da daha fazla komplikasyon gelişenlerde 2.9 kat arttığı belirtmiştir. Annenin

doğumdan memnun olmaması, anksiyete, korku, erken dönem anne bebek ilişkisinin kurulamaması, postpartum depresyon, evde rol ve sorumluluklarını yerine getirememe endişesi gibi birçok sorunu da beraberinde getirebilmektedir (20).

2.3. Stres

Latince “estricia”, Fransızca “estrece” kelimelerinden köken almakta, “zorlanma, gerilme ve baskı” anlamına gelmektedir. Stres kavramını günümüzdeki anlamında ilk kullanan Hans Selye, “çeşitli uyaranların canlıda ortak değişikliklere yol açtığını fark etmiş ve stresi vücudun değişim karşında verdiği özgül olmayan cevap” olarak tanımlamıştır (40).

Stres, bireyin iç ve dış dengesini bozan, tehdit eden durumdur. Bernard ise stresi “organizmanın dengesini bozan uyaranlar” olarak tanımlamıştır (41). Selye stresi iki şekilde incelemiştir: Eustres ve dystres. Eustres, yapıcı ve olumlu bir güç olarak, dystres ise yıkıcı ve ıstırap verici bir güç olarak tanımlanmıştır (42). Kuramcı Walter Cannon, Stresi; kişinin zorlanma durumunda sempatik sinir sisteminin uyarılması ile stres yapıcısına “ savaş ya da kaç “ yanıtı vermesi olarak tanımlamıştır (43). Ayrıca stres insanları bir bütün olarak olumsuz şekilde etkileyen ve insanların onunla mücadelede gösterdikleri ruhsal ve bedensel reaksiyonlar olarak da ifade edilir (44).

Stres kavramı üzerine yapılan tanımlamalar incelendiğinde, bazı ortak özelliklerin olduğu görülmüştür. Bunlar;

- Kişi ve çevresi arasındaki etkileşim sonucunda ortaya çıkar,
- Kişiyi harekete geçirir,
- Yüksek düzeyde bir tehlike algısı söz konusudur,

-Organizmanın tamamını etkiler,

-Normal yolla kontrol edilemez (45).

Herhangi bir stresörle karşılaşan kişi saldırma/kaçma ya da uzlaşma gibi tepkilerde bulunur. Stresin oluşumuna bağlı olarak canlının dengesini koruyabilmesi, stres faktörlerinin oluşturduğu bozulmalar oluşuncaya kadar dayanabilme gücüne “stres toleransı” denir. Aynı zamanda stres toleransına, ego gücü veya engellenmeye dayanma gücü isimleri de verilmektedir. Bu güç, kalıtsal yapıya bağlı olmakla birlikte ilk çocukluk yıllarından başlayarak kişinin karşılaştığı yaşam olayları ve öğrenimi sonucu kazanılır. Kişinin içinde bulunduğu durumda gerçekçi bir değerlendirme yapabilmesi, olaylar karşısında bekleyebilmesi, sorunları çözme ve sorunlarla baş etme başarısı, strese dayanma gücünü ve bununla beraber organizmayı uyum içinde yönlendirme gücünü oluşturur.

Herhangi bir stres durumunda organizmanın bozulan dengesinin uyumunu sağlamak için bir bütün halinde tepki göstermesine, homeostatik dengesini yeniden kurabilmesine Selye “Genel Adaptasyon Sendromu (GAS) ve Lokal Adaptasyon Sendromu (LAS)” adını vermiştir (5, 43). Organizmanın strese verdiği her iki yanıtın temel nedeni, organizmayı korumaya, dengede tutmaya yöneliktir (46).

LAS: Bedenin stresöre lokal olarak oluşturduğu yanıtlardır. Yanıtlar adaptiftir ve kısa sürelidir. Ağrı, kızarma, apse (43).

GAS: Stresöre tüm bedenin verdiği (nörohormonal) yanıtların oluşturduğu stres durumudur. GAS üç aşamadan oluşmaktadır. Bunlar;

- a) Alarm dönemi,
- b) Direnç dönemi,
- c) Tükenme dönemi.

a) Alarm dönemi, Stres yaratan durumla aniden karşılaşıldığında ortaya çıkar. Şok aşaması ile başlar. Kanda hormon düzeyinin yükselmesi ile ortaya çıkar. Beden sistemindeki değişimler ile bireyi savaş ya da kaç tepkisine hazırlar.

b) Direnç dönemi, Savaş ya da kaç dönemi olup enerji ve savaş hormonları salgılanır. Alarm reaksiyonlarına zıt tepkilerle beden dengeyi kazanmağa çalışır (43).

c) Tükenme dönemi; Bu dönem beden stresörün etkilerine daha fazla direnemediği ve uyumu sağlayacak gerekli enerjinin tükendiği zaman ortaya çıkar. Beden olayların etkisine karşı kendini savunamaz ve fizyolojik düzenleme azalır. Kronik stresli durumlarda organizma uyum yapamamakta ve tükenme meydana gelmektedir. Bu durumlarda organik ve ruhsal bozukluklar başlar. Savaş yerine kaçma mekanizması kullanılmışsa uyum bozukluğu, psikosomatik bozukluklar olarak ortaya çıkar (43).

Genel olarak strese tepkide dört aşama gözlenir:

-Duygusal Yüklenme

-İnkâr

-Zorlu Düşünceler

-Çözülme

Duygusal yüklenme; bu aşamada bayılma, bağırma, ağlama, hıçkırma, inleme ve panik gibi duygusal tepkiler görülür.

İnkâr; kişide duygusal küntlük ve dona kalma olayı ortaya çıkar. Bu durumda kişi olayı düşünmez ya da olmamış gibi davranır.

Zorlu düşünceler; Bu durum olayın şaşkınlık şoku geçtikten sonra başlar. Olay ve durumla ilgili hayaller ve düşünceler kişinin istemsiz olarak sık sık aklına gelir. Bazen bunlar görüntü ve ses duyma biçiminde ortaya çıkabilir. Olayla ilgili etkileyici, korkulu rüyalar, uyku bozuklukları, aşırı uyanıklık gibi durumlar görülebilir.

Çözülme; son aşamada zorlu düşünceler sıklığını ve şiddetini kaybeder. Kişi olayları sakin olarak hatırlayabilir. Kişilikte bir bütünleşme ve olgunlaşma oluşur.

Kişinin bedensel ve ruhsal sağlığının yanında sosyal çevresinden destek alması da stresin olumlu sonlanmasında önemli rol oynar. Strese karşı tepki, bireyin engellenmeye karşı geliştirdiği kızgınlık duygusu olarak da görülebilir. Bu duygu bireyi atılım yapmaya ya da saldırgan davranışlarda bulunmaya yönlendirirken, kızgınlığın sık sık engellenmesi ise kişide düşmanlık duygusuna dönüşür. Korku, sıkıntı, heyecan ve hareketlerini kontrol edememe gibi çeşitli ruhsal değişimler strese karşı geliştirilen psikolojik tepki sonucunda ortaya çıkar (5). Hemşire, kadının strese karşı gösterdiği tepkileri bilip kişiye baş etme konusunda yardımcı olmalıdır.

2.3.1. Stres Nedenleri

Stres, beden işlevleri ile çevre arasındaki çatışma sonucu fizyolojik sistemlerde ortaya çıkan bir savunmadır (5). Stresör ise bireyin stres yaşamasına neden olan herhangi bir faktör olarak tanımlanabilir (5, 7, 40). Stresörler rol değişimi, eşin ölümü, ayrılık gibi dış kaynaklı olabileceği gibi menopoz, hamilelik, suçluluk

duygusu gibi iç kaynaklı da olabilir. Stresörler biyopsikososyal ve kültürel etmenlerin birleşiminden oluşabilir. Stres gibi stresörlerin algılanışı da bireyseldir.

Stres Kaynakları:

-Fizik çevre: Hava kirliliği, gürültü, kalabalık, radyasyon, sıcak gibi,

-Çalışma koşulları: Ağır ve baskı altında çalışma gibi

-Psiko-sosyal faktörler üçe ayrılır:

1. Günlük stresler: Evde işlerin aksaması, ağlayan çocuk, yanan yemek gibi,

2. Gelişimsel stresler: Doğumdan yaşlılığa kadar gelişim aşamalarında ortaya çıkan streslerdir. Menopoz, adölesan dönemi gibi,

3. Durumsal stresler: Ciddi hastalıklar, evlenme, boşanma, doğum eylemi, ebeveyn olma sayılabilir (5, 7).

2.4. Gebelikte Stres

Gebelik, aileye yeni bir üye katılımının beklentisi ve heyecanı ile yaşanan çok önemli bir süreçtir (47). Bu süreç strese sebep olur ya da önceden var olan stresi şiddetlendirir (48). Günümüzde gebeliğin mutlu bir dönem ve duygusal iyilik hali olduğu düşüncesi artık terkedilmiştir. Kadının yaşamı boyunca en önemli gelişimsel dönemlerden biri olan anne olma süreci, olgunluk, mutluluk, kendini gerçekleştirme gibi olumlu duygularla birlikte, stres, huzursuzluk, endişe ve kendine aşırı yüklenme gibi olumsuz duyguların da yaşandığı bir dönem olarak karşımıza çıkabilir (8).

Gebeliğe özgü stres (GÖS), annenin gebelikle ilgili merak, kaygı ve korkuları olarak tanımlanır. GÖS doğum sancısı ve doğum, ebeveynliğin fiziksel semptomları ve başkalarıyla olan ilişkileri içerir. Gebelik, daha fazla stres, sıkıntılar ve aynı zamanda tecrübelerin arttığı bir zamandır (49). Doğum öncesi gelişme, çevresel olayların veya stres kaynaklarının nispeten devam ettiği ve değiştirilemez etkilerine karşı organizmaların özellikle savunmasız oldukları hassas periyotlarla karakterizedir (50). Kadın bu süreç boyunca oldukça yoğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşamaktadır (51). Gebelik, fizyolojik olarak normal bir dönem olmasına karşın bu süreçte oluşan fiziksel ve ruhsal değişiklikler, sağlık ve hastalık arasındaki çizgiyi daraltmakta, gebenin hem kendisi hem de fetüsü için çeşitli problemlerin gözlemlenmesine sebep olabilmektedir (47). Bazı kadınlar yaşanan bu değişimlere uyum sağlamada güçlük çekebilmektedir. Bu nedenle, gebelik süreci bazen kadın ve ailesi için bir kriz dönemi olabilmektedir (52).

Literatürlerde kadının ruhsal durumu ve yaşantısı gebeliğin seyrini etkileyebildiği gibi, gebeliğin de ruhsal durum ve duygusal yaşantı üzerinde etkili olabildiği belirtilmektedir (8, 53, 54). Ruhsal sağlığın bozulmasında rol oynayan etkenler çeşitli şekillerde karşımıza çıkabilir. Geçmişte yaşanmış depresyon öyküsü, aile ve çevre ilişkileri, maddi durum ve işsizlik, büyük kayıplar, istenmeyen gebelik, düşük hikâyesi, gebelik durumunun yarattığı yeni güçlükler ve gereksinimler, fetusla ilgili endişe ve yüksek ebeveynlik stresi gibi çok farklı sebepleri bu etkenler arasında sayabiliriz (55, 56). Gebelikle bağlantılı olmayan dış stresler ve zorluklar, gebelik esnasında uyum sorunlarını artırabilir. Bu süreçte 1. ve 3. trimesterde oluşan psikiyatrik bozukluklar 2. trimestere göre daha siktir. İlk trimesterde istenmeyen gebelikler, anksiyete ve depresyonla ilişkili iken 3. trimesterde oluşan sorunlar

doğumla ilgili korkular ve fetusun normalliğiyle ilgili kuşkular olabilir (53). Gebelik döneminde başlayan doğum korkusu olumsuz bir doğum deneyimiyle sonuçlandığı gibi doğum sonu dönemde de depresyon, anne bebek bağlanmasında gecikme ve post travmatik stres bozukluğuna neden olur (57). Gebelikte psikiyatrik semptomlar, geçmişte psikiyatrik bozukluğu olan kadınlarda daha sıktır (53).

Kadınların yaşamında en önemli dönemlerinden biri olan gebelik sürecinde oluşan stres, sıklıkla endişe ve depresyonla birleşerek kontrol edilemeyen ve sonu intihara giden bir süreç geliştirebilir (58). Vırit ve ark. aktarımına göre Öztürk ve Şirin' in yapmış olduğu bir çalışmada gebeliğin 43 stres sebebi olay içerisinde 12. ve başka bir çalışmada ise 116. olay içerisinde 15. sırada olduğu bildirilmiştir (59).

Bayık ve diğerleri (60) 2006 yılında yaptıkları çalışmada ise ilk beş sırası ile; % 53.5'inin hamilelik, % 49.6'sının evlilik, % 44.5'i nin uyku alışkanlığında değişiklik, % 36.5'inin aileye yeni birinin katılması (doğum, evlat edinme), % 31.6'sının yemek yeme alışkanlığında değişiklik gibi stres verici yaşam olaylarını deneyimledikleri belirlenmiştir.

Leish'in aktarımına göre Redshaw ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların yaklaşık % 9-13'ü gebelik sırasında bir süre depresyon, Heron ve arkadaşlarının çalışmasında yaklaşık % 13 - % 15'i gebelik sırasında kaygı, doğumu takiben iki yıl içerisinde kadınların yaklaşık % 13 - % 21' inde depresyon % 13'ünde kaygı yaşadığı tespit edilmiştir (61). İsviçre'de 8000 gebe kadının katılımıyla yapılan bir çalışmada; en sık görülen korkuların bebeğin sağlığı ile ilgili korku (% 50) ve ağrı korkusu (% 40) olduğu rapor edilmiştir (62). Türkiye ve dünyada gebelerde görülen depresyon yaygınlığını belirleyen çalışmalar incelendiğinde depresyon yaygınlığının,

Macaristan'da % 17.9 (63), Amerika'da % 20 (64), Kanada' da % 25 (65), Türkiye' de Sevindik % 36.3 olarak (66), Gölbaşı ve diğerleri % 28.6 (67) ve Karaçam ve arkadaşı % 27.9 (68) olarak bulmuşlardır.

Gebelikle bağlantılı olmayan dış stresler ve zorluklar, gebelik esnasında uyum sorunlarını artırabilir. Lin ve diğerlerinin (26) 2017' de yaptıkları çalışmada, artmış kükürt dioksit (SO₂), Azot-dioksit (NO₂) ve PM10 (aerodinamik çapı <10 µm olan partiküler madde) konsantrasyonlarının, gebelik sırasında maternal duygusal stres riskinde artışla ilişkili olduğunu ve hava kirliliği ile maternal stres arasındaki ilişkinin doza bağımlı olduğunu desteklemektedir. Hamilelik SO₂ ve PM10'a maruz kalma maternal duygusal stresin akut gelişimine neden olabilirken, NO₂'ye maruz kalma gecikmiş bir strese neden olabilir. Artan SO₂ konsantrasyonları maternal depresif belirtiler için bir risk faktörü olabilir.

Gebelik süresince, birçok kadın yaklaşan doğum için beklenti içindedir ve bu süreç hakkında sürekli endişe duyar. Bu beklentiler kadının gebelik sürecine kendi kendini doğuma hazırlamasına yardımcı olur (33). Üst ve Pasinlioğlu' nun çalışmasına göre primipar gebelerde endişe düzeyinin daha yüksek olmasının nedeninin doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili bilgi eksikliğinden kaynaklandığı, primipar gebeler deneyimsiz oldukları için doğum anında ve doğumdan sonra karşılaşılabilecekleri olayları tahmin edememekte, bu da gebelerin endişesinin artmasına neden olmaktadır. Multipar gebelerde ise endişe düzeyinin orta derecede olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili bilgi sahibi olmanın endişe düzeyini azalttığı fakat endişeyi ortadan kaldırmadığı, doğumun ağrılı ve kanlı bir eylem olması ve kadının mahremiyetini tehdit etmesi nedeniyle

tüm gebelerde bir miktar endişenin her zaman var olacağı söylenmektedir (12). Köse' nin çalışmasında gebelere doğum ve doğum sonu ile ilgili verilen eğitimin endişeyi azalttığı görülmüştür (69). Başka bir çalışmada da daha önce düşük eylemini deneyimleyen gebelerin benzer bir gebelik haftasındaki düşük yapmamış primipar gebelerle kıyaslandığında kayda değer düzeyde daha fazla kaygı seviyeleri gösterdikleri saptanmıştır (70). Hung' un çalışmasına göre; multipar gebelere kıyasla, primipar gebelerin doğum sonrası stres oranları daha yüksek bulunmuştur. Çünkü primipar gebeler aile, arkadaş ve sosyal destek miktarının yansıması, bedenlerindeki olumsuz değişimlere daha çok odaklandıkları, annelik kimliği geliştirme konusunda daha çok endişe duydukları görülmüştür (71).

Melender, perinatal bir kayıp yaşadktan sonra hamile olan kadınların spesifik duygularını ve endişelerini incelemiştir. Bu kadınlar duygularını sıklıkla endişeli, sinirli, korkmuş, başka bir bebeği kaybetmek, bebeğin genel sağlığı, benliğin duygusal istikrarı, geleceğime bir başka kayıp etkisi, destek eksikliği, kötü haber korkusu, bebeğin kendi etkisi ve endişelerin bitmeyeceğini ifade etmiştir (70).

Gebelikte doğuma ilişkin artan stres ve anksiyete, gebede bazı emosyonel, davranışsal ve fiziksel değişimlere neden olabilir. Gebe huzursuzluk, sinirlilik, uykusuzluk, ağlama ya da taşikardi nöbetleri, yeme ve fiziksel aktivitelerde değişim yaşama şeklinde kendini gösterebilir. Bazı gebelerde gebelikten hoşlanmama, hatta paranoid düşünceler ortaya çıkabilir (72). Hildingsson ve diğerleri (73) 2011' de doğum korkusu sıklığını gebelik ortası dönemde % 12.4, geç gebelik döneminde % 13.5, doğumdan bir yıl sonra ise % 15.1 olarak rapor etmişlerdir.

2.5. Gebelikte Stres İçin Risk Faktörleri

Gebelik kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır (7). Ayrıca bunun yanında gebelik dönemi, yeni ve farklı rollere uyum gerektiren kriz dönemidir (2, 52). Perinatal dönem ve ebeveynliğe geçiş, annelerin zihinsel sağlığı için savunmasız bir zamandır. Birçoğu, depresyon ve kaygı gibi klinik dışı semptomların yanı sıra stres, düşük benlik saygısı ve güven kaybı yaşar (61).

Kadının inanç ve tutumları, görev ve sorumluluk anlayışı, ilişkileri ve davranışları kadının gebeliğini ve gelecekteki annelik rolünü benimsemesini etkiler. Gebeliğe uyum süreci, her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre değişiklik gösterir. Kadının çocukluk anıları, annesiyle olan ilişkileri, kadınlık rolünü algılayışı (bağımlı, bağımsız, aşırı verici, paylaşılan gibi), kendi benlik kavramı, çevresinde bulunan olumlu veya olumsuz rol modelleri, gebeliğini planlamış olması, gebeliği kadınlığının bir kanıtı olarak görmesi ve sosyoekonomik koşulları annenin gebeliği kabullenmesinde önemli rol oynar (29). Gebeliğe uyum sağlayamayan kadın gebelikte stres için risk oluşturur.

Bunun yanında her kadın gebeliği farklı olarak yaşar. Gebelik karşısında tepkiler, bireyin anılarına, korkularına, sosyal ve ekonomik çevre koşullarına, isteklerine bağlı olarak değişebilmektedir (5). Bütün bunlardan dolayı gebeliğin değerlendirilmesinde kadının gebeliğe psikolojik uyumunun değerlendirilmesi çok önemlidir. Psikolojik uyum yapamayan gebeler gebeliği kabullenememe, gebelikteki rahatsızlıklarla baş edememe, gebelik kontrollerini yaptırmama, öz bakımını yapamama gibi sorunlar yaşayabilmektedir (2).

Gebelikte strese neden olan etmenlerden bazıları; aceleci, sabırsız ve katı tutumlar, kadının çalışma koşullarının zorluğu (stresli veya gürültülü bir ortamda çalışan gebe kadınların diğer kadınlara oranla prematüre doğum sancısı riski % 70 daha yüksektir), çalışan kadınların ev hanımı olarak sorumluluklarının fazla olması (stres yüklenmelerini arttırmakta ve sağlık yönünden bedel ödemek zorunda kalmaktadırlar), günümüz yaşam koşulları, ve planlanmamış gebelik (58, 74), alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlar (75), sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı, düşük eğitim seviyeli veya işsizlik oranlarının yüksek olduğu ortamlarda yaşama (76), kürtaj, olgunlaşmamış, bağımlı, sert bir baba ve yetersiz bir anne ile psikoseksüel gelişimde gecikmesi olanlar ve kadınlık rolü hakkında çelişkili (kararsız) duygularla hayal kırıklığına uğramış kadınlar (48) gibi durumların gebelik stresi için risk etmeni olduğu belirtilmektedir.

Kadının gebeliğe uyum sağlamasını zorlaştıran bazı faktörler vardır. Bu faktörler; gebeliğin çoğul gebelik olduğunu öğrenme, bir önceki gebelikten 10-12 ay sonra meydana gelen gebelik, gebelik sırasında yerleşim yerini değiştirmek zorunda kalma, beklenmedik bir iş kaybı ile birlikte sosyal güvence kaybı, kadının kendisinde, eşinde ya da yakın akrabalarının birinde ortaya çıkan ciddi bir hastalık, gebelik sırasında eşin ya da kadın için önemli olan bir bireyin kaybı, gebelik komplikasyonları, arkadaş ya da yakın akrabalarda konjenital anomalisi olan çocuk olması, gebelik sırasında ortaya çıkan sadakat ve güven sorunları, rol çatışmaları, önceki gebeliğinde abortus, ölü doğum, infertilite ve travmatik doğum öyküsüdür. Bu faktörler aynı zamanda kadının gebelikle birlikte başlayan annelik rolünü kazanma sürecini de etkilemektedir. Bu faktörlere ek olarak düşük özsaygı, sürekli olumsuz yönde

düşünme eğilimi, gebelik döneminde sosyal, duygusal destek yetersizliği ve sosyal izolasyonun da etkili olduğunu belirten kaynaklar mevcuttur (8).

Gebelik sırasında psikolojik rahatsızlıklar yetersiz doğum öncesi bakım, düşük doğum ağırlığı ve preterm doğum ile ilişkilidir. Doğum sonrası ise duygusal tutulum, ihmal ve yeni doğana karşı düşmanlık ile ilişkilendirilir (77). Ayrıca modern yaşamda genç anneyi yönlendirecek yaşlılar çevresinin bulunmaması önemli bir stres kaynağıdır. Bu nedenle bebek doğurma korkusu anne adaylarını etkiler. Bebeğin kendi özgürlüğünü ve hareket serbestisini azaltacağı duygusu anneliğe karşı duyguları geliştirir (58). Bütün bunların yanında ailenin kültür düzeyi ve yaşam felsefesi, ailedeki mutluluk derecesi, ailedeki bireylerin gebeliğe karşı tutumları, ailedeki çocuk sayısı (2) gebelikle ilgili ambivalan duyguların da (7) gebelikteki strese neden olduğunu gösteren literatürlerdir.

Yanıkkerem ve arkadaşları; primipar kadınların multipar kadınlara göre emzirme konusunda daha fazla endişe yaşadıkları konular, doğum sonrası emzirme sırasında yardıma gereksinim duyacağını düşünme, emzirmenin annenin zamanını alacağına inanma, bebeğini ilk kez emzirirken güçlük çekeceğine inanma, sütünün bebeğe yeterli olup olmayacağı endişesini taşıma, emzirme sırasında meme başında ağrı ve acı olacağını düşünme ve sütünün erken kesilmesi endişesini taşıdıklarını belirtmiştir (78).

2.6. Gebelikteki Stresin Gebelik, Doğum, Doğum sonu ve Anne–Bebek sağlığı Üzerine Etkisi

Gebelik dönemindeki stres ve anksiyete, gebelik sonuçları ve doğan çocuklar üzerine olumsuz etkileri nedeniyle endişe vericidir (74,79). Geçici kısa süreli stresle, uzun süreli tekrarlayan stresin bedendeki tesirleri farklı olmaktadır. Bu durum beyin tarafından alınır ve tehlike olarak değerlendirilirse stres reaksiyonu başlar (58). Vücut, artan fiziksel ve ruhsal yüke kendini adapte etmek için hipofiz bezinden adrenokortikotropin hormon (ACTH), adrenal korteksten glukokortikoidler (kortizol), adrenal medülladan epinefrin ve sempatik sinir uçlarından norepinefrin salgılar. Bu hormonlar stres hormonları olarak bilinirler. Stres hormonları kardiyovasküler, enerji meydana getirici ve bağışıklık sistemlerini etkileyerek vücudun o anlardaki ihtiyacına uygun düşecek değişiklikleri yaratırlar (80).

Gebelik döneminde artan stres annenin hipotalamik – pitüiter - adrenal (HPA) aksını aktive eder (74). Hipotalamusun hipofiz bezi ile ilgili bölgesinden kortikotropik hormon saldıracı faktör (CRF) salgılır; portal kan yoluyla hipofiz bezine gelen CRF buradan adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılır. Hipofiz bezinden salgılan ACTH kan yoluyla adrenal kortekse gelerek kortizolün, sempatik sinir uçlarından norepinefrin sentezini ve salgınmasını uyarır (81,82). Kortizol ve norepinefrin düzeylerindeki bu artış, uterusu giden kan akımını azaltarak önemli obstetrik ve neonatal komplikasyonlara neden olmaktadır. Uterusa giden kan akımının azalması; fetüse giden besin ve oksijen miktarının azalmasına, fetal büyümenin gecikmesine ve plasental akımdaki oksijen seviyesinin azalmasına sebep olur. Fetusa giden oksijen azaldığından fetusta distres gelişir. Bu durum gebeye tıbbi müdahale gereksinimini

artırır (32, 48, 74, 83-85). Ayrıca doğum korkusu kadının gebelikten kaçınmasına ve legal abortus oranında artışa sebep olurken, bebekte hipoksi oluşma riskini arttırdığı yönünde çalışmalar da mevcuttur (19).

Doğum korkusu yaşayan kadınlar, gebelikleri süresince stres yaşarlar, bu strese yanıt olarak katekolamin (epinefrin, norepinefrin) salgısı artar. Bu artış kadının daha alıngan ve daha sinirli olmasına sebep olur. Aynı zamanda yüksek katekolamin seviyeleri uterin arter direncinde artışa yol açarak uterusu giden kan akımını azaltır ve doğumda uterustaki kasların düzenli kasılmasını engeller. Bu durum doğum eyleminde uzama ile birlikte komplike doğum riskinde ve acil sezaryen gereksiniminde artışa yol açar (37). Lobel ve diğerleri (86) 2008’de yaptıkları çalışmada gebeliğe özgü stresin olumsuz doğum sonuçlarının genel strese göre daha fazla ilişkili olabileceğini bildirmiştir. Annede uzayan gebelik, stres, endişe ve anksiyeteye yol açabilir. Tekrar tekrar pek çok test ve muayeneye maruz kalmak, doğumun şeklinin nasıl, şekilde olacağı ve akıbetinin ne olacağı konusundaki kaygı psikolojik travma oluşturabilir. Bu annelerde sezaryen oranı yüksek, travmatik doğuma bağlı problemler ve komplikasyonlar daha fazladır (3).

Stresin etkisi gebelik dönemindeki fonksiyonları değiştirir. Birinci trimesterde akut stres yaşayan annelerin çocuklarının yaşamın ilerleyen dönemlerinde şizofreninin gelişme riski ile ilişkiliyken, hamileliğin son zamanlarında strese maruz kalan annelerin beklediği çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (50, 75, 79), endişe ve dil gecikmesi riski dahil olmak üzere duygusal veya bilişsel sorunlara sahip olma olasılığı daha fazladır (50, 79). Gebelikte psikososyal stres,

düşük doğum ağırlığı ve gebelik süresinin kısalması, çocukta sosyal açıdan artmış risk ve olumsuz gelişme sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (79).

Gebelik sırasında yaşanan stres, düşük, preeklampsi, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı veya majör konjenital malformasyonlar gibi gebelik komplikasyonlarına yol açmakla kalmaz, aynı zamanda yaşamın sonraki dönemlerinde çocuğun hastalık gelişme riskini de artırır. Bu durum yetişkin hastalığın fetal programlaması olarak adlandırılır (87). Çok sayıda çalışma, genel gebelik stresinin özellikle yetersiz başa çıkma becerileri ile birleşince anne ve fetus için erken doğum, hipertansiyon ve preeklampsi gelişme riski, düşük veya düşük ölü doğum riski gibi çeşitli olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermiştir (88-91). Düşük doğum ağırlığı olan fetüsün, gebe kadınların doğum öncesi gıda yoksunluğunun bir sonucu olarak bu fetüsün sekonder olması nedeniyle erişkin yaşta diyabet, obezite, yüksek tansiyon, kardiyovasküler hastalık (92, 74) ve atopik bünye riski taşıdıklarını belirtmektedir (74).

Doğası ve kökeni ne olursa olsun, stresli koşullar homeostazis için bir tehdit unsurudur ve organizmada orijinal koşula geri dönmek için çeşitli yapısal, işlevsel ve davranışsal cevaplar oluşturur. Ancak ne yazık ki, bu cevaplar gelişmekte olan fetüsün mental ve fiziksel sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olarak, büyüme hızını, doğum ağırlığını ve baş çevresini azaltırken, erken doğum insidansında artışa neden olur (24, 76). Erken yaşam stresine maruz kalan çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar, ilerleyen dönemlerde de duygusal problemlerin ve davranış bozukluklarının görülme sıklığının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bozukluklar; entellektüel aktivite ve problem çözme yeteneğinde azalmadan, geciken

dil edinimine; düşük IQ skorlarından, anksiyete bozukluğu, hiperaktivite, depresyon, otizm ve şizofreniye yatkınlığa kadar uzanan son derece geniş bir yelpazede görülebilmektedir (76). Yine başka bir çalışmada stresin, yenidoğanlarda daha küçük bir baş çevresi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (92).

Fetal dönemde gelişmenin önemi, bebeğin rahim içindeki büyümesi ve daha sonra kardiyovasküler hastalık ve metabolik sendromun diğer yönleri gibi fiziksel bozukluklara karşı savunmasızlık arasındaki ilişki iyi bilinmektedir. Duygusal, davranışsal ve bilişsel sonuçlar açısından da fetal gelişim üzerindeki çevresel etkilerin önemli olduğu artık açık bir hale gelmektedir (93).

Annenin aşırı stres ve anksiyetesi annenin de immün sistemini baskılar ve de annenin sağlığını olumsuz yönde etkiler (24). Depresyon, gebelik dönemindeki anksiyete ve gebelik sırasında stresli yaşam olaylarının yaşanması, doğum sonrası depresyonun güçlü sebeplerindendir (94).

Stres altındaki kadınların sigara içme, alkol tüketme ve stresle ilişkili diğer davranışlara girme olasılıkları daha yüksek olduğu için çoğu zaman olumsuz olayların kümelenmesine ve bu olumsuz etkilerin çocuklarının gelişimsel sonuçları üzerinde olumsuz etkilere sebep olabilir (48, 79). Sigara ve alkol tüketen annelerin gebelikleri sırasında ve doğum sonrasında bebekleri olumsuz etkilenmektedir (95.96).

2.7. Gebelikteki Stres ile Başetme Yolları

Stres verici uyaranlara karşı psikolojik tepkinin şekillenmesi ve olayın tehdit olarak değerlendirilmesinde kişiliğe bağlı eğilimler, zihinsel kapasite, geçmiş yaşantı ve

tecrübeler önemli rol oynar (58). Gebelik kaygısı ve stres olumsuz doğum sonuçları ile ilişkilendirildiği için kadınların gebelikte stresle nasıl başa çıkılır ve özellikle doğum sancısı, doğum, bebek sağlığı ve ebeveynlik gibi endişeleri anlamak büyük önem taşır (97).

Stresli durumlara karşı gösterilen bilişsel ve davranışsal çabalar stresle başa çıkma yöntemi şeklinde tanımlanırken (97, 98) başa çıkma stratejileri, stres faktörleri olarak algılanan koşulları yönetmek için yapılan herhangi bir girişim olarak tanımlanmıştır (49). Lazarus ve Folkman stresle baş etmeyi “stresli olay ya da durumların yol açtığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime dayanma amacıyla gösterilen bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin bütünü” şeklinde tanımlamıştır (97-99).

Stresle başa çıkma konusunda birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların temelini Lazarus ve Folkman’ın geliştirmiş oldukları “Stresle Başa Çıkma Modeli” oluşturmuştur (100). Bu modelin amaçları;

- Başetme davranışlarıyla rahatsızlık oluşturan kaynağı ortadan kaldırmak ya da kontrol altına almak,
- Stres oluşturan durumla ilgili yorumlamaları değiştirmek veya farklılaştırmak
- Rahatsızlığa yol açan duyguları düzenlemek amaçlanmaktadır.

Bu bağlamda, stresle baş etmede “sorun (problem) odaklı” ve “duygu odaklı” iki önemli yaklaşım geliştirmişlerdir (100, 101).

1. Problem Odaklı Başa Çıkma

Problem odaklı başa çıkma, stresörün kendisini hedef alır. Stres oluşturan durumu ele almak, etkisini azaltmak ve bu durumu ortadan kaldırmaya veya kontrol etmeye yönelik stratejilerin geliştirilmesi, sorun odaklı yaklaşımların temelini oluşturmaktadır (97,101). Problem odaklı yaklaşımlar, zaman yönetimi, kendini gözlemlenme, sorun çözme becerilerinin kazandırılmasını hedeflemektedir (101). Stresör bireyin kontrol edilebilir olarak değerlendirdiği bir problem olduğunda sıklıkla kullanılır (97). Probleme yönelim, kişinin kendi problemlerini çözme becerisi kadar, yaşanan problemlere ilişkin genellikle neler düşündüğü ve neler hissettiğini tanımlayan, sürekli bir seri bilişsel-duygusal şemaların işlenmesini içeren güdüsel bir süreç olarak da açıklanmaktadır. Kısaca, problem odaklı başa çıkma, problemin niteliği ve çözümüne ilişkin neler yapılabileceği üzerinde yoğunlaşmaktadır (100).

2 .Duygu Odaklı Başa Çıkma

Duygu odaklı yaklaşımlar, değiştirilemeyeceği düşünülen stres durumları için çeşitli yaklaşımlar sunar. Stresin ortaya çıkardığı olumsuz duyguları azaltmak, kabul etmek veya inkâr etmek, bu duygularla uzlaşmaya çalışmak gibi yollarla duygular kontrol altına alınmaya çalışılır (101). İnkâr ve sorundan uzak durma kişiye daha sakin bir biçimde soruna yaklaşma fırsatı verdiği için psikolojik stresi kontrol etmede güçlü tekniklerdir (97, 100).

Divney ve diğerlerinin (102) 2016'da yaptıkları çalışmada, stres ve olumsuz sağlık davranışları arasında tutarlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Örneğin, stresle uğraşmaktan kaçınanlar ya da sıkıntıyı azaltmak için sigara içmek gibi olumsuz sağlık davranışları yürütenler, duygusal destek aramaya veya sorunu çözmek için

harekete geçmeye başlayanlar, stresin daha az zararlı etkisine sahip olabilirler. Madde kullanımı, alkol ve tütün kullanımı gebelik sırasında stresle başa çıkmanın potansiyel olarak zararlı başka bir aracıdır. Duygular ve problemlerle tütün kullanarak baş etme gebelik süresince sigara içme riskinin artması ile ilişkilendirilmiş ve bu başa çıkma şeklinden gebelerin uzak tutulması ve gebe kadın yaptığı olumsuz sağlık davranışını yapma isteğinden dikkatinin dağıtılması faydalı olacağını belirtmiştir (97). Aktif ve problem odaklı başa çıkma stratejileri gibi başa çıkma stratejilerini benimseme stresörü (stres vericiyi) çözer ve böylece olumsuz doğum sonuçlarına karşı korur, ancak uygun olmayan başa çıkma biçimleri (kaçınma-stres faktöründen kaynaklanan sıkıntı duygusundan kaçmak gibi) pasif ve daha az etkilidir. Uygun olmayan (uyumsuz) baş etme stratejileri olumsuz duygusal sonuçlarla ilişkilidir (49). Bütün bunlardan dolayı gebede var olan bu sağlıksız davranışların tespit edilmesi ve gebeye uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi önemlidir.

Bireyin uyum sağlamayı kolaylaştıran kişilik özellikleri varsa ve bunu iyi kullanabilirse, her engel ve zorluğa uyum sağlayıp aşabilecektir. Uyum sağlayıcı kişilik özellikleri, deneme yanılma yoluyla hayat boyunca gelişir (58).

Stresle baş etme stratejileri;

Pozitif baş etme davranışlarını teşvik etme; hemşire, ailenin stres kaynakları ve mevcut baş etme modellerini gözden geçirmelerine destek olabilir. Ailenin yaşamında yeni bir stresör olan gebelikle baş etmek için farklı yolları tartışabilir. Örneğin, onları deneyimli arkadaşlarından destek almaları için teşvik edebilir (29).

Çevresel stresörleri düzenleme; ailenin yaşamında mevcut olan ve kolay baş edilebilecek stresörler belirlenip bunlara yönelik müdahaleler tartışılabilir. Örneğin aileyle birlikte doğumdan sonraki bebek bakımına ilişkin plan yapılabilir (29).

Rehberlik ve danışmanlık sağlama; hemşire, gebelik süresince kadın ve ailede yaşanabilecek değişiklikler hakkında bilgi verebilir. Yapılan müdahaleler yardımcı olmadığında hemşire, hekim ya da diğer sağlık personeline sevk etmeyi düşünebilir (29).

Sosyal destek; stres altındaki bireylere çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardımdır (103,104). Sosyal destek, stresli yaşam olaylarının etkilerini azaltarak ya da dengeleyerek kişinin sağlığını olumlu etkilemektedir (105). Sosyal çevredeki önemli kişilerden alınan destek gebenin gebelik deneyiminde pozitif bir etkiye, destek eksikliği ise bu deneyimi negatif olarak etkileyebilir (29). Gebe kadınların eşleri ve yakın aile üyeleri en önemli sosyal destek kaynaklarıdır (106). Bazı çalışmalarda gebelikte eşin destek olma oranının artmasıyla gebelerde kaygı düzeyinin azaldığı saptanmıştır (107, 108). Kılıçarslan'ın çalışmasında katılımcılara gebelikleri boyunca kendilerine en fazla destek olanları önem sırasına göre sıralamaları istendiğinde birinci sırada eşleri, ikinci sırada kendi aileleri ve üçüncü sırada ise eşlerinin ailesi olduğu belirtilmiştir (107). Leish (61) 2017'deki çalışmasının niceliksel kanıtı, akran desteğinin, annenin benlik saygısını, öz-yeterlik ve ebeveynlik yeterlilik duygularını iyileştirmeyi destekleyerek, izolasyon, güçsüzleştirmeyi ve stres duygularını yenerek düşük ruh hali ve kaygı düzeyini azaltmaya katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur. Yine Parsa ve diğerleri (109) 2015'te yaptıkları çalışmada daha düşük kaygı seviyeleri ve daha yüksek sosyal

destek düzeyleri olan hamile kadınların daha başarılı bir emzirme yaşayabileceğini saptamıştır.

Gebenin sosyal desteği, gebeliğin olumlu geçirmesine, annelik rolünün daha çabuk kazanmasına ve doğum sonrası yaşanan sorun azalmasına katkı sağlamaktadır (110). Sosyal destek aynı zamanda gebenin bir ebeveyn olarak kendini yeterli hissetmesinin, olumlu evlilik ilişkisinin ve kadının annelik rolü ve bebek bakımındaki memnuniyetinin önemli bir belirleyicisidir. Fakat sosyal çevre tarafından verilen öğütler sağlık personelinin önerileri ile çatışabildiği de unutulmamalıdır (29). Bu yüzden gebelerin sosyal destek sistemlerinin belirlenip aktif hale getirilmesinde, gebelere uygun psikolojik danışmanlığın sağlanmasında, gebelere ve eşlerine beraber kanıta dayalı eğitim verilmesinde ve gebelerin sağlığının geliştirilmesinde gebenin hemşireler/ebeler tarafından desteklenmesi önemlidir.

Hemşire iletişim tekniklerini kullanarak ailenin yanında olduğunu hissettirebilir. Doğum öncesi ziyaretlerin dışında onları telefonla arayarak her şeyin nasıl gittiği sorulabilir. Diğer yardım edici bir yaklaşım ise onlarla birlikteyken acele etmemek ve onlara yeterli zaman vermek olabilir. Destekleyici ilişki stresin etkilerine karşı baş etme çabalarının güçlendirilmesinde, yaşanan sağlık problemlerinin önlenmesinde ve sağlığı yükseltilmesinde rol oynadığı kabul edilmektedir (29).

Gevşeme Egzersizleri; stres olayında kaslar gerilir, kan basıncı ve kan şekeri yükselir, solunum artar. Gevşeme bireyin bedeninde oluşan stresin tam karşıtı etki yapmaktadır. (111). Gevşeme egzersizleri gebelikteki stresi ve anksiyeteyi azaltabilir, kalp atım hızı ve kan basıncını düşürebilir, kaslar rahatlar, tansiyon düşer, solunum yavaş ve derin olur, kan şekeri azalır, kortizol düzeyi düşer (111, 112).

Gevşeme tekniği kullanıldığında bedende başlayan psikosomatik stresin etkisi kırılır ve zararları engellenmiş olur (111). Düzenli olarak egzersiz yaparken, gevşeme teknikleri preterm doğumda azalma, daha uzun gebelik, doğum ağırlığında artış, sezaryende azalma ve enstrümantal ekstraksiyonda azalmaya katkıda bulunur (112).

Urech ve diğerleri (112) 2010'da sağlıklı kişilerin yanısıra gebe olmayan çeşitli klinik popülasyonlardaki stres ve strese bağlı fizyolojik aktivitenin azaltılmasında güvenilir gevşeme yöntemler olduğu kanıtlanmış olan hoş güdümlü görüntüler (HGG) ve progresif kas gevşemesi (PKG) yöntemlerini çalışmışlardır. Sonuç olarak, HGG gevşetme tekniğinin gebe kadınların gevşeme düzeyini yükseltmek için, aynı zamanda kardiyovasküler aktiviteyi azaltmada özellikle etkili olduğunu göstermiştir. Mevcut çalışma farklı gevşeme tiplerinin çeşitli psikolojik ve biyolojik stres sistemleri üzerinde farklı etkileri olduğunu da göstermiştir (112). Çalışmalar gebelik süresince gevşeme yöntemlerinin kullanılışlığını göstermiş olmakla birlikte oldukça çeşitlidir ve uygulanmış gevşeme, masaj, hipnoterapi, yoga terapisi, sözlü talimatlar, nefesle ilgili talimatlar, PKG ve HGG gibi geniş bir yelpazede müdahale içerir (112).

Egzersiz; gebelikteki emosyonel (duygusal), sosyal ve psikolojik durumlar, fiziksel uygunluğu etkiler (113).

Gebelikte Egzersizin Yararları:

-Annenin sağlığını ve kas tonüsünü sürdürmesine, duygularını kontrol etmesine, benlik imajının gelişmesine, enerjisinin artmasına, uykusunun düzenlenmesine, iştahının açılmasına, sinir sisteminin gerginlikten kurtulmasına yardım eder ve bağırsak fonksiyonlarını düzenler (29).

-Dolaşım ve sindirim işlevlerini düzenler,

- Annenin kilo kontrolünü sağlar,
- Dayanıklılık ve kuvvetin artırılmasına yardımcı olur,
- Doğum için gereken kas aktivitesini destekler,
- Egzersiz, sosyal etkileşimin sağlanması, sosyal ve psikolojik açıdan iyilik hissinin artırılmasına katkıda bulunur,
- Doğum sırasındaki olası sorunların azaltılmasını sağlar,
- Doğumu kısaltmaya yönelik potansiyelin geliştirilmesine yardımcı olur,
- Gebelik diyabeti (şeker) olasılığının önlenmesinde önemlidir,
- Doğum sonrası iyileşmeyi hızlandırır (113,114).
- Stres karşısında aşırı tepki vermeyi azaltır.
- Egzersizle birlikte bedende aniden yüksek düzeyde bir uyanıklık oluşur.
- Bedenin “fren sistemi” devreye girer. Stres aniden düşer.
- Kaygı ve gerginliğin azaldığı görülür.
- Kişinin kendine saygısı artar.
- Bedeni stres ile ilgili hormonlardan arındırır (115).

Gebelikte fiziksel aktivite, gebelik ve doğum sırasında daha az komplikasyon, gebelikte diyabet şansının düşüklüğü, hipertansiyon oranlarının düşük olması ve daha iyi zihinsel sağlık durumu ile ilişkili olduğunu gösteren güçlü kanıtlar vardır (116). Potinger ve arkadaşları (117) 2009'daki çalışmada egzersizi, depresyona karşı koruyucu bir faktör olarak bulmuştur.

Gebelikte yapılan egzersizin hem anne adayını hem de anne karnındaki bebekte yaratabileceği potansiyel tehlikelerin önlenmesi için yapılan aktivitenin fizyoterapist ve sağlık personeline danışılarak düzenlenmesi gerekir (114). Egzersizler tıbbi bir riski olmayan tüm sağlıklı gebelere önerilir. Fakat membranların erken açılması,

gebeliğin neden olduğu hipertansiyon, servikal yetmezlik, ikinci ve üçüncü trimestir kanamaları, düşük ve preterm doğum hikâyesi, intrauterin gelişme geriliği hikâyesi ve daha önce var olan tıbbi durumlarda (kronik hipertansiyon, kalp ve akciğer hastalığı gibi) egzersiz yapılmamalıdır. Gebelikte bu komplikasyonlardan herhangi biri geliştise, sağlık personeli yeniden egzersiz programına başlamasını önerene kadar gebe egzersiz programına devam etmemelidir (29).

Düzenli uyku; vücudun gelişmesi için en iyi koşullar, growth hormon seviyesinin en yüksek düzeyine ulaştığı zaman, yani uyku sırasında oluşur. Gebe kadında fizyolojik nedenlerden dolayı metabolik hızın artması ve yeni hücrelerin gelişmesi uyku gereksinimini artırır ve gebe kadın gebelik öncesine göre dinlenmeye ve uyumaya daha fazla ihtiyaç duyar. Bu açıdan gebelikte fiziksel ve ruhsal sağlık için yeterli dinlenmek önemlidir. Gebelikte yorgunluk ve halsizliğin sık görölmesine bağlı olarak; gerginlik, endişe, korku, duygusallık, huzursuzluk ve uykusuzluk gelişebilir. Dinlenme, rahat bir gece uykusuyla sağlanır. Mümkünse sabah ve öğleden sonra yarımşar saatlik uykular önerilir. Bu dinlenme kadını olanaklarına göre uzanarak ya da rahat bir şekilde oturarak sağlanabilir. Rahat bir oturuş için, sırt dik olacak şekilde yastıkla desteklenmeli, ayaklar venöz dönüşü kolaylaştıracak şekilde yükseltilmelidir.

Son aylarda abdomenin büyümesi, idrar sıklığının artması ve fetüsün aşırı hareket etmesi nedenleri ile annenin uyuması güçleşir. Bu aylarda en uygun uyku pozisyonu, annenin sol yana yatması ve hafif bükölmüş sağ bacağıın altını bir yastıkla desteklenmesi şeklindedir. Gevşeme teknikleri de uykuya dalmaya yardım eder.

Gebelikte vücudun ağırlık merkezi değiştiği için gebe ayakta durabilmek için daha fazla efor harcar ve yorulur (29). Çoban ve Yanıkkerem' in çalışmasında genel yorgunluk ve günlük faaliyetlerden etkilenme durumu ile gebelerin uyku bozukluğu arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada ayrıca gebelerin günlük işlev bozukluğu ile genel yorgunluk düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (118). Gebe kadının sert bir yatakta yatması daha sağlıklıdır. Alışkın olduğu ve kendini rahat hissettiği pozisyonda yatması da bir sakınca yoktur. Sırt üstü yatışta bel ve diz altının desteklenmesi yararlıdır (29).

2.8. Gebelikteki Stres ile Başetmede Hemşirenin Rolü

Fizyolojik bir olay olan gebelik ve doğum, kadın vücudu için önemli bir yük ve stres oluşturmaktadır. Oluşan stres gebelerde birçok fizyolojik ve psikolojik problemlere yol açmaktadır. Yaşanan problemler anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir. Anne ve bebek sağlığının dengede olabilmesi için annenin gebelik süresinde desteklenmesi gerekmektedir. Ana sağlığı, milli sağlık politikalarının temel prensipleri arasına girmiş bulunmaktadır. İyi planlanan doğum öncesi bakım anne ve bebek ölüm hızlarını düşürmektedir. Bu nedenle gebelik döneminde verilen antenatal bakım ve eğitim hizmetleri bütünsel bakım anlayışı ile sürekli sürdürülmelidir. Bu bakım ve eğitim hizmetlerinin etkili bir şekilde sürdürülmesinde hemşirelere önemli roller düşmektedir. Anne bakımını veren hemşirelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltmeleri istenmektedir. (47).

Her kadın gebeliği farklı olarak yaşar. Bu nedenlerden dolayı gebeliğin değerlendirilmesinde kadının gebeliğe psikolojik uyumunun değerlendirilmesi çok

önemlidir. Psikolojik uyum yapamayan gebeler gebeliği kabullenememe, gebelikteki rahatsızlıklarla baş edememe, gebelik kontrollerini yaptırmama, öz bakımını yapamama gibi sorunlar yaşayabilmektedir (2). Hemşireler, doğum öncesinde gebelere fiziksel ve psikolojik bakım desteği sağlayabilir ve gebelerin ihtiyaçları doğrultusunda gerekli eğitim programları düzenleyebilir (19) ve danışmanlık hizmeti sunabilir. Eğitici rollerini kullanarak gebelere gebelik ile ilgili bilgiler vererek gebenin gebeliğe uyumunu kolaylaştırabilir. Tüm bu nedenlerden dolayı hemşire/sağlık personeli gebeye bütüncül olarak yaklaşması ve bu doğrultuda bakım sağlaması gerekmektedir.

Hemşireler ve ebeler, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, gebelik ve doğum sonrası kliniklerde annelerle birlikte. Hemşireler doğum öncesi dönemde gebe kadınları düzenli aralıklar ile izlem yapabilmektedir. Hemşire izlem sırasında gebeye gebelik döneminde vücutta oluşan bulantı, kusma vb gibi fizyolojik belirti ve yakınmalar, gebe ve ailesine acil durumlarda izleyecekleri yöntem konusunda (114), beslenme ve diyet, fiziksel aktivite ve çalışma koşulları, gebelikte cinsel yaşam, hijyen ve genel vücut bakımı, sigara alışkanlığı, alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı, gebelikte tehlike işaretleri, doğum eylemi ve doğum, doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağı planlanması v.b konularda eğitim verebilir (96), anne ve fetus üzerindeki risk etmenlerini belirleyebilir ve bu yönde gerekli önlem ve erken müdahaleleri yapabilirler (83,119)

Ayrıca hemşirenin, anneye gebeliğin, kadının ve ailenin yaşamındaki anlamını, olumlu ve olumsuz duygularını araştırması, zıt/ambivalan duyguları arttıran olguları, gebeliğinin oluşturduğu sorunlarını ve sorumluluklarını paylaşmak istediği kişiyi ve

yaşanan anksiyetenin derecesini belirlemesi gerekir (29). Anksiyete belirlendikten sonra stresle baş etmede kullandığı stratejiler tanımlanmalı, bireye yeni baş etme yöntemleri öğretilmeli ve stres ile baş edebileceği yeterliliğe ulaşması sağlanmalıdır (120,121). Hemşire gebelikte stresten korunmak anksiyeteyi önlemek için gebenin sağlıklı beslenmesi, yeterli derecede uyku alması, alkol, sigara ve maddeden uzak durması, egzersiz yapması, düzenli sağlık kontrollerine gitmesi, gebelikte kullanması gereken ilaçları düzenli kullanmaları, stresle başa çıkabilmek için gevşeme tekniklerini öğrenmesi için desteklemelidir (122,123). Bütün bu stratejilerin yanında gebelerin karşılaştıkları sorunlar ile etkili başedebilmeleri için desteğe gereksinimleri olduğunu bilmelidir (106). Gebelerin sosyal destek sistemlerinin belirlenip aktif hale getirilmesinde, gebelere uygun psikolojik danışmanlığın sağlanmasında, gebelere ve eşlerine beraber kanıta dayalı eğitim verilmesinde ve gebelerin sağlığının geliştirilmesinde gebenin hemşireler/ebeler tarafından desteklenmesi gereklidir.

Primiparlar gebelikte kendilerini nelerin beklediği konusunda endişelere kapılabilirler. Özellikle plansız oluşan gebeliklerde doğum sonrası artacak olan sorumluluklar, anne rolünü üstlenmede yaşanacak zorluklar, doğumun ve aileye katılacak yeni bireyin getireceği maddi yük ve diğer sosyal özellikler anne adayında kaygı ortaya çıkmasına neden olabilir. Duygusal dalgalanmalar, bedenin gebeliğin ilerlemesiyle alacağı görüntü ile ilgili olumsuz düşünceler yine erken gebelik döneminin sık rastlanan ruhsal değişiklikleri arasındadır. Bazı anne adayları bu dönemde cinsel ilişkinin kendilerine ve ya bebeklerine zarara vereceği, düşüğe neden olacağı korkusunu yaşayabilir (28). Özellikle primiparların bu dönemde hemşire tarafından bilgilendirilmesi, desteklenmesi ve karşılaştığı sorunlarla başetmesi yollarının gebe ile birlikte belirlenmesi önem taşımaktadır. Multipar gebelerde

primipar gebelerdeki gibi anksiyete nedenleri belirlenip gerekli baş etme stratejileri gebe ile birlikte belirlenip uygun girişimin yapılması hemşirenin yapması gereken önemli bir sorumluluğudur.

Bütün bunlarla birlikte gebenin doğuma karşı kişisel inanç ve beklentileri birbirinden farklıdır. Doğum şekli tercihlerinin temelinde doğumdan beklentileri yer almaktadır. Doğum beklentilerinin merkezinde ise doğum deneyimine yanıtları ve doğum sonu dönemde iyileşme yer almaktadır. Doğum deneyiminden memnun olmaları doğum ve doğum sonu sürecini etkilemede önemli bir faktördür. Annenin doğumdan memnun olmaması anksiyete, korku, erken dönem anne bebek ilişkisinin kurulamaması, postpartum depresyon, evde rol ve sorumluluklarını yerine getirememe endişesi gibi birçok sorunu da beraberinde getirebilmektedir. Bu nedenle hemşireler kadınların doğumdan beklentilerini ortaya çıkarmak ve bu süreçte ihtiyaçları olan bilgi, destek ve bakımı verebilmek açısından doğum şekli ile ilgili tercihlerini belirlemek ve karar sürecine katılmalarını sağlamak önemlidir (20).

Psikiyatrik hastalıklar geliştikten sonra, ortaya çıkan bozuklukların tedavisi uzun süreli, bireylerin performanslarını ciddi şekilde düşürebilen ve toplum genelinde düşünüldüğünde oldukça yüksek maliyetli bir sürece sahiptir. Daha da önemlisi, hayatın erken dönemlerinde maruz kalınan olumsuz şartlar ergenlik ve erişkin dönemlerde sigara, alkol ve madde bağımlılığına zemin hazırlamaktadır. Duyarlı bir ruhsal altyapıya sahip olan bireylerin olumsuz koşullara maruziyetinde daha ağır klinik tablolar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle, prenatal stres gibi olumsuz çevre koşullarının etki mekanizmalarının ortaya çıkarılması, uzun vadede nöropsikiyatrik bozuklukların düzeltilmesine yardımcı olabilecektir (76). Bu prenatal stresin ortaya

çıkarılmasında gebe ile ilk karşılaşan ve düzenli bakım veren hemşireye önemli görev düşmektedir. Eğitim, danışmalık, bireyin karşılaştığı sorunlarla başetme yöntemlerinin geliştirilmesinde ve desteklenmesinde hemşireye önemli sorumluluklar düşmekte ve bütün bu sorumluluklar hemşirenin danışmalık ve eğitim rolünde yer almaktadır (124). Bireylere verilecek etkili bir danışmanlık hizmeti hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır ve bu bakımı sağlayacak hemşirelerin, dinleme ve öğrenme, güven kazandırma ve destek verme'den oluşan dört temel danışmanlık becerilerine sahip olması danışmanlığın temel öğelerindendir (125). Gebelik sırasında gebeye danışmanlık yapmak ve onları eğitmek gebelik komplikasyonlarını azaltmada etkili olabilir. Farkındalık ve hazırlık eğitiminin artırılması, hamile kadınlara bu evrenin (gebeliğin) zevkini yaşamak için bir şans verir. Dolayısıyla gebelik, kadınları daha sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olacak şekilde yetiştirmek için bir fırsattır (124).

Sonuç olarak, doğum öncesi dönem boyunca gebe kadının düzenli aralıklarla değerlendirilmesi, etkin bir hemşirelik bakımının temelidir. Hemşireler gebe kadına ya da ailesine soru sorarak veri toplar ve gebe kadındaki fiziksel değişimleri gözler ve daha önceki müdahalelerin sonucunu değerlendirir. Hemşire değerlendirmeyi tamamladığında gerekiyorsa gebe kadını, uzman yardımı alabileceği kuruluşlara sevk eder (29). Hemşirelik bilimi temelde bireylere, ailelere ve gruplara hitap ederek, toplumun bütününe sağlık bakımından katkıda bulunur (93).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma üçüncü trimester multipar ve primipar gebelerde algılanan stres ve stresin düzeylerini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Sağlık Bakanlığı-Artvin Devlet Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerinde Kasım 2016 – Ocak 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. 165 yatak kapasitesine sahip hastanede 106 hemşire ve 35 ebe çalışmaktadır. Hastanenin doğum servisinde 16, doğum salonunda 2 yatak bulunmaktadır. Doğum servisinde 12, doğum salonunda 2, Nonstres Testi Kliniği'nde (NST) 1, kadın doğum polikliniklerinde 2 ebe çalışmaktadır. Toplam 2 kadın-doğum uzmanı ile 2 kadın-doğum polikliniğinde hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Sağlık Bakanlığı Artvin Devlet Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniklerine başvuran 36 – 39 haftalık primipar ve multipar gebeler oluşturmuştur. Bu çalışmada örneklem büyüklüğünü belirlemek için priori güç analizi yapılmış, yapılan güç analizinde Cohen'in standart etki büyüklükleri referans alındı (126). Bu durumda araştırmada algılanan stres puanlarının karşılaştırılacağı

bağımsız gruplarda t testi için, her grupta 64 katılımcı olmak üzere 128 katılımcı ile çalışmanın yürütülmesi durumunda 0.05 anlamlılık düzeyinde % 95 güven aralığında % 80'inin güce ulaşabileceği belirlendi. Veri kayıpları olabilme ihtimaline karşı bu sayıya ayrıca % 17 yedek örneklem dahil edilerek toplam 150 gebeden veri toplanması hedeflendi. Olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile araştırmaya dahil etme kriterlerini karşılayan 150 gebe araştırma kapsamına alındı.

Örnekleme alınma ölçütleri:

- Gebeliğin 36 - 39.haftaları arasında olan,
- İletişim ve işbirliğine açık olan,
- Primipar veya multipar olan,
- Annede ve fetüste herhangi bir sağlık sorunu olmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Tanı konulmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan gebeler.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri GBF (EK I) ve DÖASÖ (EK II) ile toplandı.

a) Gebe Bilgi Formu (EK I)

Literatürler doğrultusunda (7, 13, 25, 127, 128) hazırlanan bu form gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini (yaş, eğitim, meslek, eş eğitimi, gelir, aile tipi, gebelik, sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası vb.) belirleyebilecek türde toplam 36 sorudan oluşmaktadır.

b) *Doğum öncesi Algılanan Stres Ölçeği -DÖASÖ* (EK II): Razurel ve arkadaşları (129) tarafından ilk çocuklarını bekleyen kadınlarda stres kaynağı olabilecek faktörleri belirleyerek, prenatal dönemde algılanan stresi değerlendirmek için 2013 yılında İsveç’de geliştirilmiştir. Ölçek 36-39. gebelik haftasındaki gebelere uygulanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2016 yılında Külçür ve Sis Çelik tarafından yapılmıştır(25). Alt boyutları ve toplam puanı hesaplanırken alt boyutta yer alan madde puanları toplanır ve madde sayısına bölünür. Herbir alt boyutun 1-5 puan arasında ortalama puanı elde edilir (25, 129).

12 madde 5 'li likert tipinde (çok fazla=5 puan, çok =4 puan, oldukça=3 puan, biraz=2 puan, hiç=1 puan) derecelendirilen ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Gebelik döneminde algılanan stres puanı ölçek madde puanlarının toplanması ve madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Ölçekten alınan en düşük puan 12, en yüksek puan ise 60' tır. Ölçekten alınan toplam puanın artışı gebeler tarafından algılanan stres düzeyinin arttığını göstermektedir (129). Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır.

1. Medikal ve obstetrik riskler / fetal sağlık (medical and obstetric risks/fetal health) alt boyutu: Ölçekteki 4 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 1, 8, 9 ve 10. maddelerdir.

2. Gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler (psychosocial changes during pregnancy) alt boyutu: Ölçekteki 4 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 3, 4, 5 ve 7. maddelerdir.

3. Doğum beklentisi (prospect of childbirth) alt boyutu: Ölçekteki 2 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 11. ve 12. maddelerdir.

Ölçeğin 2. ve 6. maddesi orijinal ölçekte hiçbir alt boyuta dahil değildir. Ancak ölçeğin toplam panına dahil edilmektedir (25, 129).

Razurel ve ark. tarafından yapılan geçerlilik güvenilirlik analizi sonucuna göre ölçeğin toplam Cronbach's alfa katsayısının 0.75 olduğu belirlenmiştir (129). Külçür ve Çelik'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 0.70 olarak bulunmuştur (25).

Bu çalışmada doğum öncesi algılanan stres ölçeği iç tutarlılık katsayısı toplam ölçek için 0.846; medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutu için 0.70; gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyutu için 0.743 ve doğum beklentisi alt boyutu için 0.701 olarak saptanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Kasım 2016 – Nisan 2017 tarihleri arasında toplandı. Verilerin toplanmasında "Gebe Bilgi Formu" ile "Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği" kullanıldı.

Araştırmanın verileri anket formu doldurtularak toplandı. Veri toplama araçlarının doldurulması ortalama olarak 20-25 dakika sürmüştür

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Sosyodemografik (yaş, eğitim düzeyi vb.) ve obstetrik (gebelik sayısı, trimester vb.) özellikler araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.



Tablo 2:Primipar Ve Multipar Kadınların Kontrol Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Primipar gebeler X±SS		Multipar ebeler X±SS		Test ve p değeri
Yaş Ortalaması	28.47±3.70		29.76±4.97		t=1.800 p=0.074*
Eğitim Düzeyi	n	%	n	%	
Okur- yazar değil	-	-	2	2.6	χ ² =6.363 p=0.174*
Okur-yazar	2	2.7	4	5.3	
İlköğretim	31	41.9	30	39.5	
Lise	19	25.7	27	35.5	
Üniversite	22	29.7	13	17.1	
Yaşanılan Yer					
İl	37	50.0	34	44.7	χ ² =2.746 p=0.174*
İlçe	31	41.9	29	38.2	
Mezra-Köy	6	8.1	13	17.1	
Çalışma Durumu					
Evet	15	20.3	13	17.1	χ ² =0.247 p=0.619*
Hayır	59	79.7	63	82.91	
Gelir Düzeyi					
Kötü	2	2.7	-	-	χ ² =5.038 p=0.081*
Orta	50	67.6	62	81.6	
İyi	22	29.7	14	18.4	
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	59	79.7	57	75.0	χ ² =0.478 p=0.489*
Geniş Aile	15	20.3	19	25.0	
Gebeliğin Planlı Olma Durumu					
Evet	60	81.1	57	75.0	χ ² =0.808 p=0.369*
Hayır	14	18.9	19	25.0	
Eş ile Uyum					
Uyumlu	70	94.6	67	88.2	χ ² =1.962 p=0.161*
Bazen Uyumlu	4	5.4	9	11.8	
Bebeğin beklenen cinsiyette olması					
Evet	64	86.5	58	73.6	χ ² =2.559 p=0.110*
Hayır	10	13.6	18	23.7	

*p>0.05

Kontrol Değişkenleri: yaş ortalaması, eğitim, yaşanılan yer, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, gebeliğin planlı olma durumu, eş ile uyum ve bebeğin beklenen cinsiyette kontrol değişkenlerini oluşturmuştur. Kontrol değişkenleri açısından primipar ve multipar gebelerdeki stres düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ve her iki grubun benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 1).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında istatistik programı (SPSS) for Windows 17 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde, en az ve en çok değer ile ortalama ve standart sapmanın yanı sıra Tablo 2’ de yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Tablo 2. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

Yapılan İstatistiksel Analiz	
Verilerin Normallik Dağılımı	- Shapiro Wilk Testi
İç Tutarlılık	- Cronbach α katsayısı
Çapraz Tablolar	- İkili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi, - Çoklu grupların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Analizi.
İlişkisel Çıkarımlar	- Spearman korelasyon analizi.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Erzincan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (EK IV), Erzincan Üniversitesi'nin Sağlık Bakanlığı Artvin Devlet Hastanesi'nden yazılı izini (EK VI), Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği'nin (EK II) kullanımı için ölçeği Türkçeye uyarlayan Külçür ve Sis Çelik'ten yazılı izin (EK VII) ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden sözlü onam alınmıştır. Araştırma kapsamındaki gebelerin haklarının korunması amacıyla araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce gebelere, araştırmanın amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler anlatılarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesine, gebelerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "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 Genellenebilirliği

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gelişigüzel, olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmesi ve araştırmanın yapıldığı dönemdeki tüm gebelerin alınmaması araştırmanın sınırlılıkları olarak belirlenmiş olup Sağlık Bakanlığı- Artvin Devlet Hastanesi Kadın-Doğum Polikliniğine başvuran gebelerde yapıldığından araştırma sonuçları bu guruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları primipar ve multipar gebelerin sosyodemografik/obstetrik özelliklerine ve doğum öncesi algılanan stres ölçeğine göre ilişkin bulgular olarak ele alınmıştır.

Tablo 3. Primipar ve Multipar Gebelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Primipar		Multipar	
	S	%	S	%
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	-	2	2.6
	Okur- yazar	2	4	5.3
	İlköğretim	31	30	39.5
	Lise	19	27	35.5
	Üniversite	22	13	17.1
Gebenin Çalışma Durumu	Çalışıyor	15	13	17.1
	Çalışmıyor	59	63	82.9
Eşin Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	1	3	3.9
	İlköğretim	10	28	36.8
	Lise	24	24	31.6
	Üniversite	39	21	27.6
Eşin Çalışma Durumu	Çalışıyor	68	64	84.2
	Çalışmıyor	6	12	15.8
Eş ile Akraba Olma Durumu	Evet	7	11	14.5
	Hayır	67	65	85.5
Eşle Uyumlu Olma	Uyumlu	70	67	88.2
	Bazen uyumlu	4	9	11.8
	Uyumsuz	-	-	-
Yaşanılan Yer	İl	37	34	44.7
	İlçe	31	29	38.2
	Köy-Mezra	6	13	17.1
Sosyal Güvence	Var	62	67	88.2
	Yok	12	9	11.8
Aile Tipi	Çekirdek aile	59	57	75.0
	Geniş aile	15	19	25.0
Gelir Durumu	Kötü	2	-	-
	Orta	50	62	81.6
	İyi	22	14	18.4

Tablo 3. Primipar ve Multipar Gebelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı -Devamı

	Primipar			Multipar		
	Min-Max	Ort.	SS.	Min-Max	Ort.	SS.
Yaş	18-39	28.47	3.70	15-39	29.76	4.97
Eş Yaşı	19-42	29.41	4.92	25-54	34.13	5.70
İlk Evlilik Yaşı	17-36	24.42	4.03	16-29	21.80	3.08
Evlilik Süresi	1-10	2.55	1.76	1-19	7.64	4.10

Tablo 3’de i, primipar gebelerin % 29.7’si, multipar gebelerin % 17.1’i üniversite eğitimi almıştır. Primipar gebelerin % 79.7’si, multipar gebelerin % 82.9’u çalışmamaktadır. Primipar gebelerin eşlerinin % 52.7’si, multipar gebelerin eşlerinin % 27.6’sı üniversite mezunudur. Primipar gebelerin eşlerinin % 91.9’u, multipar gebelerin eşlerinin % 84.2’si çalışmaktadır. Primipar gebelerin % 9.5’i, multipar gebelerin % 14.5’i eşleri ile akrabadır. Primipar gebelerin % 94.6’sı, multipar gebelerin % 88.2’si eşleriyle uyumludur. Primipar gebelerin % 50’si, multipar gebelerin % 44.7’si il merkezinde yaşamaktadır. Primipar gebelerin % 83.8’inin, multipar gebelerin % 88.2’sinin sosyal güvencesi vardır. Primipar gebelerin %79.7’si, multipar gebelerin%75.0’ı çekirdek ailede yaşamaktadır. Primipar gebelerin % 67.6’sı, multipar gebelerin % 81.6’sı orta gelir düzeyindedir. Primipar gebelerin ortalama yaşı 28.47 ± 3.70 , multipar gebelerin 29.76 ± 4.9 , primipar gebe eşlerinin ortalama yaşı 29.41 ± 4.92 , multipar gebe eşlerinin ortalama yaşı 34.13 ± 5.70 , Primipar gebelerin ortalama evlilik süresi 2.55 ± 1.76 , multipar gebelerin 7.64 ± 4.10 , primipar gebelerin ortalama evlilik yaşı 24.42 ± 4.03 , multipar gebelerin 21.80 ± 3.08 ’dir (Tablo 3).

Tablo 4. Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Obstetrik Özellikler		Primipar		Multipar	
		S	%	S	%
Önceki Doğum Şekli	Normal	-	-	37	49.3
	Sezaryen	-	-	38	50.7
Önceki Gebelikte Sağlık Problemi Yaşama	Evet	5	6.8	16	21.1
	Hayır	69	93.2	60	78.9
Önceki Gebelikte Sağlık Personelinden Bilgi Alma	Evet	7	9.5	54	71.1
	Hayır	67	90.5	22	28.9
Önceki Gebelikte Sağlık Personelinden Doğum Bilgisi Alma	Evet	7	9.5	51	67.1
	Hayır	67	90.5	25	32.9
Önceki Gebelikte Sağlık Personelinden Doğum Sonu Bilgisi Alma	Evet	3	4.1	31	40.8
	Hayır	71	95.9	45	59.2
Önceki Doğumlarda Doğum Problemleri Yaşama	Evet	-	-	8	10.5
	Hayır	-	-	68	89.5
Önceki Doğumlarda Doğum Sonu Problemler Yaşama	Evet	-	-	6	7.9
	Hayır	-	-	70	92.1
Önceki Doğumda Bebeğin Sağlığı Tehlikeye Sokacak Sorun Yaşama	Evet	-	-	8	10.5
	Hayır	-	-	68	89.5
Gebeliğin Planlanması	Evet	60	81.1	57	75.0
	Hayır	14	18.9	19	25.0
Tercih Edilen Doğum Şekli	Normal doğum	56	75.7	41	53.9
	Sezaryen	18	24.3	35	46.1
Gebelikte Yaşanabilecek Bir Problemde Destek Olacak Kişilerin Varlığı	Evet	74	100.0	73	96.1
	Hayır	-	-	3	3.9
Destek Olacak Kişiler	Eş	68	91.9	61	82.4
	Akrabalar	6	8.1	13	17.6
Gebelik Boyunca Düzenli Sağlık Kontrollerine Gitme Durumu	Evet	70	94.6	75	98.7
	Hayır	4	5.4	1	1.3

Tablo 4. Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı – Devamı

Obstetrik Özellikler		Primipar		Multipar	
		n	%	n	%
Eşin Gebeliğe İlk Tepkisi	Olumlu	74	100	74	97.4
	Olumsuz	-	-	2	2.6
Bebegin Beklenen Cinsiyette Olması	Evet	64	86.5	58	76.3
	Hayır	10	13.5	18	23.7
Gebeliğin Gelecek Planlarını Etkileyeceğini Düşünme	Etkileyeceğini düşünen	13	17.6	12	15.8
	Etkilemeyeceğini düşünen	57	77.0	58	76.3
	Kararsız	4	5.4	6	7.9
Gebelik Sayısı	Bir	62	83.8	-	-
	İki	11	14.9	46	60.5
	Üç ve üzeri	1	1.4	30	39.5
Düşük/Küretaj Sayısı	Yok	62	83.8	53	69.7
	Bir	12	16.2	23	30.3
Canlı Doğum Sayısı	Bir	-	-	56	73.7
	İki	-	-	20	26.3
Yaşayan Çocuk Sayısı	Bir	-	-	56	73.7
	İki	-	-	20	26.3
Planlanan Çocuk Sayısı	İki	56	75.7	46	60.5
	Üç	18	24.3	30	39.5

Tablo 4'te, primipar gebelerin % 90.5'i, multipar gebelerin % 28.9'u önceki gebeliklerinde sağlık personelinden bilgi almamıştır. Primipar gebelerin % 90.5'i, multipar gebelerin % 32.9'u önceki gebeliklerinde sağlık personelinden doğum bilgisi almamıştır. Primipar gebelerin % 95.9'u, multipar gebelerin % 59.2'si önceki gebeliklerinde sağlık personelinden doğum sonu bilgisi almamıştır. Primipar gebelerin % 81.1'i, multipar gebelerin % 75.0'ı planlı gebeliktir. Primipar gebelerin % 75.7'si, multipar gebelerin % 53.9'u normal doğumu tercih etmektedir. Primipar gebelerin tamamında, multipar gebelerin % 96.1'inde gebelikle ilgili bir problem yaşandığında destek olacak birileri vardır. Primipar gebelerin % 94.6'sı, multipar

gebelerin % 98.7 gebelik boyunca düzenli sağlık kontrollerine gitmiştir. Primipar gebelerin tamamının, multipar gebelerin % 97.4'ünün eři gebeliğe olumlu tepki vermiştir. Primipar gebelerin % 86.5'i, multipar gebelerin % 76.3 bebeklerin cinsiyeti beklendiği gibidir. Primipar gebelerin % 77'si, multipar gebelerin % 76.3 hamileliğin gelecek planlarını etkilemeyeceğini dūřünmektedir. Primipar gebelerin % 24.3' ü, multipar gebelerin % 39.5'i 3 çocuk planlamaktadır (Tablo 4).



Tablo 5. Primipar Ve Multipar Gebelerin Stres Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Primipar		Multipar		Test ve P Değeri
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık	2.29	1.26	1.74	0.48	t=3.514 p=0.001
Gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler	2.13	1.27	1.64	0.48	t=3.98 p=0.002
Doğum beklentisi	2.49	1.31	1.88	0.98	t=3.252 p=0.001
Toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puanı	2.28	0.90	1.72	0.48	t=4.688 p=0.000

“Medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık” alt boyutu puan ortalamasının primipar gebelerde 2.29 ± 1.26 multipar gebelerde 1.74 ± 0.48 olduğu, “gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler” alt boyutu puan ortlaması primipar gebelerde 2.13 ± 1.27 , multipar gebelerde 1.64 ± 0.48 , “doğum beklentisi” alt boyutu puan ortalamasının primiparlarda $2.49 \pm 1,31$, multipar gebelerde 1.88 ± 0.98 olduğu saptanmıştır. Primipar gebelerin DÖASÖ’ den aldıkları toplam puan ortalamasının 2.28 ± 0.90 , multipar gebelerin 1.72 ± 0.48 olduğu saptanmıştır. Primipar ve multipar gebelerin stres ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 5).

Tablo 6. Primipar ve Multipar Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık				Gebelikte Psikososyal Değişiklikler				Doğum Beklentisi				Toplam DÖASÖ			
		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar	
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	-	-	1.63	0.18	-	-	1.38	0.18	-	-	1.75	1.06	-	-	1.46	0.29
	Okur-yazar	1.38	0.18	1.38	0.14	2.38	0.53	1.56	0.24	2.00	0.00	1.25	0.50	1.83	0.24	1.42	0.14
	İlköğretim	1.68	0.75	1.74	0.55	1.76	0.70	1.75	0.47	1.94	1.06	2.03	0.85	1.76	0.62	1.80	0.43
	Lise	1.76	0.91	1.72	0.41	1.79	0.98	1.58	0.56	2.13	1.14	1.76	0.99	1.86	0.88	1.65	0.40
	Üniversite	1.64	0.58	1.92	0.54	1.58	0.79	1.62	0.45	1.81	0.73	2.08	1.30	1.68	0.56	1.80	0.56
	Test ve p değeri	x2KW =0.946 p=0.814		x2KW =4.836 p=0.305		x2KW =4.970 p=0.174		x2KW =3.985 p=0.408		x2KW =0.884 p=0.829		x2KW =4.823 p=0.306		x ² _{KW} =1.298 p=0.730		x ² _{KW} =5.209 p=0.266	
Çalışma Durumu	Evet	1.75	0.71	1.87	0.43	1.54	0.70	1.62	0.45	1.88	0.79	2.12	1.10	1.70	0.60	1.78	0.49
	Hayır	1.64	0.71	1.72	0.49	1.78	0.87	1.65	0.50	1.96	0.98	1.85	0.96	1.78	0.69	1.71	0.43
	Test ve p değeri	U=511.000 p=0.235		U=307.500 p=0.152		U=522.000 p=0.293		U=409.000 p=0.994		U=609.000 p=0.967		U=352.000 p=0.410		U=573.500 p=0.655		U=368.500 p=0.570	
Eşin Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	1.25	.	1.42	0.14	2.00	.	1.83	0.14	2.00	.	1.67	1.15	1.67	.	1.61	0.29
	İlköğretim	2.20	1.36	1.76	0.58	2.38	1.12	1.71	0.58	2.55	1.54	2.07	0.96	2.33	1.14	1.79	0.53
	Lise	1.56	0.45	1.64	0.35	1.64	0.79	1.50	0.36	1.85	0.45	1.67	0.94	1.65	0.45	1.56	0.25
	Üniversite	1.62	0.56	1.89	0.48	1.56	0.68	1.71	0.50	1.82	0.91	1.95	1.05	1.66	0.55	1.81	0.46
	Test ve p değeri	x2KW =1.962 p=0.580		x2KW =5.134 p=0.162		x2KW =7.062 p=0.070		x2KW =4.245 p=0.236		x2KW =2.388 p=0.496		x2KW =3.498 p=0.321		x2KW =4.237 p=0.237		x2KW =3.782 p=0.286	
Eşin Çalışma Durumu	Çalışıyor	1.68	0.73	1.79	0.50	1.68	0.81	1.68	0.49	1.92	0.95	1.92	1.03	1.74	0.67	1.75	0.46
	Çalışmıyor	1.63	0.44	1.50	0.26	1.88	0.98	1.50	0.46	2.08	0.38	1.75	0.66	1.85	0.55	1.53	0.26
	Test ve p değeri	U=185.000 p=0.700		U=254.000 p=0.059		U=171.500 p=0.513		U=298.500 p=0.216		U=148.500 p=0.253		U=379.000 p=0.941		U=153.500 p=0.316		U=273.000 p=0.112	
Eşle Akrabalık	Evet	1.46	0.34	1.73	0.39	1.68	0.97	1.59	0.26	1.36	0.63	1.68	0.64	1.61	0.59	1.61	0.24
	Hayır	1.70	0.73	1.75	0.50	1.70	0.81	1.66	0.52	1.99	0.93	1.93	1.03	1.76	0.67	1.74	0.46
	Test ve p değeri	U=195.000 p=0.456		U=347.000 p=0.874		U=214.000 p=0.700		U=346.000 p=0.863		U=134.500 p=0.055		U=335.500 p=0.736		U=174.500 p=0.266		U=315.000 p=0.529	

Tablo 6. Primipar ve Multipar Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması –Devamı

Demografik Özellikler		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık				Gebelikte Psikososyal Değişiklikler				Doğum Beklentisi				Toplam DÖASÖ			
		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar	
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Eşle Uyum	Uyumlu	1.64	0.60	1.71	0.47	1.66	0.75	1.59	0.41	1.89	0.86	1.78	0.92	1.71	0.56	1.66	0.37
	Bazen uyumlu	2.25	1.85	1.97	0.59	2.44	1.60	2.06	0.78	2.75	1.55	2.78	1.00	2.42	1.67	2.15	0.67
	Test ve p değeri	U=139.000 p=0.980		U=220.000 p=0.182		U=88.000 p=0.206		U=169.000 p=0.031*		U=85.000 p=0.171		U=131.500 p=0.005*		U=101.000 p=0.350		U=157.500 p=0.020*	
Yaşanılan Yer	İl	1.86	0.88	1.76	0.43	1.74	0.91	1.65	0.53	2.03	1.09	2.00	1.03	1.85	0.81	1.75	0.49
	İlçe	1.48	0.42	1.65	0.47	1.54	0.59	1.57	0.45	1.76	0.59	1.62	0.89	1.58	0.39	1.60	0.38
	Köy-mezra	1.54	0.33	1.92	0.63	2.25	1.05	1.83	0.44	2.25	1.13	2.23	0.95	2.00	0.68	1.90	0.35
	Test ve p değeri	x2KW =7.659 p=0.022*		x2KW =3.071 p=0.215		x2KW =3.263 p=0.196		x2KW =4.503 p=0.105		x2KW =1.048 p=0.592		x2KW =5.490 p=0.064		x2KW =3.011 p=0.222		x2KW =7.357 p=0.025*	
Sosyal Güvence	Var	1.72	0.74	1.72	0.46	1.74	0.86	1.65	0.49	1.95	0.97	1.90	0.98	1.78	0.71	1.72	0.43
	Yok	1.44	0.43	1.92	0.66	1.48	0.48	1.61	0.47	1.83	0.58	1.89	1.08	1.57	0.26	1.72	0.52
	Test ve p değeri	U=266.000 p=0.112		U=255.500 p=0.451		U=323.000 p=0.465		U=296.000 p=0.928		U=358.000 p=0.831		U=292.500 p=0.881		U=355.000 p=0.802		U=279.000 p=0.716	
Aile Tipi	Çekirdek aile	1.61	0.53	1.82	0.50	1.59	0.74	1.65	0.48	1.80	0.75	1.96	0.99	1.66	0.53	1.76	0.47
	Geniş aile	1.95	1.16	1.51	0.34	2.13	0.99	1.63	0.52	2.47	1.30	1.68	0.95	2.11	0.98	1.60	0.33
	Test ve p değeri	U=414.000 p=0.695		U=334.000 p=0.011*		U=256.500 p=0.011*		U=512.000 p=0.719		U=311.000 p=0.066		U=449.500 p=0.252		U=284.500 p=0.033*		U=419.500 p=0.142	
Gelir Durumu	Kötü	1.50	0.71	-	-	1.50	0.35	-	-	1.50	0.71	-	-	1.54	0.53	-	-
	Orta	1.78	0.82	1.75	0.51	1.74	0.89	1.68	0.51	1.94	0.90	1.91	0.99	1.79	0.73	1.73	0.45
	İyi	1.47	0.29	1.73	0.40	1.64	0.68	1.52	0.39	1.95	1.00	1.82	0.99	1.67	0.50	1.65	0.37
	Test ve p değeri	x2KW =2.016 p=0.365		U=413.500 p=0.779		x2KW =0.022 p=0.989		U=360.500 p=0.317		x2KW =0.528 p=0.768		U=407.000 p=0.707		x ² _{KW} =0.236 p=0.888		U=394.500 p=0.595	

*p<0.05

Tablo 6’da medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutu için primipar gebelerde, yaşanılan yer haricindeki tüm demografik özelliklere göre puan farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Yaşanılan yere göre ise medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutu puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İlde yaşayanların stres leği puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 6).

Multipar gebelerde ise, aile tipi haricindeki tüm demografik özellikler açısından medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyut puan farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Aile tipine göre ise medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutu puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çekirdek ailede yaşayanların stres leği puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 6).

Tablo 6’ de primipar gebelerin, aile tipi haricindeki tüm demografik özelliklerine göre gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyutu puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Aile tipine göre ise gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyutu puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Geniş ailede yaşayanların puanı daha yüksektir.

Multipar gebelerde ise, eşle uyum haricindeki tüm demografik özellikler açısından gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyut puan farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Eşle uyuma göre ise gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyutu puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Eşiyle bazen uyumlu olan gebelerin stres leği puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 6).

Tablo 6’ da doğum beklentisi alt boyutu puan farkı primipar gebelerde, hiçbir demografik değişkene göre anlamlı olarak değişmemektedir ($p>0.05$).

Multipar gebelerde ise, eşle uyum haricindeki tüm demografik özellikler açısından doğum beklentisi alt boyut puan farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Eşiyle uyuma göre ise doğum beklentisi alt boyutu puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur

($p < 0.05$). Eşle bazen uyumlu olan gebelerin stres ölçeği puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 6).

Tablo 6'de primipar gebelerde, aile tipi haricindeki tüm demografik değişkenler açısından toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puan farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Aile tipine göre ise toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Geniş ailede yaşayanların stres ölçeği puan ortalaması daha yüksektir.

Multipar gebelerde ise, eşle uyum ve yaşanılan yer haricindeki tüm demografik değişkenler açısından toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puan farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Eşle uyum ve yaşanılan yere göre ise toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Eşle bazen uyumlu olanların puan ortalaması daha yüksektir. Yaşanılan yer için ise farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (U) köy/mezrada yaşayanların puanının ilçede yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Primipar ve Multipar Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		Yaş	Eş yaşı	Evlilik süresi	İlk evlilik yaşı	
Primipar	Medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık	r	0.074	0.030	0.164	0.032
		p	0.531	0.803	0.163	0.785
	Gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler	r	-0.109	-0.239	-0.013	-0.094
		p	0.354	0.040*	0.909	0.428
	Doğum beklentisi	r	0.095	-0.019	-0.061	0.126
		p	0.420	0.873	0.609	0.286
Toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puanı	r	0.028	-0.141	0.046	0.027	
	p	0.814	0.230	0.696	0.822	
Multipar	Medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık	r	0.300	0.231	0.170	0.187
		p	0.009*	0.045*	0.143	0.105
	Gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler	r	0.162	0.046	0.084	-0.090
		p	0.163	0.694	0.473	0.440
	Doğum beklentisi	r	0.159	0.219	-0.011	0.189
		p	0.169	0.058	0.927	0.102
Toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puanı	r	0.245	0.215	0.112	0.073	
	p	0.033*	0.063	0.337	0.531	

***p<0.05**

Tablo 7 de primipar gebelerde, gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyutu ile eş yaşı arasında istatistiksel olarak negatif yönlü, düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Eş yaşı düştükçe gebelik esnasındaki psikososyal değişikliklere yönelik stres puanı artmaktadır.

Multipar gebelerde ise, medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutu ile yaş ve eş yaşı arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü, düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Yaş ve eş yaşı arttıkça medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık puanı artmaktadır. Toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü, düşük düzeyli ilişki vardır ($p<0.05$). Yaş arttıkça toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puanı da artmaktadır (Tablo 7).

Tablo 8. Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık				Gebelikte Psikososyal Değişiklikler				Doğum Beklentisi				Toplam DÖASÖ				
		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Önceki Doğum Şekli	Normal	-	-	1.78	0.52	-	-	1.75	0.49	-	-	1.88	-	-	-	-	1.80	0.48
	Sezaryen	-	-	1.70	0.45	-	-	1.51	0.41	-	-	1.93	1.00	-	-	1.63	0.37	
	Test ve p değeri	-		U=626.500 p=0.408		-		U=498.000 p=0.027		-		U=673.000 p=0.742		-		U=543.000 p=0.088		
Önceki Gebelikte Sağlık Problemi Yaşama	Evet	1.50	0.35	1.83	0.56	1.70	0.62	1.59	0.70	1.80	1.04	1.97	0.92	1.72	0.53	1.73	0.54	
	Hayır	1.69	0.73	1.72	0.47	1.70	0.83	1.66	0.42	1.94	0.92	1.88	1.00	1.75	0.67	1.72	0.41	
	Test ve p değeri	U=157.500 p=0.741		U=441.000 p=0.613		U=158.000 p=0.751		U=382.000 p=0.205		U=148.000 p=0.583		U=427.500 p=0.487		U=172.000 p=0.991		U=443.500 p=0.640		
Önceki Gebelikte Sağlık Personelinden Bilgi Alma	Evet	1.79	0.39	1.75	0.48	1.96	0.82	1.60	0.50	2.43	1.21	1.94	1.00	1.99	0.57	1.70	0.45	
	Hayır	1.66	0.73	1.74	0.50	1.67	0.82	1.77	0.44	1.88	0.88	1.77	0.95	1.73	0.67	1.76	0.41	
	Test ve p değeri	U=162.500 p=0.174		U=589.500 p=0.958		U=182.000 p=0.324		U=448.000 p=0.090		U=168.500 p=0.204		U=525.500 p=0.415		U=140.000 p=0.080		U=532.000 p=0.476		
Önceki Gebelikte Sağlık Personelinden Doğum Bilgisi Alma	Evet	2.14	1.11	1.72	0.44	2.25	1.20	1.60	0.51	2.43	1.21	1.84	0.98	2.20	0.95	1.67	0.41	
	Hayır	1.63	0.64	1.80	0.57	1.64	0.76	1.74	0.45	1.88	0.88	2.00	1.00	1.70	0.61	1.82	0.48	
	Test ve p değeri	U=152.000 p=0.119		U=595.000 p=0.632		U=169.500 p=0.222		U=502.000 p=0.128		U=168.500 p=0.204		U=574.500 p=0.469		U=133.000 p=0.060		U=529.500 p=0.230		

Tablo 8. Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması -Devamı

Obstetrik Özellikler		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık				Gebelikte Psikososyal Değişiklikler				Doğum Beklentisi				Toplam DÖASÖ			
		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar	
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Önceki Gebelikte Sağlık Personelinden Doğum Sonu Bilgisi Alma	Evet	2.50	1.32	1.85	0.49	2.42	1.04	1.69	0.42	3.67	1.89	2.06	1.20	2.56	0.99	1.79	0.46
	Hayır	1.64	0.66	1.67	0.48	1.67	0.80	1.62	0.53	1.86	0.80	1.78	0.79	1.72	0.63	1.67	0.43
	Test ve p değeri	U=49.500 p=0.110		U=531.000 p=0.073		U=58.000 p=0.177		U=591.500 p=0.255		U=47.000 p=0.090		U=642.500 p=0.546		U=52.000 p=0.134		U=552.500 p=0.124	
Önceki Doğumlarda Doğum Problemleri Yaşama	Evet	-	-	1.66	0.42	-	-	1.47	0.47	-	-	1.75	0.65	-	-	1.57	0.27
	Hayır	-	-	1.75	0.49	-	-	1.67	0.49	-	-	1.91	1.01	-	-	1.74	0.45
	Test ve p değeri			U=243.500 p=0.623				U=206.000 p=0.257				U=268.500 p=0.951				U=219.500 p=0.372	
Önceki Doğumlarda Doğum Sonu Problemler Yaşama	Evet	-	-	1.67	0.44	-	-	1.54	0.49	-	-	1.92	0.74	-	-	1.61	0.26
	Hayır	-	-	1.75	0.49	-	-	1.66	0.49	-	-	1.89	1.00	-	-	1.73	0.45
	Test ve p değeri			U=189.500 p=0.687				U=182.500 p=0.591				U=186.500 p=0.470				U=191.500 p=0.720	
Önceki Doğumda Bebeğin Sağlığı Tehlikeye Sokacak Sorun Yaşama	Evet	-	-	1.91	0.53	-	-	1.38	0.44	-	-	1.75	0.60	-	-	1.60	0.25
	Hayır	-	-	1.72	0.48	-	-	1.68	0.49	-	-	1.91	1.02	-	-	1.73	0.46
	Test ve p değeri			U=215.500 p=0.330				U=164.000 p=0.063				U=268.000 p=0.944				U=242.500 p=0.616	

Tablo 8’da primipar gebelerde tüm obstetrik özelliklere göre DÖASÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Multipar gebelerde önceki doğum şekline göre gebelikte psikososyal değişiklikler alt boyut puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Normal doğum yapanların puanları daha yüksektir.



Tablo 9. Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık				Gebelikte Psikososyal Değişiklikler				Doğum Beklentisi				Toplam DÖASÖ			
		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar	
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Gebeliğin Planlanması	Evet	1.69	0.71	1.74	0.48	1.72	0.83	1.72	0.49	1.96	0.92	1.89	0.96	1.77	0.66	1.75	0.44
	Hayır	1.25	0.25	1.75	0.52	1.17	0.14	1.42	0.43	1.33	0.58	1.89	1.07	1.25	0.14	1.63	0.44
	Test ve p değeri	U= 50.500 p=0.116		U= 532.500 p=0.912		U= 55.000 p=0.151		U= 338.000 p=0.013*		U= 61.000 p=0.194		U= 531.000 p=0.896		U= 27.500 p=0.030*		U= 442.500 p=0.233	
Tercih Edilen Doğum Şekli	Normal doğum	1.63	0.70	1.76	0.50	1.67	0.86	1.76	0.53	1.92	0.88	1.99	1.10	1.72	0.68	1.81	0.48
	Sezaryen	1.83	0.74	1.73	0.47	1.81	0.68	1.51	0.40	1.97	1.05	1.79	0.82	1.85	0.60	1.61	0.36
	Test ve p değeri	U= 387.000 p=0.132		U= 687.000 p=0.746		U= 409.000 p=0.224		U= 516.000 p=0.033*		U= 502.500 p=0.984		U= 679.500 p=0.681		U= 92.000 p=0.157		U= 526.500 p=0.046*	
Gebelikte Yaşanabilecek Bir Problemde Destek Olacak Kişilerin Varlığı	Evet	-	-	1.71	0.43	-	-	1.63	0.49	-	-	1.86	0.95	-	-	1.69	0.40
	Hayır	-	-	2.50	1.09	-	-	2.00	0.43	-	-	2.67	1.53	-	-	2.31	0.91
	Test ve p değeri			U=63.500 p=0.211				U= 53.500 p=0.129				U= 72.500 p=0.305		-		U= 71.000 p=0.302	
Gebelik Boyunca Düzenli Sağlık Kontrollerine Gitme	Evet	2.27	1.25	1.72	0.45	2.10	1.25	1.64	0.48	2.39	1.23	1.85	0.96	2.23	0.85	1.71	0.47
	Hayır	2.56	1.66	3.25	0.00	2.75	1.67	2.25	0.00	4.25	1.50	4.00	0.00	3.07	1.44	2.87	0.00
	Test ve p değeri	U=115.000 p=0.572		U=0.000 p=0.026		U=108.50 p=0.466		U=6.000 p=0.184		U=51.000 p=0.031		U=3.500 p=0.105		U=84.000 p=0.192		U=4.000 p=0.133	

*p<0.05

Obstetrik özellikleri açısından primipar gebelerde gebelik boyunca düzenli sağlık kontrollerine gitme durumuna göre doğum beklentisi alt boyut puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 9).

Gebelikte psikososyal değişiklikler alt boyutu için, primipar gebelerde, obstetrik özelliklere göre hiçbir değişken açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$), multipar gebelerde ise, gebeliğin planlanması ve tercih edilen doğum şekline göre gebelikte psikososyal değişiklikler alt boyut puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gebeliği planlı olanlarda ve normal doğum tercih edenlerde puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 9).

Obstetrik özellikleri açısından multipar gebelerde, gebelik boyunca düzenli sağlık kontrollerine gitme durumuna göre medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyut puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 9).

Obstetrik özellikleri açısından primipar gebelerde, gebeliğin planlanmasına göre toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 9). Gebeliği planlı olanlarda puan ortalaması daha yüksektir. Diğer değişkenler açısından primipar gebelerde anlamlı fark olan bir değişken bulunmamaktadır ($p>0.05$). Multipar gebelerde ise, obstetrik özelliklerine göre tercih edilen doğum şekline göre toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Normal doğumu tercih edenlerin puan ortalaması da yüksektir. Multipar gebelerde, diğer değişkenler açısından anlamlı fark olan bir değişken bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 9 Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması -Devamı

Obstetrik Özellikler		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık				Gebelikte Psikososyal Değişiklikler				Doğum Beklentisi				Toplam DÖASÖ			
		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar	
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Eşin Gebeliğe İlk Tepkisi	Olumlu	-	-	1.64	0.49	-	-	1.89	0.99	-	-	1.71	0.44	-	-	1.74	0.49
	Olumsuz	-	-	2.00	0.00	-	-	2.00	0.00	-	-	1.88	0.18	-	-	1.75	0.35
	Test ve p değeri	-		U= 28.000 p=0.130		-		U= 55.000 p=0.522		-		U= 43.000 p=0.312		-		U= 64.500 p=0.753	
Bebeğin Beklenen Cinsiyette Olması	Evet	1.71	0.85	1.70	0.48	1.94	0.97	2.00	1.02	1.76	0.69	1.78	0.45	1.68	0.74	1.78	0.51
	Hayır	1.65	0.63	1.47	0.48	1.90	0.57	1.56	0.78	1.67	0.48	1.53	0.34	1.65	0.52	1.63	0.39
	Test ve p değeri	U= 05.000 p=0.810		U= 340.500 p=0.024*		U= 298.000 p=0.717		U= 383.500 p=0.079		U=313.000 p=0.912		U=329.500 p=0.018*		U= 12.000 p=0.897		U= 436.000 p=0.284	
Gebeliğin Gelecek Planlarını Etkileyeceğini Düşünme	Etkileyeceğini düşünen	2.21	1.22	1.54	0.30	2.15	1.31	1.67	0.98	2.19	1.10	1.60	0.44	2.13	1.20	1.71	0.49
	Etkilemeyeceğini düşünen	1.55	0.60	1.66	0.53	1.83	0.72	1.91	0.98	1.62	0.42	1.73	0.45	1.54	0.41	1.75	0.50
	Kararsız	2.13	1.36	1.75	0.39	2.63	1.70	2.25	0.99	2.21	1.02	1.81	0.39	2.13	1.30	1.79	0.37
	Test ve p değeri	$\chi^2_{KW} = 3.836$ p=0.147		$\chi^2_{KW} = 1.380$ p=0.502		$\chi^2_{KW} = 1.062$ p=0.588		$\chi^2_{KW} = 2.297$ p=0.317		$\chi^2_{KW} = 4.020$ p=0.134		$\chi^2_{KW} = 2.466$ p=0.291		$\chi^2_{KW} = .416$ p=0.110		$\chi^2_{KW} = 0.529$ p=0.768	

*p<0.05

Multipar gebelerde bebeğin beklenen cinsiyette olmasına göre medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyut puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$, Tablo 9). Bebeği beklenen cinsiyette olanların puanı daha yüksektir. Multipar gebelerde, diğer değişkenler açısından anlamlı fark olan bir değişken bulunmamaktadır ($p>0.05$, Tablo 9).

Obstetrik özellikler açısından primipar gebelerde, hiçbir değişken açısından gebelikte psikososyal değişiklikler alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$, Tablo 9). Multipar gebelerde ise gebelik hakkındaki düşüncelere göre gebelikte psikososyal değişiklikler alt boyut puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 9). Kararsız olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Obstetrik özellikler açısından primipar ve multipar gebelerde, hiçbir değişken açısından doğum öncesi algılanan stres ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$, Tablo 9).

Tablo 9. Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması -Devamı

Obstetrik Özellikler		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık				Gebelikte Psikososyal Değişiklikler				Doğum Beklentisi				Toplam DÖASÖ			
		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		Primipar		Multipar	
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Gebelik Sayısı	Bir	2.15	1.15	-	-	2.12	1.26	-	-	2.53	1.30	-	-	2.26	0.90	-	-
	İki	3.15	1.59	1.69	0.43	2.27	1.43	1.58	0.42	2.31	1.43	1.82	1.05	2.47	0.95	1.68	0.46
	Üç ve üzeri	1.25	0.00	1.82	0.54	1.25	0.00	1.74	0.56	2.00	0.00	1.96	0.88	1.50	0.00	1.78	0.51
	Test ve p değeri	$KW = 5.095$ $p = 0.078$		$KW = 0.760$ $p = 0.383$		$KW = 0.984$ $p = 0.611$		$KW = 1.733$ $p = 0.188$		$KW =$ $p =$		$KW = 1.272$ $p = 0.259$		$KW = 1.664$ $p = 0.435$		$KW = 0.819$ $p = 0.366$	
Düşük/Küretaj Sayısı	Yok	2.19	1.20	1.75	0.51	2.17	1.31	1.62	0.38	2.43	1.28	1.94	1.06	2.26	0.91	1.74	0.49
	Bir	2.77	1.49	1.70	0.41	1.91	1.11	1.70	0.67	2.79	1.48	1.73	0.76	2.38	0.90	1.68	0.46
	Test ve p değeri	$U = 289.000$ $p = 0.214$		$U = 590.500$ $p = 0.214$		$U = 337.000$ $p = 0.604$		$U = 337.000$ $p = 0.604$		$U = 330.500$ $p = 0.529$		$U = 330.500$ $p = 0.529$		$U = 333.000$ $p = 0.567$		$U = 333.000$ $p = 0.567$	
Canlı Doğum Sayısı	Bir	-	-	1.65	0.40	-	-	1.61	0.42	-	-	1.79	0.96	-	-	1.65	0.40
	İki	-	-	2.00	0.60	-	-	1.75	0.62	-	-	2.12	1.02	-	-	1.94	0.62
	Test ve p değeri	-		$U = 372.500$ $p = 0.024$		-		$U = 492.500$ $p = 0.419$		-		$U = 446.000$ $p = 0.162$		$U =$ $p =$		$U = 390.500$ $p = 0.084$	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Bir	-	-	1.65	0.40	-	-	1.61	0.42	-	-	1.79	0.96	-	-	1.65	0.40
	İki	-	-	2.00	0.60	-	-	1.75	0.62	-	-	2.12	1.02	-	-	1.94	0.62
	Test ve p değeri	-		$U = 372.500$ $p = 0.024$		-		$U = 492.500$ $p = 0.419$		-		$U = 446.000$ $p = 0.162$		-		$U = 390.500$ $p = 0.084$	
Planlanan Çocuk Sayısı	İki	2.26	1.22	1.71	0.43	2.25	1.34	1.63	0.42	2.57	1.31	1.85	1.06	2.34	0.90	1.70	0.45
	Üç	2.36	1.42	1.79	0.56	1.75	0.97	1.67	0.58	2.25	1.32	1.91	0.87	2.10	0.89	1.75	0.53
	Test ve p değeri	$U = 475.500$ $p = 0.714$		$U = 669.500$ $p = 0.824$		$U = 409.000$ $p = 0.226$		$U = 678.500$ $p = 0.901$		$U = 415.000$ $p = 0.247$		$U = 626.500$ $p = 0.483$		$U = 402.500$ $p = 0.201$		$U = 655.000$ $p = 0.896$	

Primipar gebelerde obstetrik özelliklerine göre DÖASÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 9).

Multipar gebelerde yaşayan çocuk sayısı ve canlı doğum sayısına göre medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 9).



5. TARTIŞMA

Primipar ve multipar gebelerde algılanan stres ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatürle tartışılmıştır.

Primipar gebelerin DÖASÖ' den aldıkları toplam puan ortalamasının 2.28 ± 0.90 , multipar gebelerin 1.72 ± 0.48 olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Araştırmamızda primipar gebelerde doğum öncesi algılanan stresin multipar gebelere oranla daha fazla bulunmuştur. Amacımızdaki birinci soruya cevap bulunmuştur. Literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmalarda primipar gebelerdeki stres düzeyinin multiparlardan daha fazla olduğu saptanmıştır (12, 56). Yapılan diğer literatür çalışmalarında en yüksek stres düzeyinin psikososyal değişiklikler (129), doğum sırasında sağlık personelinin davranışına yönelik (12) ve doğum korkusu (131) alt boyutlarında olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ise en yüksek stres doğum beklentisi alt boyutunda olduğu tespit edilmiştir. Doğum eyleminin primipar gebeler için bilinmezliklerle dolu olması, çevreden duyulan olumsuz senaryolar, eğitim ve danışmanlık konusundaki eksiklikler, sağlık personeline olan güven eksikliği gibi nedenlerden dolayı strese neden olabileceği; multiparlar için ise doğum deneyimlenmiş olsa bile komplikasyon gelişme olasılığının var olması ve yine gebenin mahramiyetini tehdit etmesi, nedeni stres düzeyini ortadan kaldırmadığı gibi az düzeyde de olsa strese neden olduğu söylenebilir.

Primipar ve multipar gebelerin eğitim düzeyine göre DÖASÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır

($p>0.05$, Tablo 6). Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyinin gebelerde kaygı düzeyini etkilemediği saptanmıştır (56, 121). Uçar'ın çalışmasında gebelerin eğitim durumunun gebelerin psikososyal sağlığını (132), Elkin'in çalışmasında ise stresle başa çıkmayı etkilemediği bulunmuştur (133). Yapılan çalışmalarla araştırma bulgumuz paralellik göstermektedir. Yapılan diğer çalışmalarda ise gebelerin eğitim düzeyi arttıkça stresin azaldığı, eğitim düzeyi azaldıkça stresin daha fazla yaşandığı saptanmıştır (11, 55, 134, 135). Kılıçarslan'ın çalışmasında gebenin eşinin eğitim düzeyinin artmasının, gebede depresyon durumunu azalttığı görülmüştür (107). Çalışma bulgumuz diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermekte olup, araştırmalar arasında farklılıklar mevcuttur. Yapmış olduğumuz çalışmada gebelerin eğitim düzeyi yüksektir. Ayrıca gebelerin doğum öncesi bakım alma oranlarının artması, bunun da kişileri bilinçli hale gelmesi ve kişilerin ihtiyaç duyduğu bilgi ve sağlık hizmetine daha kolay ulaşması, stresin azalmasında önemli rol oynadığı söylenebilir.

Primipar ve multipar gebelerin çalışma durumuna göre DÖASÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 6). Literatürde yapılan çalışmalarda, çalışma durumu ile kaygı, anksiyete, psikososyal sağlık ve gebelik sorunları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (121, 131, 134, 136). Demiryay'ın çalışmasında çalışma durumlarına göre fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalama dağılımına bakıldığında, en yüksek ortalamanın çalışmayan gebelere ait olduğu saptanmış ve aralarındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (153). Çalışma bulgularımız diğer araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Pottinger ve diğerlerinin (117) 2009'daki çalışmasında gebelerin çalışma durumları ile depresyon görülme durumları arasında

anlamlılık saptanmıştır (117). Kılıçarslan çalışmasında çalışan gebelerde daha az depresyon olduğunu tespit etmiştir (107). Çalışmalar arasındaki farklılığın nedeni olarak kadınların eğitim düzeyinin yükselmesi ile kendi ve bebeklerinin sağlıkları konusunda bilinçlenmelerine ve dolayısı ile de kadının çalışma durumundan çok eğitim düzeyindeki artışın daha ön planda olmasının neden olduğu düşünülmektedir.

Primipar ve multipar gebelerin eşin eğitim düzeyine göre DÖASÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 6). Gözüyeşil ve diğerlerinin (134) 2003'deki çalışmasında gebelerin yaşadıkları gebelik sorunlarını eş eğitim düzeyinin etkilemediği belirtilmiştir (134).Çapık ve diğerlerinin (55) çalışmasında da gebe eşlerinin eğitim durumlarının gebelerdeki stresi etkilemediği bulunmuştur. Çalışmamız bulgusu ile diğer çalışma bulguları paralellik göstermektedir. Doğacak bebek ve diğer obstetrik risklerle ilgili algılanan streste eğitimin etkili olmadığını söyleyebiliriz. Yine anne ve baba olma duygusunun içten gelen bir duygu olduğu ve eğitim düzeyindeki değişme ile değişiklik göstermediği söylenebilir.

Primipar ve multipar gebelerin eşin çalışma durumuna göre DÖASÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 6). Uçar' ın çalışmasında gebelerin eş çalışma durumu psikososyal sağlığı etkilemediği belirlenmiştir (132). Gözüyeşil ve ark. gebe eşlerinin çalışma durumlarının gebelik sorunlarını etkilemediğini saptamıştır (134). Çalışma yaptığımız bölgedeki ailelerin köy gelirlerinin yüksek olmasının ekonomik sıkıntı yaşamamalarında etkili olduğu düşünülmektedir.

Primipar ve multipar gebelerin eşle akrabalık durumuna göre DÖASÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 6).

İnanlı ve ark. Hatay'daki çalışmasında akraba evliliği yapanlarda toplam gebelik, canlı doğum sayısı, bebek ölümlerinin ve yeni doğan sonrası bebek ölümlerinin daha fazla olduğunu bulmuştur (137). Tabak'ın çalışmasında çocukların, % 31.7'nin yenidoğan döneminde, % 55'nin süt çocukluğu döneminde exitus olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar erken çocuk ölümleri oranının akraba evliliğinde arttığını vurgulamaktadır (138). Tuncay'ın çocukların sağlık problemi ve akraba evliliği arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmasında; akraba olmayanlarda mental retardasyon ve psikiatrik bozukluk % 1.21 ve akraba olanlarda % 3.15, akraba olmayanlarda doğumsal defekt % 0.60 ve akraba olanlarda % 0.93, akraba olmayanlarda metabolik hastalıklar % 1.69 ve akraba olanlarda % 2.32, akraba olmayanlarda yapısal anomali % 1.69 ve akraba olanlarda % 2.32 olarak tespit edilmiştir (139). Akbaba ve diğerlerinin (140) çalışmasında ebeveynleri arasında akrabalık olanlarda özürlülük oranının yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda akraba evliliğinin fetal sağlığı etkilediğini söyleyebiliriz. 2016 aile yapısı araştırması sonuçlarına göre; 15 ve üzeri yaşta olup evlilik deneyimi yaşamış bireylerin % 23.2'sinin eşleri ile akraba olduğu görülmüştür (141). Ortaarık ve diğerleri (142) çalışmasında gebelerin % 26.1'inde eşler arasında 1.dereceden akrabalık mevcut olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde akraba evliliklerinin yaklaşık % 62'sinin baba tarafından akrabalarla, % 38'inin da anne tarafından akrabalarla yapıldığı ve bu dağılımın yıllar içinde önemli bir değişim göstermediği görülmektedir. 2006- 2011 yılları arasındaki ilk evliliklerde akrabalık durumu %

15.9'dur (143). Tük verilerine göre bireylerin % 23,2'sinin eşi ile akraba olduğu tespit edilmiştir (141). Genel olarak düşünürsek akraba evlilik örüntüsü azalmak yerine artmaktadır. Yapılan çalışmalarda ve TÜİK'in araştırma sonucuna göre akraba evliliğinin ülkemizde hala var olduğu görülmektedir. Yapmış olduğumuz çalışmada da akraba evlilikleri vardır. Akara evliliğinde var olan mirasın korunması, aile bütünlüğünü sağlama ve akrabalar arasında dayanışmanın devamlılığı gibi kültürel özellikler anne-bebek sağlığından daha önde tutulmasına neden olmaktadır. Bu durumun da gebelikte algılanan stresin etkilenmemesine sebep olduğu düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının toplumumuza ve akraba evliliği yapmış olan kadınlara genetik danışmanlık hakkında eğitim yapmaları ve bu doğrultuda çalışmaların ülkemizde arttırılması gerekmektedir. Çünkü araştırma bulgumuz kadınların bu konuda yetersiz olduğunu göstermektedir.

Primipar gebelerin eşle uyumuna göre DÖASÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 6). Multipar gebelerde ise psikososyal değişiklikler, doğum beklentisi alt boyutlarında ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 6) Eşle bazen uyumlu olanların puan ortalaması daha yüksektir. Ailede kadın karar mekanizmalarına katılmadığı zaman aile içerisinde çatışma, rekabet, huzursuzluk ve şiddet açığa çıkacaktır. Bu durum da evlilik uyumunu etkileyecektir (144). Akkaş 'ın çalışmasında parite ve gebelik sayısı, eşler arası uyumda önemli değişkenler olarak bulunmuştur. Çocuksuz gebelerin eş uyumları çocuğu olan gebelere göre yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada eşinin kendisine karşı yaklaşımını olumlu değerlendiren gebelerin eşleri ile evlilik

uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur (145, 146). Çalışma sonucumuzda multipar gebelerin eş uyumu ile doğum beklentisi arasında ilişki tespit edilirken primiparlarda böyle bir ilişki bulunmamıştır. Akkaş'ın çalışmasına göre paritenin ve gebelik sayısının fazla olması ve çocuksuz gebelerde eş uyumunun çocuklu gebelere göre fazla olması sonucu çalışmamızdaki multipar gebelerde algılanan stresin fazla olması sonucunu desteklemektedir. Ayrıca eşlerin gebelere yaklaşımları olumlu olanların evlilik uyumu iyi olduğu düşünülürse çalışmamızdaki primipar grubun evliliklerinin yeni olması, paratite ve çocuğun olmaması, aralarındaki yaklaşımı olumlu etkilemesine ve sonuç olarak da bu grupta stresin olmamasına neden olabileceği söylenebilir. Multipar grupta ise evlilik sürelerinin uzun olması, yaş ortalamalarının fazla olması ve gebe ile primipar gruptaki eşler kadar çok ilgilenmemeleri evlilik uyumlarını dolayısı ile doğum beklentisini ve psikososyal değişiklikler alt boyutunu etkilediği düşünülmektedir.

Yaşanılan yere göre primipar gebelerin medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutu, multipar gebelerin ise DÖASÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 6). Çalışmamızda ilde yaşamak primiparlarda stres düzeyini etkilediği bulunmuştur. Gözüyeşil ve diğeri (134) 2003 yılında yaptıkları çalışmada gebelerin yaşadıkları gebelik sorunlarını yaşadıkları yerin anlamlı düzeyde etkilediğini saptamıştır. Çalışma sonucumuzu desteklemektedir. Akçan ve diğeri (2005) yaptıkları çalışmada uzun süre yaşanılan yer ile ebe ve hemşirelerin danışmanlık becerilerini gerçekleştirme puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptamıştır. Uzun süre büyükşehirde yaşayan ebe ve hemşirelerin, danışmanlık becerilerini gerçekleştirme puan ortalamalarının şehir, ilçe ve

köy gibi yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bu durum büyükşehirlerde ebe ve hemşirelere düşen nüfusun ve iş yükünün yoğun olmasıyla, hizmet alanlara daha az zaman ayrılmasıyla ilişkilendirilmiştir (125).

Primipar ve multipar gebelerin sosyal güvence ile DÖASÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 6). Daştan ve diğerlerinin (2015) yaptığı çalışmada sosyal güvencesi olanların anksiyete düzeylerinde bir değişiklik saptanmazken, depresyon puan ortalamalarının daha az olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, sosyal güvencesi olanların sağlık sorunlarının tedavisine yönelik güvencede hissetmelerinden ve var olan sağlık sorunlarının tedavisini yapturmalarından kaynaklandığı söylenmiştir (148). Okanlı'nın çalışmasında sağlık güvencesi olanların problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (110). Problem çözme becerisinin olması algılanan stresi azaltmaktadır. Yapılan çalışma sonuçlarına göre sosyal güvence varlığının kadınlarda olumlu dugulanımlara neden olduğu görülmektedir. Araştırma sonucumuzda da sosyal güvencenin olması kadınlarda algılanan stresi etkilemediği görülmektedir. Bu da beklenen bir sonuçtur.

Aile tipine göre primipar gebelerin psikososyal değişiklikler alt boyutu ve DÖASÖ toplam puanı, multipar gebelerin ise medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 6). Primipar gebelerin geniş ailede , multipar gebelerin ise çekirdek ailede yaşaması stres düzeyini etkilediği bulunmuştur.

Ülkemizde eşle birlikte eşin ailesinin desteğinin önemi büyüktür. Yaptığımız araştırma sonucunda multipar grupta algılana stresin çekirdek ailede yaşayanlarda daha yüksek bulunması bu gruptaki kadınlarda Türk kültür anlayışının önemini koruması ile açıklanabilir. Ayrıca bu durum multipar gebelerin geleneksel bir yapıya sahip olması veya bulunduğu çevreye uyum sağlamalarının bir sonucu olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda aile tipinin gebelikte psikososyal sağlık durumu ve gebeliğe uyum üzerine etkisinin olduğunu saptamıştır (131, 147). Tortumluoğlu ve ark.'nın çalışmasında ise gebelerin aile ortamını birlik beraberlik içinde algılamaları ile ailedeki bireylerin sayısı arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptamış ve bu sonucu gebelerin ailedeki birey sayısı arttıkça özellikle eşiyile olan birebir yaklaşmanın engelleneceği ve birlik beraberlik bağlarının zayıflayacağı şeklinde yorumlanmıştır (149). Mermer ve diğerlerinin (150) 2010 yılında yaptıkları çalışmada çekirdek aileye sahip olan kadınların, doğum sonrası sosyal destek puan ortalamalarının yüksek olduğu ve çekirdek aileye sahip olan kadınlarda sosyal desteğin daha doyurucu bir destek olduğunu saptamıştır. Çalışma bulguları primipar gruptaki geniş ailede yaşamanın getirdiği stresi desteklemektedir. Ayrıca primiparlarda geniş aile tipine sahip gebelerin puan ortalamasının yüksek olmasındaki diğer bir neden olarak gebelerin bağımsız karar verememelerinin etkili olduğu söylenebilir. Bütün bu sonuçlar ülkemizde geleneksel aile tipinde çekirdek aile tipine bir dönüşüm olduğunun bir göstergesidir.

Primipar ve multipar gebelerin gelir durumuna göre DÖASÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 6). Yılmaz ve Beji'nin çalışmasında geliri giderinden az olan gebelerin daha fazla depresif belirti gösterdiğini ve stresle başa çıkma tarzı olarak boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı kullandıkları saptanmıştır (11). Kaplan ve ark.'nın Gaziantep'te yaptıkları çalışmada gebelerin gelir durumu ile doğum öncesi kaygı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (121). Uçar'ın Erzurum'da yaptığı çalışmada gebelerin gelir durumu algısı (geliri giderinden az olanlarda) psikososyal sağlığı etkilediği belirlenmiştir (132). Tekgöz ve ark.'nın çalışmasında aylık geliri 1000 YTL ve altında olan gebelerde anksiyete görülme oranı daha yüksek bulunmuştur (136). Çalışma bulgumuzdaki gebelerin gelir durumları orta ve yüksek olduğu için gebelerde algılanan stresi etkilemediği düşünülmektedir.

Primipar gebelerde psikososyal değişiklikler alt boyutu ile eş yaşı arasında istatistiksel olarak negatif yönlü, düşük düzeyli ilişki bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 7). Eş yaşı düştükçe gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler puanı artmaktadır. Multipar gebelerde ise medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutu ile yaş ve eş yaşı arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü, düşük düzeyli ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 7). Yaş ve eş yaşı arttıkça medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık puanı artmaktadır. Multipar gebelerde DÖASÖ toplam puanı ile eş yaşı arasında istatistiksel olarak anlamsız bulunurken ($p>0.05$, Tablo 8) gebenin kendi yaşı arasında 0.033 istatistiksel olarak pozitif yönlü düşük düzeyli ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 8). Yaş arttıkça doğum öncesi algılanan stres ölçek toplam puanı da artmaktadır. Perkin ve ark. yaptığı çalışmada anksiyete ile anne yaşı ve parite

arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (151). Altınçelep'in çalışmasında gebelerin yaş grupları ile prenatal distres puan ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (122). Babadağlı çalışmasında yaştan gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklerde, önemli bir faktör olmadığı söylenmiştir fakat aynı çalışmada fizyolojik değişikliklerden yorgunluk (ileri yaş % 82, adölesanlarda % 84), sık idrara çıkma (ileri yaş grubu %94;adölesan grubu %90) ve solunum sıkıntısı (ileri yaş % 66, adölesanlarda % 64) yaşamada yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (152). Demiryay çalışmasında yaşa göre gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamalarına ait en yüksek 34-37 yaş grubunda izlenmiş fakat yaş ile gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınmaları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (153). Yapılan çalışmalar çalışma grubumuzu desteklemektedir. Yaş ile birlikte gebelik ve fetüs ile ilgili komplikasyonların artması, yaş ile birlikte kadınlarda tükenmişlik düzeyinin artması nedeni ile algılanan stresin artması beklenen bir sonuçtur. Gözüyeşil çalışmasında gebelerin yaşadıkları gebelik sorunlarını yaşlarının etkilemediğini saptamıştır (134). Subaşı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ile Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) puanları arasında ilişki saptamamıştır (154). Türkiye'de yaşanan demografik dönüşüm, kentleşme, eğitimin yaygınlaşması, gelir düzeyinin artması, yaşam ve tüketim tarzlarında değişim gibi toplumsal dönüşüm süreçlerine bağlı olarak erken evliliklerin yaygınlığı giderek azalmaktadır (143). Kadının toplumsal konumunu belirleyen eğitim, çalışma hayatı, sosyal güvence ve gelir durumunun artması evlilik yaşını yükselterek kadınların gebelik yaşını etkilediği düşünülmektedir. Bu anlamda adölesan gebeliklerin sayısının azalması erken yaşa bağlı komplikasyonları da azaltmaktadır. Çalışma sonuçları araştırmamızdaki primipar grubu desteklemektedir.

Primipar grubun yaş ortalamasının multiparlardan küçük olması ve adölesan gebeliklerin az olması nedeni ile gebelikteki fizyolojik ve psikolojik yakınmaları daha az yaşamaları ayrıca kromozomal sıkıntılarının bu grupta az görülmesinin sonuca etki ettiği düşünülmektedir.

Primipar ve multipar gebelerin evlilik süresine göre DÖASÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 7).Yapılan çalışmalar ile araştırma bulgularımız paralellik göstermektedir (132, 148) Gebelik sırasında karşılaşılabacak sorunlar daha çok gebe yaşı, bilgisizlik vb. gibi durumlardan etkilenmesi, evlilik süresinin stresi etkilememesi beklediğimiz bir sonuçtur.

Primipar ve multipar gebelerin ilk evlilik yaşı ile DÖASÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 7). Literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmalarla çalışma bulgularımız paralellik göstermektedir (134, 136)

Multipar gebelerin önceki doğum şekli ile gebelikte psikososyal değişiklikler alt boyutu anlamlı bulunmuştur. Normal doğum yapanların puanları daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 8). Normal doğum yapan kadınların doğum sırasında karşılaştıkları durumların şu anki gebeliğinin sonucunda da aynı sorunu tekrar yaşama düşüncesi, gebelikteki önceki gebelik ile birlikte bu gebeliğinde de kilonun sorun teşkil etmesi, ikinci gebeliği olduğu için daha yorgun ve ruhsal anlamda daha hassas hissetme gibi durumların algılanan stresi etkilemesi, primiparlarda ise önceki doğum şekli gibi bir

durumun olmaması ile birlikte bu alt boyutun etkilenmemesi beklenen bir sonuçtur. Bununla birlikte iki grupta da toplam puan ölçeğinin anlamsız çıkması günümüzde doğum öncesi bakım alma oranının artması ve sağlık personelinin gebelere gebelik ve doğum ile ilgili bilgi vermeleri, prenatal tarama testlerinin birçok gebeye uygulanması ve önceki gebelik ve doğumların etkisinden ziyade doğum öncesi bakımın daha etkili olmasının neden olabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde antenatal bakım kapsamı (en az bir ziyaret), 2002 yılında % 78, 2015 yılında % 98 oranındadır (155). Sağlık istatistikleri yılına göre gebelere ev ziyaret oranının artması düşüncemizi desteklemektedir. Bu nedenle gebeliğin erken döneminden itibaren başlatılarak sürekli olarak yapılacak DÖB ve doğuma hazırlık eğitimlerinde gebelere doğum ile ilgili eğitimin verilmesi gerekmektedir.

Multipar gebelerde, gebeliğin planlanması ve gebelikte psikososyal değişiklikler alt boyut puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 9). Gebeliği planlı olanlarda puan ortalaması daha yüksektir. Multipar gebelerin psikososyal alt boyutlarından algılanan stresin yüksek olması bu grubun yaş ortalamasının yüksek olması sebebi ile gebeliğin getirdiği yük olan fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin (kendini yorgun hissetme, aşırı hassasiyet, gebelik sırasında kiloda oluşacak değişiklik vb) kadında daha çok stres oluşturabileceği düşünülmektedir. yapılan çalışmalar ile bulgumuz paralellik göstermektedir (156, 157).

Multipar gebelerde, tercih edilen doğum şekli ve gebelikte psikososyal değişiklikler alt boyut puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo9)

Normal doğumu tercih edenlerin puan ortalaması yüksektir. Körükçü ve ark. çalışmasında gebelerin doğum korku düzeyleri ile parite arasında anlamlı farklılık olmadığı gebelik öncesi sağlık problemi olma ve gebelikte doğuma ilişkin bilgi alma durumu arasında gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu saptanmıştır (131). Körükçü ve ark. çalışmasında gebelikte doğuma ilişkin bilgi alma olumlu sonuç verirken önceki yaşadığı problem olumsuz sonuç vermiştir. Bu bulgu, multipar grubumuzun stresinin diğer gruba göre çok olması sonucunu desteklemektedir. Primipar ve multipar gebelerimizin yaklaşık hepsi düzenli kontrollere yaptırdıkları için streslerinin az olmasına fakat multipar gebelerin daha önceden doğumu deneyimledikleri için düzenli kontrollere gelselerde önceki deneyimlerinden dolayı streslerinin azalmadığı söylenebilir.

Primipar ve multipar gebelerde eşin gebeliğe ilk tepkisi ile DÖASÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 9). Kılıçarslan yapmış olduğu çalışmada gebeliği öğrenince eşi sevinen kadınlarda depresyon ve kaygı düzeyinin daha düşük olduğunu tespit etmiştir (107). Çiltaş'ın çalışmasında eşin gebeliğe ilk tepkisi ile distres puan ortalaması karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel yönden anlamsız bulunmuştur. Çünkü çoğunluk olumlu tepki vermiştir ($p>0.05$). (13). Bizim çalışmamızda olumlu karşılayanların yüzdesi yüksek olduğu için diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Multipar gebelerde bebeğin beklenen cinsiyette olması ile medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık ve doğum beklentisi alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın

istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$, Tablo 9). Dağlar ve Nur'un çalışmasında bebeğin ailenin beklediği cinsiyette olması ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlılık saptanamamıştır (158). Bebeğin cinsiyeti gebelerin psikososyal sağlık durumlarını etkilemediğini göstermektedir (132). Primiparların hiç çocuk sahibi olmamalarından dolayı bebeğin cinsiyeti fark etmezken, multiparların az çocuk yapmayı planlamaları onlarda strese neden olduğu düşünülmektedir.

Primipar ve multipar gebelerde gebeliğin gelecek planlarını etkileyeceğini düşünme ile DÖASÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$, Tablo 9). Çiltaş'ın çalışmasında gebeliğin şuanda veya gelecekteki hedefleri etkileme durumu ile distres ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir (13). Gebelerimizin istemli ve planlı bir gebelik yaşadıklarından dolayı olduğu düşünülmekte.

Primipar ve multipar gebelerde medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutu, gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyutu, doğum beklentisi alt boyutu ve toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puanı ile gebelik sayısı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 9). Altınçelep' in çalışmasında distres ile gebelik sayısı arasında anlamlı fark saptanmıştır. İlk gebeliği olan kadınların distres oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (122). Demiryay'ın yaptığı çalışmada ise gebelik sayısı ile fiziksel ve emosyonel yakınmalar arasındaki ilişki önemli bulunmuş olup çalışma sonucuna göre gebelik sayısının artmasının yakınmaları arttırdığı tespit edilmiştir (153). Üst ve Pasinlioğlu' nun çalışmasında primipar ve multipar gebelerin endişe

düzeinin orta derece olduğu belirlemişlerdir (12). Çalışma bulgularına göre gebelik sayısının artması stresi arttırmaktadır. Yaptığımız araştırmada algılanan stresin iki grupta da yüksek olmamasının nedeni olarak gebelik sayısı primiplarlarda 1.6, multiparlarda ise 2.5 olup çoklu gebelik tanımına uymaması ve çalışmamıza katılan gebelerin çoğunluğunun şu anki gebeliklerinin planlı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Primiplar ve multipar gebelerde medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutu, gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyutu, doğum beklentisi alt boyutu ve toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puanı ile düşük küretaj sayısı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 9). Tekgöz ve ark. alışmasında düşük öyküsü olan gebelerde anksiyete sıklığı düşük olmayanlara göre yüksek bulunmuştur (136). Karabulutlu'nun çalışmasında kadınların doğum tercihleri ile obstetrik öykülerinde yer alan abortus deneyimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (20). Furber ve ark.'nın (2009) yaptıkları kalitatif çalışmada, gebelerde psikolojik distres oluşturan düşük öyküsünün olduğu rapor edilmiştir (128). Arslan ve ark. alışmasında düşük sayısının gebelikte anksiyete ve depresyon grlme sıklığını anlamlı oranda arttırdığını saptanmıştır (156). Taştekin çalışmasında kürtaj olan kadınların % 60'ı krtajdan sonra suçluluk, pişmanlık yaşadıklarını, %40'ıda bu duyguları yaşamadıklarını ifade etmiştir. Kürtaj olma sayısı ile depresyon puanları arasında doğrudan ilişki olduğu, üç ve daha fazla sayıda kürtaj yaptırmış olan kadınların, bir ve iki kez kürtaj yaptırmış olanlara göre depresyon skorlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla % 66,7, % 37,1, % 33,3, $p<0,01$) (157). Gözüyeşil çalışmasında gebelerin yaşadıkları gebelik sorunlarını düşük

yapma, kürtaj olma durumlarının etkilemediğini saptamıştır (134). Çalışma bulgularına göre düşük ve küretaj sayısının stres düzeyini etkilediği görülmektedir. Gözüyeşil'in çalışması ile çalışma bulgumuz paralellik göstermektedir. Ayrıca Taşkesen' in çalışması gebelerde düşük sayısının az olması depresyonu azalttığı tespit edilmiş olup çalışmamızda gebelerde algılanan stresin düşük olması küretaj sayısının az olmasından kaynaklanabileceği düşüncesini desteklemektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin, antenatal dönemde düşük öyküsü olan gebeye stresle ilgili başa çıkma yöntemleri konusunda danışmanlık yapmaları önerilebilir.

Primipar ve multipar gebelerde toplam doğum öncesi algı etkilenmemektedir ($p>0.05$, Tablo 9). Fakat multipar gebelerde medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutu anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) Multipar gebelerde canlı doğum sayısı arttıkça algılanan stres artmaktadır. Primipar ve multipar gebelerde toplam DÖASÖ puanı anlamsız bulunmuştur. Bu durum doğumda bebeğin sağlıklı olması ve gebeliğin canlı doğum ile sonuçlanması kadın ve ailesi için olumlu bir gelişme olması nedeni ile canlı doğum sayısının algılanan stresi etkilemediği düşünülmektedir. Fakat multipar gebelerde canlı doğum sayısının artması gebelik sırasında karşılaşılabilecek sorunlar, bebeğin sağlığı ve ultrason çekirme konusunda stresleri artmıştır. Bu durumun önceki doğum şekilleri, gebelik ve doğumda karşılaştığı sorunlardan kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Primipar ve multipar gebelerde toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puanı ile yasayan çocuk sayısı arasında puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 9). Fakat multipar gebelerde medikal

ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutu anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) Çocuk sayısı arttıkça multipar gebelerde gebelik sırasında karşılaşacağı sorunlar, bebeği sağlığı ve ultrason çekirme konusunda stresleri artmıştır. Lanier ve Jonson- Reid, primiparlarda % 42,7 olan anne stres düzeyinin üç ya da daha fazla çocuğu olan multiparlarda %70'e yükseldiğini saptamıştır (158). Arslan ve ark. çalışmasında yaşayan çocuk sayısının gebelikte anksiyete ve depresyon görölme sıklığını anlamlı oranda arttırdığını saptanmış ve ailedeki çocuk sayısı ile çocuğa ayrılan zaman ve karşılanan maddi ve manevi gereksinimi ile ters orantılı olduğu, gebelerin bedenlen, ruhen ve sosyal yönden sağlıklı çocuk yetiştirme endişesinden kaynaklandığı söylenmiştir. (156). Araştırma bulgumuzda multipar grubun medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutu algılanan stresi artırmıştır. Multipar gebelerde gebelikte karşılaşacağı problemler ve beklenen bebekte problem çıkması durumunda evde olan diğer çocuklara bakım sıkıntısının çıkması nedeni ile multipar gebelerde çocuk sayısının artmasının algılanan stresi arttıracadı düşölmektedir.

Multipar ve primipar gebelerde planlanan çocuk sayısının algılanan stresi etkilemediği bulunmuştur. Bunevicius ve ark. gebelik depresyonun plansız ve istenmeyen gebeliklerde anlamlı oranda yüksek olduğunu tespit etmiştir (164). Yani plansız gebelik plansız çocuk anlamına geldiği için gebelikte algılanan stresi arttırır fakat planlı olması bu durumu olumluya çevirebilir. Planlanan çocuk sayısı istenilen bebek demek olduğu için algılanan stresi etkilememesi beklenen bir sonuçtur.

Bu sonuçlar primipar ve multipar gebelerde stresi etkileyen faktörler nelerdir sorusunu açıklamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Son trimestirdeki primipar ve multipar gebelerde algılanan stres ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

-Yaş ortalaması, eğitim, yaşanılan yer, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, gebeliğin planlı olma durumu, eş ile uyum ve bebeğin beklenen cinsiyette kontrol değişkenlerini oluşturmuştur. Kontrol değişkenleri açısından primipar ve multipar gebelerdeki stres düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ve her iki grubun benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 1).

-Eşle uyum multipar gebelerde psikososyal değişiklikler ve doğum beklentisi alt boyut stres düzeyini etkilediği, eşiyile bazen uyumlu olan multipar gebelerin daha fazla stres yaşadığı saptanmıştır.

-Yaşanılan yer primipar gebelerde medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyut stres düzeyini etkilediği, ilde yaşayan primipar gebelerin daha fazla stres yaşadığı bulunmuştur.

-Yaşanılan yerin multipar gebelerde DÖASÖ toplam puan ortalamasını etkilediği, köy/mezra da yaşayan multipar gebelerin daha fazla stres yaşadığı belirlenmiştir.

-Gebeliğin planlanması multipar gebelerde psikososyal değişiklikler alt boyut stres düzeyini etkilediği, gebeliğini planlayan multipar gebelerin psikososyal değişikliklere yönelik daha fazla stres yaşadığı belirlenmiştir.

-Gebeliğin planlanması primipar gebelerde DÖASÖ toplam puan ortalamasını etkilediği, gebeliğini planlayan primipar gebelerin daha fazla stres yaşadığı saptanmıştır.

-Aile tipinin primipar gebelerde psikososyal değişiklikler alt boyut stres düzeyini etkilediği, geniş ailede yaşayan primipar gebelerin daha fazla stres yaşadığı bulunmuştur.

-Aile tipinin multipar gebelerde medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyut stres düzeyini etkilediği, çekirdek ailede yaşayan multipar gebelerin daha fazla stres yaşadığı belirlenmiştir.

-Eş yaşı ile primipar gebelerde psikososyal değişiklikler alt boyut arasında istatistiksel olarak negatif yönlü, düşük düzeyli ilişki olduğu yani primipar gebelerde eş yaşı düştükçe gebelik esnasındaki psikososyal değişikliklere yönelik stres artmaktadır.

-Yaş ile multipar gebelerde DÖASÖ medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyut ve toplam ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü, düşük düzeyli ilişki olduğu yani yaş arttıkça multipar gebelerin daha fazla stres yaşadığı saptanmıştır.

-Önceki doğum şeklinin multipar gebelerde psikososyal değişiklikler alt boyut stres düzeyini etkilediği, normal doğum yapmış multipar gebelerin psikolojik değişikliklere yönelik daha fazla stres yaşadığı bulunmuştur.

-Düzenli sağlık kontrollerine gitme multipar gebelerde medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyut stres düzeyini etkilediği, gitmeyen multipar gebelerin daha fazla stres yaşadığı bulunmuştur.

-Düzenli sağlık kontrollerine gitme primipar gebelerde doğum beklentisi alt boyut stres düzeyini etkilediği, gitmeyen primipar gebelerin daha fazla stres yaşadığı saptanmıştır.

-Yaşayan çocuk sayısı ile multipar gebelerde doğum beklentisi alt boyut arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü, düşük düzeyli ilişki olduğu yani yaşayan çocuk sayısı arttıkça multipar gebelerin doğuma yönelik daha fazla stres yaşadığı belirlenmiştir.

-Yaşayan çocuk sayısı multipar gebelerde medikal ve obstetrik riskler fetal/sağlık alt boyut stres düzeyini etkilediği bulunmuştur.

-Canlı doğum sayısı multipar gebelerde medikal ve obstetrik riskler fetal/sağlık alt boyut stres düzeyini etkilediği bulunmuştur.

-Bebeğin beklenen cinsiyette olması multipar gebelerde medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık ve doğum beklentisi alt boyutları stres düzeyini etkilediği belirlenmiştir.

-Primipar gebelerin DÖASÖ' den aldıkları toplam puan ortalamasının 2.28 ± 0.90 , multipar gebelerin 1.72 ± 0.48 , primipar gebelerin "medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyut" puan ortalaması 2.29 ± 1.26 , multipar gebelerin 1.74 ± 0.48 , ve primipar gebelerin "psikososyal değişiklikler alt boyut" puan ortalaması 2.13 ± 1.27 , multipar gebelerin 1.64 ± 0.48 , primipar gebelerin "doğum beklentisi alt boyut" puan ortalaması 2.49 ± 1.31 , multipar gebelerin 1.88 ± 0.98 olduğu ve primipar gebelerin "orta" ya da "orta düzeye" yakın stres multipar gebelerden daha fazla yaşadıkları saptanmıştır.,

Bu sonuçlar doğrultusunda;

-Sağlık ekibinin ve özellikle sağlık ekibi içinde gebelik ve doğum hizmetlerinin primer sorumlusu ebe ve hemşirelerin, gebeliği süresince kadını ve ailesini takip ederek risk altındaki gebeleri belirlemesi.

-Hemşirelerin primipar gebelere gebelik ve doğum ile ilgili konularda eğitimlerin artırılması

-Ülkemizdeki bütün illerde doğuma hazırlık sınıflarının açılması

-Başta hemşire/ebeler olmak üzere tüm sağlık personelinin stres ile ilgili farkındalıklarının artırılması için hizmet içi eğitim programların düzenlenmesi, gebelere ve ailelerine destek verilmesi konusunda bilinçlendirilmesi,

-Multipar ve primipar gebelerde stres düzeyleri ve stresle baş etme yöntemlerine ilişkin karşılaştırılması çalışmalarının yapılması,

-Ülkemizde bu konuyla ilgili araştırmaların yetersiz olduğundan dolayı konu ile ilgili araştırmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Sivaslıoğlu, A. A. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: zkan Matbaacılık. Palme Yayıncılık.
2. şirin, A., Kavlak, O. (2008). Kadın Sağlığı. İstanbul: Kenan Ofset Mat. Baskı Hiz.
3. Mungan, M.T., iek, M.N. (2007). Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. Ankara: ncü Basımevi.
4. iek, M. N., Akyürek, C., elik, ., Haberal,A. (2004). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: ncü Basımevi.
5. Beji, N. K. (2016). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 2.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
6. Mercer, R. T. (1995). Becoming a Mother: Research on Maternal İdentity from Rubin to the Present. 2nd ed. New York: Springer, 145-148.
7. Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Reaksiyon Matbaacılık.
8. zorhan, E.Y., Apay, S. E., Altun . ř. (2014). Gebelikte Ruh Sağlığı. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik E-Dergisi, 2, 3
9. ler, Z., Oskay, U. (2015). Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 12 (2), 85-92.
10. Büyükkaya, B. A. (2015). Multipar ve Nullipar Gebeliklerde Sezaryen Endikasyonlarının Robson Sınıflaması İle Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul.

11. Yılmaz, S. D., Beji, N. K. (2010). Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. Genel Tıp Dergisi, 20, 3, 99-108.
12. Üst, Z. D., Pasinlioğlu, T. (2015). Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi. HSP, 2(3), 306-317.
13. Çiltaş, N. Y. (2015). Gebelikte Distresin Tanımlanması. Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Üniversitesi, Erzincan.
14. Çınar, İ. Ö., Öztürk, A. (2014). The Effect Of Planned Baby Care Education Given to Primiparous Mothers on Maternal Attachment and Self-Confidence Levels. Health Care for Women Int., 35, 320-333.
15. Ong, S., Chan, W., Shorey, S., Chong, Y., Klainin-Yobas P., He, H. (2014). Postnatal Experiences and Support Needs of First-Time Mothers in Singapore: A Descriptive Qualitative Study. Midwifery. 772-778.
16. Martell, LK. (2001). Heading Toward the New Normal: A Contemporary Postpartum Experience. JOGNN, 30, 496-506.
17. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. (2009). Fear of Childbirth According to Parity, Gestational Age, and Obstetric History. 116(1), 67-73.
18. Çiçek, Ö., Mete, S. (2015). Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. DEUHFED. 8 (4), 263-268.
19. Aksoy, A.N. (2015). Doğum Korkusu: Literatür Taraması. Odu Tıp Derg, 2, 161-165.
20. Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. İ.Ü.F.N. Hem. Derg., Cilt 20, Sayı 3, 210-218.

21. Shorey, S., Chan, W., Chong, Y., He, H. (2013). Maternal Parental Self-Efficacy in Newborn Care and Social Support Needs in Singapore: a Correlational Study. *J Clin Nurs.*, 23, 2272-2283.
22. Paris, R., Dubus, N. (2005). Staying Connected While Nurturing an Infant: A Challenge of New Motherhood. *Fam Relat*, 54(1), 72-83.
23. Aysal, N. (2014). Stres Algısı, Başa Çıkma, Kişilik ve Sağlık Arasındaki İlişkilerin Etkileşimsel Stres ve Başa Çıkma Modelinde İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, İstanbul.
24. Gillbert, E. S., Harmon, J.S. (2011). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum. (Editör: Taşkın, L). Ankara: Palme Yayıncılık.
25. Külçür, İ. (2016). Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.--
26. Lin, Y., Zhou, L., Xu J., Luo, Z., Kan, H., Zhang, J. and Ank. (2017). The Impacts of Air Pollution on Maternal Stress during Pregnancy. *Scientific Reports*, 7:40956.
27. Canpolat, F., Akış, H. K., Cemil B. Ç., Eskioglu, F. (2010).Türk Toplumunda Primipar Gebelerde Stria Gravidarum ile İlişkili Risk Faktörlerinin Araştırılması. *Türkderm*, 44, 28-31.
28. Kocatepe, K. (2007). 9 Ay 10 Gün: Hamilelik Rehberi. İstanbul, Papatya Yayıncılık Eğitim.
29. Taşkın L. (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

30. Serçekuş, P., Okumuş, H. (2009). Fears Associated with Childbirth among Nulliparous Women in Turkey. *Midwifery*, 25(2), 155-62.
31. Saisto, T., Kaaja, R., Ylikorkala, O., Halmesmäki, E. (2001). Reduced Pain Tolerance during and after Pregnancy in Women Suffering from Fear of Labor. *Pain*. 93(2), 123-7.
32. Uçar, T., Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4 (2), 54-58.
33. Şen, E., Dağ, H., Şenveli, S. (2015). The Reasons for Delivery-Related Fear and Associated Factors in Western Turkey. *Nursing Practice Today*, 2(1).
34. Laursen, M., Johansen, C., Hedegaard, M. (2009). Fear of Childbirth and Risk for Birth Complications in Nulliparous Women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*, 116(10), 1350-5.
35. Nilsson, L., Thorsell, T., Wahn, E.H., Ekström, A. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*. Article ID 349124, 6
36. Karlström, A., Nystedt, A., Johansson, M., Hildingsson, I. (2011). Behind the Myth Few Women Prefer Caesarean Section in The Absence of Medical or Obstetrical Factors. *Midwifery*, 27, 620–627.
37. Nieminen, K., Stephansson, O., Ryding, E. L. (2009). Women's Fear of Childbirth and Preference for Cesarean Section-- A Cross-Sectional Study at Various Stages Of Pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 88(7), 807-13.

38. Sydsjö, G., Angerbjörn, L., Palmquist, S., Bladh, M., Sydsjö, A., Josefsson, A. (2013). Secondary Fear of Childbirth Prolongs the Time to Subsequent Delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*.
39. Storksen, H. T., Niegel S. G., Vangen, S., Gran, M. E. (2013). The Impact of Previous Birth Experiences on Maternal Fear of Childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 92(3): 318-24.
40. Akçakaya, R. Ö., Erden, S. Ç. (2014). Stres ve Stresle Baş Etmede Psikiyatrik Yaklaşım. *Türkîsh Family Physisican*. Cilt: 5 Sayı:2.
41. Ay, F. A. (2012). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, 4. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
42. Baltaş, A., Baltaş, Z. (1990). Stresle Başa Çıkma Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi.
43. Aştı, T. A., Karadağ A. (2013). Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
44. Uğur, M. (2005). Gebelik ve Stres. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. Sempozyum Dizisi. 47, 13-33.
45. Çam, O., Engin, E. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul: Pelikan Basım Matbaa Ambalaj.
46. Akdemir, N., Birol L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset.
47. Coşkun, A.M. (2012). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Promat Basım Yayım San. ve Tic. A.Ş.

48. Santvana, S., Shamsah, S., Firuza, P., Rajesh, P. (2005). Psychiatric Disorders Associated with Pregnancy . *Obstet Gynecol India*, 3, 218-227.
49. Faramarzi, M., Amiri F. N., Rezaee, R. (2016). Relationship of Coping Ways and Anxiety with Pregnancy Specific-Stress. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(6), 1364-1369.
50. Talge, N.M., Neal, C., Glover, V. (2007). Antenatal Maternal Stress and Long-Term Effects on Child Neurodevelopment: How and Why? *J Child Psychol Psychiatry*, 48(3-4), 245-61.
51. Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H.H., Muhcu, M. (2014). Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45, 71-7.
52. Beydağ, K. D. (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6: 479-484.
53. Kuğu, N., Akyüz, G. (2001). Gebelikte Ruhsal Durum. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 23 (1), 61 – 64.
54. Özkan, S (1993). Kadın Hastalıkları ve Doğumun Psikiyatrik Yönleri. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. Yayımı, 201- 220.
55. Çapık, A., Apay, S.E., Sakar, T. (2015). Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 18: 3.

56. Akbaş E., Vırt O., Savaş HA., Sertbaş G ve Kalenderoğlu A. (2008). Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi. 45(1), 85-91.
57. Spice, K., Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., Kowalyk, K., Stewart, S. H. (2009). Prenatal Fear of Childbirth and Anxiety Sensitivity. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 30(3), 168-74.
58. Tarhan, N. (2010). Mutluluk Psikolojisi: Stresi Mutluluğa Dönüştürmek. İstanbul: Çınar Matbacılık.
59. Vırt, O., Akbaş, E., Savaş, H. A., Sertbaş G. ve Kandemir H. (2008). Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisi. Nöropsikiyatri arşivi, 45, 9-13.
60. Bayık, A., Özsoy, A. S., Ardahan, M., Özkahraman, Ş., İz, F. B. (2006). Kadınların Stres Verici Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekolulu Dergisi; 9(2): 1-12.
61. Leish, J., Redshaw, M. (2017). Mothers' Accounts of The İmpact on Emotional Wellbeing of Organised Peer Support in Pregnancy and Early Parenthood: A Qualitative Study. 13, 17(1), 28.
62. Geissbuehler, V., Eberhard, J. (2002). Fear of Childbirth during Pregnancy: a Study of More Than 8000 Pregnant Women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 23(4), 229-35.
63. Bodecs, T., Horvath, B., Kovacs, L., Nemeth M. D., Sanjor J. (2009). Prevalence of Depression and Anxiety in Early Pregnancy on a Population Based Hungarian Sample. Orvosi Hetilap. 150 (41), 1888-93.

64. Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., Barry, K. L. (2003). Depressive Symptoms Among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings. *Journal of Womens Health*. 12(4), 373-80.
65. Da Costa D., Larouche J., Dritsa M., Brender W. (2000). Psychosocial Correlates of Prepartum and Postpartum Depressed Mood. *Journal of Affective Disorders*. 59(1), 31-40.
66. Sevindik, F. (2005). Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ.
67. Gölbaş1, Z., Kelleci, M., Kısacık, G. (2007). Gebelikte Depresif Belirtiler: Prevelans ve Risk Faktörlerine İlişkin Bir Çalışma. 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Kongre Özet Kitabı sayfa 255, Ankara, Türkiye.
68. Karaçam, Z., Ançel, G. (2009). Depression, Anxiety and Influencing Factors in Pregnancy: A Study in a Turkish Population. *Midwifery*, 25:344-356.
69. Köse, S. (2015). Gebere Verilen Doğum ve Doğum Sonu Eğitimin Bu Dönemlere İlişkin Endişeyi Azaltmaya Etkisi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*. Sayı:2, 49- 63.
70. Melender, H.L. (2002). Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: a Study of 329 Pregnant Women. *Birth*. 29, 101-111.
71. Hung, C. (2007). The Psychosocial Consequences for Primiparas and Multiparas. *Kaohsiung J Med Sci*, 23, 352-360.
72. Bakshi, R., Mehta, A., Sharma, B. (2007). Tokophobia: Fear of Pregnancy and Childbirth. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*. 10, 1.

73. Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlström, A., Lundgren, I. (2011). A Longitudinal Survey of Childbirth-Related Fear and Associated Factors. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 40(5), 532-43.
74. Madazlı, R. (2005). Gebelik ve Stres. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Medikal Açından Stres ve Çareleri. Sempozyum Dizisi. 47, 61-62.
75. Dıpietro, J. (2011). Stress and Pregnancy (prenatal and perinatal): Prenatal/Perinatal Stress and Its Impact on Psychosocial Child Development (Editor: Glover, V.)
76. Çorumlu, E.P., Ulupınar, E. (2016). Prenatal Stres Maruziyetinin Nörobiyolojik Etkileri. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38 (Özel Sayı 1), 89-98.
77. Santyanarayana, V. A., Lukose, A., Srinivasan, K. (2011). Maternal Mental Health in Pregnancy and Child Behavior. *Indian J Psychiatry*, 53(4), 351–361.
78. Yanikkerem, E., Ay, S., Göker, A. (2014). Primipar ve Multipar Gebelerin Emzirme Tutumu ve Yaşadıkları Endişeler. *Van Tıp Dergisi*, 21(1), 6-16.
79. Schneider, M.L., Moore C.F. (2011). Prenatal Stress and Offspring Development in Nonhuman Primates.
80. Noyan, A. (2008). Yaşamda ve Hekimlikte Fizyoloji. Ankara: Meteksan Anonim Şirketi.
81. Guyton, A. C. Tıbbi Fizyoloji. (2007).(H. Çavuşoğlu, H., B. Ç Yeğen,Çev). Ankara: Nobel Matbaacılık. (2006).

82. Widmaier, E. P., Raff, H., Strang, K. T. (2010). Vander: İnsan Fizyolojisi. (S. Demirgören, Çev.). İzmir: Güven Kitabevi.
83. Çalık, K. Y., Aktaş, S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3, 142-162.
84. Obela, C., Hedegaarda, M., Henriksen, T. B., Secher, N. J., Olsen, J., Levine, S. (2005). Stres and Salivary Cortizol During Pregnancy. *Psychoneuroendocrinology*. 30, 647-656.
85. Field, T., Diego, M., Hernandez –Reif M. (2006). Prenatal Depression Effects on The Fetüs and Newborn: A Review. *Infant Behavior and Development*. 29, 445-455.
86. Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., DeVincent, C., Schneider, J., Meyer, B. A. (2008). Pregnancy-Specific Stress, Prenatal Health Behaviors, and Birth Outcomes. *Health Psychology*, 27(5), 604.
87. Knackstedt, MK., Hamelmann, E., Arck, PC. (2005.). Mothers in Stress: Consequences for the Offsp Ring. *am J Reprod Immunol* 54, 63-69.
88. Amiri, F. N., Mohamadpour, R., Salmalian, H., Ahmadi, A. (2010). The Association Between Prenatal Anxiety and Spontaneous Preterm Birth and Low Birth Weight. *Iranian Red Crescent Med J.*, 12(6), 650.
89. Vollebregt, K. C., Van Der Wal, M. F., Wolf, H., Vrijkotte, T. G., Boer, K., Bonsel, G. J. (2008). Is Psychosocial Stress in First Ongoing Pregnancies Associated with Pre-Eclampsia and Gestational Hypertension? *Int J Obstetr Gynaecol*. 115(5), 607–615.

90. Wisborg, K., Barklin, A., Hedegaard, M., Henriksen, T. B. (2008). Psychological Stress during Pregnancy and Stillbirth: Prospective Study. *Int J Obstetr Gynaecol.* 115(7):882–885.
91. Maxson, P., Edwards, S. E., Valentiner, E.M., Miranda, M.L. (2016). A Multidimensional Approach to Characterizing Psychosocial Health during Pregnancy. *Matern Child Health J* 20, 1103–1113.
92. Huizink, A.C. (2000). Prenatal Stress and Its Effect On Infant Development.
93. Glover, V. (2011). Stress and Pregnancy (prenatal and perinatal): The Effects of Prenatal Stress on Child Behavioural and Cognitive Outcomes Start at the Beginning.
94. Jaju, S., Al Kharusi, L., Gowri, V. (2015). Antenatal Prevalence of Fear Associated with Childbirth and Depressed Mood in Primigravid Women. *Indian Journal Of Psychiatry*, 57(2), 158-161.
95. Cimete, G. (2002). Gebelikte Madde Kullanımının Anne, Fetüs ve Yenidoğan Üzerine Etkisi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 5, Sayı: 1.
96. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Doğum Öncesi Bakım. (2016). Ankara.
97. Guardino, C. M., Schetter, C.D. (2013). Coping during Pregnancy: a Systematic Review and Recommendations.
98. Özönder, İ., Yılmaz, Y. (2011). Diyabetli Hastaların Stresle Başa Çıkma Yöntemleri
99. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Springer.

100. Türküm, S. (1999). Stresle Başaçıkma ve İyimserlik. Anadolu Üniversitesi. Eskişehir: Araştırma Fonu Yayınları, No:2.
101. Turan, Ş., Poyraz, C.A. (2015). Günlük Yaşam Stresiyle Baş Etmek İçin Kullanılan Psikoterapi Yöntemleri. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 3-(133-140).
102. Divney, A., Gordon, D., Magriples, U., Kershaw, T. (2016). Stress and Behavioral Risk among Young Expectant Couples. Journal of Adolescence, 53, 34-44.
103. Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9, 68-75.
104. Sezici, E., Başar, F., Yiğit, D., Sağlam H. Y., Çiçek, S. (2016). Anne-Bebek Bağlanması ve Etkileyen Faktörler. 1.Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi kongresi kitabı, 57-59.
105. Şen, S., Cetişli, N. E., Saruhan, A. (2012). The relationship Between Migration and Depression, Anxiety Level and Social Support in Pregnancy. International Journal of Human Sciences, 9(2), 1-13.
106. Hancock, Z. A., Mc Carty, A. N., Abrams, M. E. (1986). The prenatal period. C Edelman, Mandle CL (Eds): Health Promotion'da. Missouri, The CV Mosby, 274- 313, 36.
107. Kılıçarslan, S. (2008). Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.

108. Stevenson, W., Maton, K. I., Douglas, M. T. (1999). Social Support, Relationship Quality, and Well-Being among Pregnant Adolescents. *Journal of Adolescence* 22: 109-121
109. Parsa, P., Masumi, Z., Parsa, N., Parsa, B. (2015). Parents' Health Beliefs Influence Breastfeeding Patterns among Iranian Women. *Oman Med J* 30, 187-92.
110. Okanlı, A., Tortumluoğlu, G., Kırpınar, İ. (2003). Gebe Kadınların Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Destek İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 98-105.
111. Özer, M.A. (2012). Çalışanlar için Verimlilik Anahtarı: Stres Yönetimi. *Tühis İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 24, 45-66.
112. Urech, C., Fink, N.S., Hoesli, I., Wilhelm, F.H., Bitzer, J., Alder, J. (2010). Effects of Relaxation on Psychobiological Wellbeing during Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Psychoneuroendocrinology* 35, 1348-1355.
113. Akbayrak, T., Kaya, S.(2008). *Gebelik ve Egzersiz*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
114. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. (2014). Ankara.
115. Kamışlı, S., Karatay, G., Terzioğlu, F., Kublay, G. (2008). *Sigara ve Ruh Sağlığı*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
116. Wit, L., Jelsma, J. G. M., Poppel, M. N. M., Bogaerts, A., Simmons, D., Desoye, G. (2015). Physical Activity, Depressed Mood and Pregnancy Worries in European Obese Pregnant Women: Results from the DALI Study. Wit et al. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15:158.

117. Pottinger, A. M., Edwards, H.T., Younger, N. (2009). Detecting Depression during Pregnancy and Associated Lifestyle Practices and Concerns among Women in a Hospital-Based Obstetric Clinic in Jamaica. *General Hospital Psychiatry*. 31, 254-261.
118. Çoban, A., Yanikkerem, E. (2010). Gebelerde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi. *Ege Tıp Dergisi*, 49(2): 87-94.
119. Oğuzhanoğlu N. K, Varma Sözeri G. (2013). Gebelik Sırasında Ruhsal Hastalıkların Gidişi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3(4), 276-287.120.
120. Gillbert, E. S., Harmon, J. S. (2011). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum. (Editör: Taşkın L). Ankara: Palme Yayıncılık.
121. 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.
122. Altınçelep, F. (2011). Gebelerdeki Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul.
123. Sözeri C., Cevahir R., Şahin S., Semiz O. (2006). Gebelerin Gebelik Süreci ile İlgili Bilgi ve Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 93-104.
124. Ustunsoz, A., Guvenc, G., Akyuz, A., Oflaz, F. (2010). Comparison of Maternal-and Paternal-Fetal Attachment in Turkish Couples. *Midwifery*,26:e1-9.
125. Akcan, F., Özsoy, S.A., Erg, Ş. (2005). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Danışmanlık Becerilerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 9, Sayı: 4, 2006.

126. apık, C. (2014). İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17:4, ss:268-274.
127. Coşkun, A., Beji, N. K., Şahin, N. H., Oskay, Ü. Y., Dikencik, B.K., Yıldırım, G. ve ark. (2008). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
128. Furber CM, Garrod D, Maloney E, Lovell K, McGowan L. A Qualitative Study of Mild to Moderate Psychological Distress during Pregnancy. Int J Nurs Stud. 2009 May; 46 (5): 669-77. Epub 2009 Jan 15.
129. Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J. P., Citherlet, C., Epiney, M., Sellenet, C. (2014). Validation of the Antenatal Perceived Stress Inventory. Journal of Health Psychology, 19, 471–481.
130. Yıldız, H. (2011).Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4, 64-71.
131. Körükçü. Ö., Deliktaş, A., Aydın, R., Kabukçuoğlu, K. (2017). Gebelikte Psikososyal Sağlık Durumu ile Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Clinical and Experimental Health Sciences
132. Uçar, H. (2014). Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları ile Annelik Rolü Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
133. Elkin, N. (2015). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Bunları Etkileyen Faktörler. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg, 8(1).

134. Gözüyeşil E. Y, Şirin A. ve Çetinkaya Ş. (Nisan 2003). Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi [Poster]. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara.
135. Kartal, Y. A., Oskay, U. Y. (2017). Anxiety, Depression and Coping with Stress Styles of Pregnant Women with Preterm Labor Risk. *International Journal of Caring Sciences*, Volume 10, Issue 2, Page 716.
136. 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.
137. İnandı, T., Savaş, N., Arslan, E., Yeniçeri, A., Peker, E., Alışkın, Ö. Ve diğerleri. (2016). Hatay’da Akraba Evliliği Sıklığı, Nedenleri, Çocuk Sağlığı, İlişkilerde Mutluluk ve Yaşam Doymu. *Turk J Public Health*, 14(1).
138. Tabak, A. (2008). Endokrinoloji ve Metabolizma Polikliniğimizden Takipli Hastalarda Akraba Evliliği Sıklığı ve Akraba Evliliğini Etkileyen Faktörler. *İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.*
139. Tuncay, H. (2011). Afyonkarahisar İl Merkezinde Akraba Evliliği Sıklığı ve Tıbbi Etkileri. *Yükseklisans Tezi, Afyonkarahisar.*
140. Akbaba, M., Kis, S.U., Nazlıcan, E., Gündüz, E. (2012). Adana Havutlu Beldesinde Özürlülük Sıklığı ve Özürlülerde Akraba Evliliği Sıklığının Araştırılması. *TAF Prev Med Bull*, 11(6): 725-730.
141. *Türk Aile Yapısı Araştırması. (2016).*

142. Ortaarık, E., Tekgöz, İ., Ak, M., Kaya, E. (2012). İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilme. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1, 16-20.
143. T.C. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Evlilik Tercihleri. (2015).
144. Çimen, L. (2012). K. Bir Faktör Olarak Eğitimin Kadının Aile İçi Kararlara Katılımı Üzerine Etkisi. International Journal of New Trends in Arts, Sports & Science Education, 1, 2.
145. Yekenkunrul, D. (2011). Gebelikte Bulantı Kusma, Evlilik Uyumu ve Eş İlişkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
146. Akkaş, S. Ç. (2014). Gebelik Döneminde Eşler Arası Uyum. Adnan Menderes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Aydın
147. Demirbaş, H., Kadioğlu, H. (2014). Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Cilt: 4, Sayı: 4.
148. Daştan, N. B., Deniz, N., Şahin, B. (2015). Kars’ta Gebelerin Ev Ziyareti ile Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing, 6(2), 71-78.
149. Tortumluoğlu, G., Okanlı, A., Erci, B. (2003). Gebelerin Aile Ortamını Algılamaları ile Öz Bakım Gücü Arasında İlişki. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 1.

150. Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., Çeber, E. (2010). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2):71-76.
151. Perkin, M. R., Bland, J. M., Peacock J. L., Anderson H. R. (1993). The effect of Anxiety and Depression during Pregnancy on Obstetric Complications. *Br J Obstet Gynaecol.* 100(7):629-34.
152. Babadağlı, B. (2008). Gebelik Yaşının Gebelikte Yaşanan Fizyolojik ve Psikolojik Değişikliklere Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11: 3.
153. Demiryay, A. (2006). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel Ve Emosyonel Yakınlıklar. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.*
154. Subaşı, B., Özcan, H., Pekçetin, S., Göker, B. Ve Tunç, S., Budak, B. (2013). Doğum Eğitiminin Doğum Kaygısı ve Korkusu Üzerine Etkisi. *Selçuk Tıp Derg*, 29(4):165-167.
155. Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2015). Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara.
156. Arslan, B., Arslan, A., Kara, S., Öngel, K., Mungan M.T. (2011). Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hast Derg*, 21 (2): 79-84.
157. Taştekin, A. (2004). Evli Kadınlarda Elektif Kürtaj ve Depresyon İlişkisi. *Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.*
158. Lanier, P., Jonson-Reid, M. (2014). Comparing Primiparous and Multiparous Mothers in a Nurse Home Visiting Prevention Program. *BIRTH*, 41: 4.

159. Tunç, S. (2005). Gebelik ve Cinsel Doyum. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
160. Şahin, E.M., Kılıçarslan, S. (2010). Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Bunları Etkileyen Etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(1), 51-58.
161. Leigh, B., Milgrom, J. (2008). Risk Factors For Antenatal Depression, Postnatal Depression and Parenting Stress. BMC Psychiatry, 8(24), 24-34.
162. Er, S. (2006). Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
163. Dağlar, G., Nur, N. (2014). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi İle İlişkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 36, 429-441.
164. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial Risk Factors for Depression during Pregnancy. (2009). Acta Obstet Gynecol Scand.88:599–605.

EKLER

EK-I

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-Ölü doğum sayısı?.....

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

13-Canlı doğum sayısı?.....

14-Yaşayan çocuk sayısı?.....

15- Aile için Planlanan çocuk sayısı.....

16-Önceki doğum şekliniz nedir?

17-Tercih ettiğiniz doğum şekli nedir?

- 1-Normal doğum 2-Sezeryan

18-Gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

1. Evet 2. Hayır

19-Eşinizin gebeliğe ilk tepkisi nedir?

1. Olumlu 2.Olumsuz

20-Bebek ailenin beklediği cinsiyette mi?

1. Evet 2. Hayır

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

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

22- Gebeliğiniz boyunca düzenli sağlık kontrollerine gittiniz misiniz?

- 1.Evet 2. Hayır

23-Önceki gebeliğinizde yaşadığınız sağlık probleminiz oldu mu?

1. Evet 2. Hayır

24- Önceki gebeliklerinizde bir sağlık personelinden gebelik ile ilgili bilgi aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

25- Önceki gebeliklerinizde bir sağlık personelinden doğum ile ilgili bilgi aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

Eşinizin

32- Yaşı.....

33- Eğitim durumu

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

34- Çalışıyor mu?

- 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

35- Eşiniz ile akraba mısınız?

1. Evet 2. Hayır

36- Eşinizle uyumlu olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- 1)Uyumluyuz 2)Bazen uyumluyuz
3)Uyumsuzuz

EK-II.

DOĞUM ÖNCESİ ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

Aşağıda gebeliğiniz ile ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadelere yönelik gebelik süresince algıladığınız stres düzeyini aşağıda verilen beş kutucuktan birini seçerek belirtiniz. Lütfen her bir soru için sadece bir kutucuğu işaretleyiniz.

Başka bir probleminiz varsa lütfen belirtiniz
(.....)

İfadeler	Hiç (1)	Biraz (2)	Oldukça (3)	Çok (4)	Çok fazla (5)
1. Gebeliğim sırasında karşılaşılabileceğim sağlık sorunları konusunda stresliyim					
2. Daha önce yapabildiğim ancak gebelikte yapamadığım şeyler (sigara, alkol kullanma, dışarı çıkma, seyahat, spor vb.) konusunda stresliyim.					
3. Gebeliğim sırasında kilomda oluşacak değişiklikler konusunda stresliyim					
4. Gebeliğim sırasında kendimi yorgun hissetmem konusunda stresliyim.					
5. Gebeliğim sırasındaki ruhsal durumum ve aşırı hassasiyetim konusunda stresliyim.					
6. Doğum yapacağım zamanı bilemediğim için stresliyim.					
7. Gebeliğim sırasında eşim ile ilişkilerim konusunda stresliyim.					
8. Bebeğimin sağlığı konusunda stresliyim.					
9. Down sendromu gibi genetik bozukluklar için yapılan tarama testleri konusunda stresliyim.					
10. Ultrason çektirme konusunda stresliyim.					
11. Epidural anestezi (Belden uyuşturma) olup olmayacağı konusunda stresliyim.					
12. Epizyotomi (Dikişli doğum) uygulanırsa acı çekip çekmeyeceğim konusunda stresliyim.					

EK -III

Verilerin Normallik Dağılım Analizleri		Shapiro-Wilk		
		İstatistik	SS	p
Primipar	Medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık	0.714	58	0.000
	Gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler	0.810	58	0.000
	Doğum beklentisi	0.831	58	0.000
	Toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puanı	0.771	58	0.000
	Yaş	0.965	58	0.097
	Eş yaşı	0.980	58	0.445
	Evlilik süresi	0.816	58	0.000
	İlk evlilik yaşı	0.964	58	0.087
	Gebelik sayısı	0.564	58	0.000
	Ölü doğum sayısı	0.315	58	0.000
	Düşük küretaj sayısı	0.523	58	0.000
	Canlı doğum sayısı	0.113	58	0.000
	Planlanan çocuk sayısı	0.769	58	0.000
Multipar	Medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık	0.902	66	0.000
	Gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler	0.882	66	0.000
	Doğum beklentisi	0.845	66	0.000
	Toplam doğum öncesi algılanan stres ölçek puanı	0.909	66	0.000
	Yaş	0.979	66	0.343
	Eş yaşı	0.915	66	0.000
	Evlilik süresi	0.935	66	0.002
	İlk evlilik yaşı	0.967	66	0.078
	Gebelik sayısı	0.716	66	0.000
	Ölü doğum sayısı	0.450	66	0.000
	Düşük küretaj sayısı	0.621	66	0.000
	Canlı doğum sayısı	0.671	66	0.000
	Yasayan çocuk sayısı	0.669	66	0.000
Planlanan çocuk sayısı	0.727	66	0.000	

EK V



T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 18045924-806.01.03-E.47974
Konu : Tez Çalışma İzni

23/11/2016

SAĞLIK BAKANLIĞI ARTVİN DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
ARTVİN

Enstitümüzün Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimi yapan 127801010 nolu öğrencisi Dilek KALOĞLU BİNİCİ' nin "**Multipar ve Primipar Gebelerde Algılanan Stres ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**" konulu Yüksek Lisans tez çalışmaları ile ilgili Anabilim Dalı Başkanlığının 23.11.2016 tarih ve 47933 sayılı izin talep yazısı ve öğrenciye ait evrakların fotokopileri ekte gönderilmiştir.

Öğrencimizin Hastanenize bağlı Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniğinde çalışmalarını yapabilmesi için gerekli iznin alınmasını arz ve rica ederim.

Ek: 5

Yrd.Doç.Dr.İlyas SAYAR
Enstitü Müdürü

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre İlyas SAYAR tarafından 23.11.2016 tarihinde e-imzalanmıştır.
Adres : Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, 24030, ERZİNCAN.
Tel : (446) 224 29 10
Faks : (446) 224 18 19

EK VI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Artvin İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Artvin Devlet Hastanesi

SAYI :10833878/3445
KONU : Tez Çalışma İzni Hk.

28.11.2016

ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne
ERZİNCAN

İlgi: 23.11.2016 tarih ve E.47974 sayılı yazınız

İlgi yazınız ile Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimi yapan 127801010 no' lu öğrencisi Dilek KALOĞLU BİNİCİ' nin "Multipar ve Primipar Gebelerde Algılanan Stres ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu Yüksek Lisans tez çalışmalarını Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Opr. Dr. İbrahim DÜZCAN
Hastane Yöneticisi

Hastane Caddesi PK 08000 ARTVİN
Telefon 0 466 212 1040 – 1059

Fax (0466) 212 3423
E posta = artvindhs5@saglik.gov.tr

EK VII

Ölçek kullanım izni

Kimden : aslı sis <aslısis@hotmail.com>

24 Nis 2017 Pzt 17:58

Konu : Ölçek kullanım izni

Kime : dkaloglu@artvin.edu.tr

Sayın Kaloğlu,

Razurel ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve orjinal adı "Antenatal Perceived Stress Inventory" olan, Geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız "Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği" ni tezinizde kullanmanızdan mutluluk duyarız.

Başarılar dileriz...

Yrd.Doç.Dr. Aslı SİS ÇELİK
Araş.Gör. İlknur ATASEVER

Yrd.Doç.Dr. Aslı SİS ÇELİK
Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.



ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1981 yılında Erzurum'da doğmuştur. İlköğretim, lise ve üniversite öğrenimini Erzurum'da tamamlamıştır. 2000 yılında Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunda lisans eğitimi ne başlamıştır. Lisans eğitimi ni 2004 yılında tamamlayan araştırmacı 2004-2014 yılları arasında hemşire olarak görev yapmıştır. 2014 yılında Artvin Çoruh Üniversitesin 'de Arş. Gör. olarak başlamıştır ve halen devam etmektedir. Evlidir ve 2 çocuğu bulunmaktadır.