

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DÜŞÜK YAPAN KADINLARIN ALGILADIKLARI STRES
İLE EŞ DESTEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Emel ÖNGAY

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, 2019

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DÜŞÜK YAPAN KADINLARIN ALGILADIKLARI STRES
İLE EŞ DESTEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Emel ÖNGAY
164003150

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, 2019

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Emel ÖNGAY

Tez Savunma: 04.12.2019

Danışman : Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ

Tez Savunma Saati :13.00

Tez Konusu : *Düşük Yaşan Kadınların Algıladıkları Stres ile Eş Desteği Arasındaki İlişki*

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU 'ne OYBİRLİĞİ / GAYCOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi Elif DÖNMEZ (Sağlık Bilimleri Üni.)	KABUL	
Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ	KABUL	
Doç.Dr. Gülzade UYSAL	KABUL	

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

ÖZET

Bu araştırma, düşük yapan kadınların algıladıkları eş desteğinin kadınların algıladıkları stres düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı nitelikteki çalışmanın evrenini, Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin doğum ve kadın cerrahi 1 Şubat-1 Mayıs 2019 tarihleri arasında başvuran, 18 yaş üzeri yaş grubunda olan, okuma yazma bilen, Türkçe konuşup anlayabilen, 20'nci gebelik haftasının altında düşük yapmış, 500 gr. ve altında bebeği olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 182 kadın oluşturmuştur. Araştırma verileri, tanımlayıcı veri toplama formu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Eş Destek Ölçeği (EDÖ) ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı-yüzdeler hesaplamaları, Man Whitney U testi, Anova testi, Kruskal Wallis testi, t testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamasının $32,17 \pm 6,09$ olduğu, %72,5'inin ilk kez düşük yaptığı, %46,7'sinin düşük nedeninin bilinmediği ve %22'sinin profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu belirttiği belirlenmiştir. Kadınların ASÖ puan ortalaması $26,25 \pm 6,92$ ve EDÖ puan ortalaması $70,76 \pm 11,44$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların, öğrenim durumu, gelir düzeyi, gebeliklerinin planlı olma durumu, eşlerinin öğrenim durumu, eşleri ile ilişkileri, eşlerinin kendisine yardımcı olma durumu ve profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumu ile ASÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış ($p < 0,05$); diğer değişkenlerle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Kadınların eşleri ile ilişkileri, eşlerinin yardımcı olma durumu ve psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumu ile EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış ($p < 0,05$); diğer değişkenler ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). ASÖ ve EDÖ puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p < 0,01$). Kadınların eş destek düzeyleri azaldıkça, algıladıkları stres düzeyi artmaktadır.

Düşük yapan kadınlara bakım veren hemşireler, düşük yapan kadınların eşlerini sürece dâhil etmeli ve ailenin psiko-sosyal gereksinimlerini gidermede onlara yardımcı olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Düşük, Algılanan stres, Eş desteği.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PERCEIVED STRESS LEVEL AND SPOUSAL SUPPORT OF THE WOMEN WHO HAVE MISCARRIAGES

This study is conducted to determine the relationship between the perceived stress level and the spousal support on of the women who have miscarriages. The universe of this descriptive, cross-sectional and relationship-seeking study was 182 women who applied to Yakacık Maternity and Pediatric Hospital between 1 February and 1 May 2019, who were above 18 years of age group and literate, who could speak in Turkish and understand Turkish, who miscarried their babies before the 20th gestational week, who had babies with low weight of 500 gr. and approved to participate in the study. The research data were obtained by using descriptive data collection form, Perceived Stress Scale (PSS) and Spousal Support Scale (SSS). In the evaluation of the data, number-percentage calculations, Man Whitney U test, Anova test, Kruskal Wallis test, t test and correlation analysis were used.

The average age of the women participating in the study was 32.17 ± 6.09 , 72.5% had miscarriage for the first time, 46.7% had not known the cause of miscarriage and 22% stated that they needed professional psychological support. The mean score of PSS of the women was 26.25 ± 6.92 and the mean score of the SSS was 70.76 ± 11.44 . A statistically significant difference was found between the participants' educational status, income level, pregnancy status related to planning, their spouses' educational status, their relationship with their spouses, their spouses' support status and the need for psychological support and the mean score of PSS ($p < 0.05$); there was no statistically significant difference with other variables ($p > 0.05$). A statistically significant difference was found between the relationship of the women with their spouses, the help status of their spouses and the need for psychological support and the mean score of SSS ($p < 0.05$); there was no statistically significant difference with other variables ($p > 0.05$). There was a negatively weak correlation between the mean scores of PSS and SSS ($p < 0,01$). As the level of spousal support decreases, the perceived stress level of women increases.

Nurses, providing care for women who have miscarriages, should involve their spouses in the process and help the family in meeting their psychosocial needs.

Key words: Miscarriage, Perceived stress, Spousal support.

ÖNSÖZ

Tez çalışmam süresince, bilgi ve tecrübesini samimi bir şekilde paylaşan, çalışmanın her aşamasında büyük destek ve katkı sunan değerli tez danışmanım Sayın ***Doç. Dr. K. Derya BEYDAĞ***'a

Tüm yaşamım boyunca attığım her adımda yanımda olduğunu bildiğim ve bana her türlü desteği veren eşim ***Emrah ÖNGAY***'a, beni motive eden kızlarım ***Melis*** ve ***Masal***'a ve ***tüm aileme*** sevgi ve saygılarımla teşekkür ederim.

Emel ÖNGAY

BEYAN

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



Emel ÖNGAY

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ	iv
BEYAN	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Düşük Tanımı	4
2.2. Düşüklerin Görülme Sıklığı	5
2.3. Düşüğün Psikolojik Etkileri	6
2.4. Düşük ve Stres	7
2.5. Düşük Sonrası Sosyal Destek ve Eş Desteği.....	8
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
3.1. Araştırmanın Tipi	12
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	12
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	12
3.4. Verilerin Toplanması.....	12
3.5. Araştırmanın değişkenleri.....	14

3.6. Verilerin Analizi.....	14
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği.....	14
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	14
4. BULGULAR.....	15
5. TARTIŞMA.....	23
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	30
KAYNAKLAR	33
EKLER	40
ÖZGEÇMİŞ	46

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	15
Tablo 2. Kadınların Düşüklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımları	15
Tablo 3. Kadınların Eşlerinin Demografik Özellikleri ve Eşi İle İlişkilerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımları.....	16
Tablo 4. Kadınların Ölçek Toplam Puan Ortalamaları	17
Tablo 5. Kadınların demografik özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması	17
Tablo 6. Kadınların düşüklerine ve gebeliklerine ilişkin özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması	18
Tablo 7. Kadınların Eşlerinin Demografik Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	19
Tablo 8. Kadınların Eşleri İle İlişkilerine İlişkin Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	20
Tablo 9. Ölçekler Arasındaki Korelasyon.....	21
Tablo 10.ASÖ Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme Sonuçları	21
Tablo 11. EDÖ Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme Sonuçları	21

KISALTMALAR LİSTESİ

% : Yüzde

ark : Arkadaşları

ASÖ : Algılanan Stres Ölçeği

EDÖ : Eş Destek Ölçeği

n : Sayı

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

TNSA : Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırması



1. GİRİŞ

Kadının yaşamında önemli bir durum olan gebeliğin, sağlıklı bir anne ve fetüsle sonuçlanması beklenmektedir. Gebeliğin sağlıklı olmasında kadına ait faktörlerin yanı sıra, baba faktörü, çevre, eğitim, beslenme, sosyal ve ekonomik faktörlerde önemli rol oynar. Gebelik normal fizyolojik bir durum olmasına karşın gebelik süresince bazı komplikasyonlar gelişebilmektedir. Gebelikte ortaya çıkan bu komplikasyonlar hem gebeliğin sonucunu, hem de anne ve fetüsün sağlık ve iyiliğini de etkileyebilmektedir (1).

Gebelik komplikasyonları erken ve geç gebelik komplikasyonları olarak ikiye ayrılmaktadır. Kadınlarda ektopik gebelik ve Gestasyonel Trofoblastik hastalıklar gibi komplikasyonlar daha çok erken gebelik dönemlerinde görülürken; düşük doğum ağırlığı, preterm eylem, yaygın damar içi koagülasyon bozuklukları, hipertansif bozukluklar, erken membran rüptürü ve plasenta anomalileri gibi sorunlar geç dönem komplikasyonları olarak karşımıza çıkmaktadır. Hem erken, hem de geç dönemde görülen komplikasyonlar içinde yer alan düşükler, her beş kadından birinde görülmesi nedeniyle önemli bir sorun olarak yer almaktadır (2).

Gebeliğin 20'nci haftasından önce, 500 gramdan az embriyo veya fetüs ve eklerinin tam veya kısmi olarak uterus kavitesinin dışına atılması olayına "Düşük" denilmektedir (3). Klinik sınıflanmasına göre düşükler; spontan, habitüel, septik ve indüklenen düşük gibi farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Klinik olarak tanı konulan gebeliklerin %10-15'i düşükle sonuçlanmaktadır. Gebelik tanısı almış post implantasyon dönemi sonrası düşük sıklığı %15 civarındadır. Spontan düşüklerin etyolojilerinde %50 kromozom anomaliler yer almaktadır. 8 haftalık gestasyonunu tamamlamış 14. ve 16. haftalar arası gebeliklerin sadece %3'ü düşükte sonlanmıştır (4).

Düşükler; kadının fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak etkilenmesi nedeniyle önem taşır. Fiziksel olarak; kanama, servikal laserasyon, uterus perforasyonu, enfeksiyon, endometrit, endoparametrit ve tromboflebit gibi sorunlar olabilirken, düşük sonrası ruhsal olarak; depresyon, anksiyete, çaresizlik, suçluluk gibi sorunlar yaşanabilmektedir (5).

Sağlık personeli fiziksel sorunları yakından takip ederken, zaman zaman ruhsal sorunları ihmal edebilmektedir. Kadınların düşük sırasında ve sonrasında yaşadıkları

sorunlar farklılık göstermektedir ve anksiyete düzeyleri değişmektedir. Kadınların düşük sırasında yaşadığı sorunlar; ağrı, korku, işlemler hakkında belirsizlik duygusu, heyecan ve suçluluk duygusu olarak saptanmıştır. Düşük sonrasında ise; bebeğin kaybindan dolayı üzüntü, kendi sağlığına ilişkin endişe ve suçluluk sorunlarını yaşadıkları belirlenmiştir (5,6).

Düşük sonrası kadınların yaşadığı psikolojik sorunlar içinde yer alan anksiyete en sık görülen semptomlardandır (7-10). Bradshaw ve Slade'in (2003) yaptıkları çalışmada düşük öncesi dönemde kadınların %40-45'inin belirgin derecede anksiyete yaşadıkları, %20'sinin ise depresyon semptomları gösterdikleri ve düşük sonrası dönemde psikolojik etkilenmelerinin azalma gösterdiği fakat kadınların %30'unda bu semptomların düşükten bir ay sonra hala devam ettiğini göstermiştir. Buna karşın kadınların bir sonraki gebeliklerinde tekrar aynı süreci yaşamaya ilişkin endişe içinde olduklarını gösteren çalışmalar vardır(11).

Düşük sonrası kadınlarda; üzüntü, çaresizlik, suçluluk ve acı çekme gibi psikolojik değişiklikler olmaktadır. Düşüğün nedenleri arasında yer alan fetal anomali kadınları psikolojik olarak en çok etkileyen sorunlar arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda, fetal anomali sonrası kadınlar bu semptomları yoğun bir şekilde yaşayabilmektedir. Bunun yanı sıra düşük uygulanan bazı kadınlar bir sonraki gebelikleri ile ilgili olarak suçluluk, kızgınlık, post travmatik stres ve anksiyete yaşayabilmektedir (5,9,10). Armstrong'un (2002) çalışmasında, düşük öyküsü olan ve olmayan kadınların gebelik anksiyeteleri karşılaştırıldığında, düşük öyküsü olanların sonraki gebeliklerinde gebelik anksiyete şiddetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (12). Bunun yanı sıra başka bir çalışmada, erken dönemde düşük öyküsü bulunan kadınların sonraki gebeliklerinde yaşadıkları anksiyetenin, geç gebelik dönemine kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (13). Yapılan bir çalışmada, düşük sonrası gebe kalan kadının düşüğü bir tehdit olarak gördüğü, tehdit algısının gebelik anksiyetesini güçlü bir şekilde etkilediği ve geçmişteki düşüğün gestasyonel yaş ve fetüse yüklenen kimlikle ilişkilendirildiği saptanmıştır (14).

Düşük sonrası dönemde kadınların en yoğun yaşadıkları duygusal tepkilerden anksiyetenin azaltılmasında en önemli etkenin kadınların eşlerinden, ailelerinden arkadaşlarından ve sağlık personelinin aldıkları sosyal destek olarak görülmektedir. Yapılan çalışmalarda kadınların bu dönemde baş etme mekanizmalarının harekete

geçirilmesinin, anksiyetelerinin azaltılmasının önemi vurgulanmaktadır (15,16). Statham ve arkadaşları (2000) yaptıkları çalışmalarda düşük sürecinde kadının eşinin, diğer aile üyelerinin ve kadına bakım verenin sosyal desteğinin önemini vurgulamışlardır (17).

Yapılan çalışmalarda düşüklerin psikolojik sorunlara yol açtığı fakat fiziksel sorunlara oranla daha fazla göz ardı edilebildiği görülmüştür. Düşük yaşayan kadınların yaşadıkları anksiyete kadınların eş desteği düzeylerine yönelik yeterince çalışma bulunmaması nedeniyle bu çalışmada düşük yapan kadınların anksiyete düzeylerinin belirlenmesi ile kadınların ihtiyacı olan psikolojik desteğin ve eş destek düzeylerini belirleyerek kadının eş destek sistemlerini harekete geçirmek için gerekli müdahalelerin yapılması amaçlanmaktadır. Bu araştırma ile, düşük yapan kadınların algıladıkları stres ile eş desteği arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışma ile aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır:

- 1) Düşük yapan kadınların algıladıkları stres ve algıladıkları eş düzeyi nasıldır?
- 2) Kadınların demografik özellikleri, düşük özellikleri ve eşine ait özellikleri algıladıkları stres ve algıladıkları eş düzeylerini etkiler mi?
- 3) Kadınların algıladıkları eş desteği ile algıladıkları stres düzeyi arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Düşük Tanımı

Düşük (abortus); pelvik ağrı, uterus krampları veya sırt ağrısıyla ortaya çıkan vajinal kanama, servikal açılma, düşen ya da uygun şekilde yükselmeyen serum β -hCG düzeyi, anormal ultrason bulguları (fetal kardiyak aktivitenin alınamaması) gebeliğe dair bulgu ve semptomların tanı testleri ile karakterizedir (18,19). Chung (1999), klinik olarak tanımlanan gebeliğin fetüsün bağımsız olarak yaşayabilecek kadar gelişmesinden önce sonlanması “düşük” olarak tanımlanmaktadır (20).

New Shorter Oxford Sözlüğü’ne (2002) göre düşük, canlı bir doğumun olanaklı olmasından önce meydana gelen erken doğumdur ve bu çerçevede düşük (gebelik kaybı) ile eş anlamlıdır. Aynı zamanda fetüsün ortadan kaldırılması için yapılan indüklenmiş bir gebelik sonlandırılması anlamına da gelir (21).

Oluş Şekline Göre Düşükler şu şekilde gruplandırılmaktadır (18).

1. Spontan düşük: Herhangi bir zorlama veya müdahale (cerrahi veya medikal) olmaksızın, istenen bir gebeliğin abortusla sonlanmasıdır. Gebeliğin 20. haftasından önce en fazla görülen gebelik komplikasyonlarından biridir.

2. Tekrarlayan düşük: Genel olarak altta yatan faktörler sebebiyle tekrarlayan abortus yaşayan kadınların canlı doğum başarısı elde etme yönünde tedavi edilebilmesi şeklinde bir tanımlamayı içermektedir.

3. Zorlanmış düşük: Canlı bir fetüsün yaşaya bilirlilik seviyesine ulaşmadan cerrahi veya medikal olarak sonlandırılmasıdır. İkiye ayrılır.

a) Medikal düşük (Terapötik düşük): Gebelik annenin veya fetüsün sağlığını tehdit ediyorsa fetüs ve anne için tıbbi nedenlere bağlı olarak 20. Gebelik haftasından önce istenmeden gebeliğin sonlandırılmasıdır. Maternal ağır sistemik hastalıklar, böbrek hastalıkları, kalp hastalıkları, gebelik psikozu, sarılık, kanser veya fetüste anomali tespit edilmişse, gebelikte teratojenik ilaç kullanılmışsa, özellikle ilk üç ayda TORCH enfeksiyonu geçirilmişse, genetik hastalık tespit edilmişse, pelvise aşırı radyasyon uygulanmışsa, fenilketonüri-galaktozemi gibi doğuştan metabolik hastalıklar varsa, medikal abortus yaptırılır.

b) İstemli (Kriminal, Elektif) Düşükler: Anne veya fetüs sağlığı yönünden herhangi bir tıbbi gereklilik dışında medikal olmayan kadının kendi yöntemleri ile gebeliğini sonlandırmasıdır. Ülkemizde 1983 yılında çıkarılmış 2827 sayılı ‘nüfus planlamasına dair kanun’ ile elektif abortus ve medikal abortus şartları belirlenmiştir. 10. gebelik haftasına kadar olan gebelikler istenmediği takdirde yasal tahliye yapılabilir.

2.2.Düşüklerin Görülme Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) düşüğü 20. gebelik haftasından önce ve doğum ağırlığının 500 gr.'dan önce gebeliğin sonlanması olarak tanımlamaktadır. 2010-2014 yılları arasında dünyada yaklaşık 56 milyon (güvenli ve güvensiz) düşük meydana gelmiştir. Bu oran 15-44 yaş arası bin kadında 35 iken, tüm gebeliklerin %25'i isteyerek düşükle sonuçlanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 25 milyon kadının düşük deneyimi olduğu ve bunun 8 milyonunun tehlikeli koşullarda gerçekleştiği bildirilmiştir. Güvenli olmayan düşüklelerin yarıdan fazlası Asya bölgesindedir. Afrika ve Latin Amerika'da meydana gelen her dört düşükleten yaklaşık üçünün güvensiz koşullarda meydana geldiği bildirilmiştir. Her yıl maternal mortalitenin %4,7- %13,2'si güvenli olmayan düşüklelerden kaynaklandığı ve bu riskin Afrika'da en yüksek düzeyde olduğu tahmin edilmiştir (22).

Dünya genelinde gebeliği önleyici yöntem kullanımının artması ile istenmeyen gebeliklerin payının azalması, isteyerek düşük hızının da azalmasına neden olmaktadır (23). TNSA 2013'te %4,7'si isteyerek olmak üzere, toplamda 100 gebelikten 18,7'si düşük ile sonuçlanmıştır. Bu oran TNSA 2008'de %10'u isteyerek, %10,5'u kendiliğinden olmak üzere %20,5 olarak belirlenmiştir. Türkiye'de son 20 yılda isteyerek düşüklelerde %13 oranında azalma, ancak kendiliğinden düşük sayısında ise artış izlenmiştir. 15-49 yaş evli kadınlar arasında yapılan değerlendirmeye göre ise Türkiye'de 2013 yılında evli kadınların doğurganlık dönemleri boyunca yaklaşık %23'ünün kendiliğinden, %14'ünün isteyerek düşük yaptığı, %3,3'ünün ise ölü doğum gerçekleştirdiği saptanmıştır (23). TNSA 2018'e göre ise, evlenmiş her 5 kadından 1'i (%22) en az bir kez kendiliğinden düşük yapmıştır. Yaşam boyu yapılan ortalama kendiliğinden düşük sayısı 0,32'dir ve 100 gebelikte kendiliğinden düşük sayısı 13'tür. 2018 TNSA'nın bulguları, isteyerek düşüğü olan evlenmiş kadınların oranının %15, yaşam boyu ortalama isteyerek düşük sayısının da 0,21 olduğunu göstermiştir. Araştırma tarihinden önceki 5 yılda sonlanan gebeliklerin %6'sı isteyerek düşükle sonuçlanmıştır. Toplam isteyerek düşük hızı zaman içinde çok değişirse de (2013 TNSA'da 0,14), 30-34 yaş grubu için yaşa özel isteyerek düşük oranı, 2013 TNSA'da 1.000 kadın başına 6 iken, 2018 TNSA' da 1.000 kadın başına 10'a yükselmiştir (24).

Ülkemizde düşük görülme sıklığı ve istenmeyen gebelik prevalansı kırdan kente ve batıdan doğuya gittikçe, kadının ve eşinin eğitim düzeyi azaldıkça, yaş ilerledikçe,

sosyoekonomik durum kötüleştikçe, gebelik ve doğum sayısı arttıkça, üreme sağlığı ve aile planlaması konusunda bilgi düzeyi azaldıkça daha yüksek düzeyde gözlendiği ve sosyokültürel faktörlerden de etkilendiği belirlenmiştir (25-27).

2.3. Düşüğün Psikolojik Etkileri

Gebelik dönemi kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir dönemdir. Meydana gelen fizyolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık arasındaki çizgiyi daralttığı için her gebelik potansiyel bir risk oluşturur ve bir kriz dönemi olarak düşünülebilir (28). Tüm gebelik süresince biyolojik ve fizyolojik değişiklikler yaşamının yanında derin ve güçlü duygular ile birlikte psikolojik değişimler de yaşanır. Anne karnında gelişen bebeğin varlığı ve gebeliğe özgü olarak annede meydana gelen fizyolojik ve hormonal değişiklikler aynı zamanda psikolojik değişikliklerin kaynağını oluşturmaktadır (3, 29).

Gebelik sürecinde aniden ortaya çıkan bir kayıp veya gebelik kayıp riski insanlar için ciddi bir üzüntü kaynağıdır ve bu durum önemsizmiş gibi davranılmamalıdır. “Yas” kayıp karşısında verilen psikolojik tepki olarak tanımlanırken, “matem” ise yakınlarını kaybeden kişilerin, yaşadıkları kaybı ritüel şekilde ifade etmeleri şeklinde tanımlanmaktadır. Her ebeveyn yaşanan erken kaybın yasını tutmayabilmektedir (30). Bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada, gebelikleri düşükle sonlanan kadınların %75’inin yas tuttuğu ancak, %25’inin yaşadıkları kayba hayatta karşılaşılan deneyimlerden biri olarak değerlendirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Ailelerin yaşadığı hayal kırıklığı ve acı, özellikle de gerçekleşmesini çok istedikleri planları beklenmedik bir şekilde yok olduğunda çok keskin bir biçimde deneyimlenebilir (31). Beklenen bebeğin kaybı ile birlikte, çocuğa dair hayaller, rol beklentileri ve yapılan planlar da kaybedilmiştir (32).

Gebelik kaybı sonrası yaşanan “yas”, “depresyon” ve “anksiyete” gösterilen en yaygın tepkilerdendir. Psikiyatrik öykünün varlığı, yetersiz sosyal destek, başka bir çocuğun olmaması ve gebeliğin ilerleyen dönemlerinde gerçekleşen düşük kayıp karşısında verilen tepkinin şiddetini etkileyebilmektedir (33).

Yaşanan kayıp sonrası araştırılması ve dikkat edilmesi gereken psikolojik semptomlar şunlardır (34);

- Tehlikeli ve devam eden intihar düşünceler
- Kendini değersiz hissetme
- İnsomnia / Uykusuzluk
- Psikomotorretardasyon veya ajitasyon
- Fonksiyonel alanlarda bozulma
- İlaç ya da alkol kullanımının belirgin biçimde artması.

Gebelik kaybı yaşayan kadınlarla yapılan bir başka çalışmada, hasta tarafından fark edilmese de yaşanan kayıp sonrasında üzüntü ve post-travmatik stresin geliştirilebileceği ortaya konmuştur. Kayıp sonrası anne ve babanın yaşadığı süreçlerini karşılaştıran araştırmacılar, babaların yas sürecini daha hızlı yaşayıp sona erdirdiklerini varsaymışlardır. Baba, yas süreçlerini hızlı şekilde atlatırken bu süreçte anne yoğun bir acı içinde olabilmektedir. Böyle bir durumda, kadın birlikte olduğu erkeği soğuk ve ilgisiz olarak değerlendirebilir ve böylelikle yalnızlık hissi artabilir. Öte yandan erkek ise eşinin durumunun kalıcılığından rahatsızlık duyabilir ve duygu bozukluğu olan biri gibi değerlendirmeye başlayabilir (30,35).

2.4.Düşük ve Stres

Stres, insanların fiziksel ya da psikolojik bakımdan tehlike olarak algıladıkları olaylarla karşılaşmaları halinde meydana gelen ya da organizmanın kendine özgü bireysel bütünlüğüne ait fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlandığı, tehdit edildiği, çatışmaya düştüğü, huzursuzluk hissettiği anlarda ortaya çıkan durumu; değişme ya da uyum gerektiren herhangi bir çevresel istek ya da beklentiyi ortaya koyar (36).

Stres; fiziksel, duygusal ve ruhsal yüklemeler sonucu ortaya çıkan zorlanmalar ve gerilimler ya da bireyin sosyal ve fiziki çevreden gelen olumsuz koşullar nedeniyle göstermiş olduğu aşırı gayret olarak da tanımlanmaktadır. Stres konusuyla ilgilenen önemli bilim adamlarından biri olan Selye stresi, "Bireyin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdiği genel bir tepki" olarak tanımlamıştır (37,38).

Düşük yapan gebe ve eşi, yoğun bir stres ve anksiyete ile birlikte psikolojik stres kaynağı olan hayal kırıklığını yaşar. Çünkü gebelik, çiftler ve aile içindeki diğer bireyler için bir neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağıdır. Bir bebeğe sahip olma düşüncesi çiftlere kendini gerçekleştirme, yaşamda değer

yargılarını, sistemlerini geliştirme ve bunları aktarma duygusu verir. Bütün bu duygular yaşanırken bir anda ani bir kanama ile oluşan korku ve olumsuz atmosfer altında stres yaşayan çiftler duygusal anlamda ya kendilerine olumlu olarak sosyal destek ararlar ya da olumsuz olarak yer değiştirme, şaşkınlık ve danışmadan kaçınma şeklinde stresle başa çıkma yöntemi sergilerler. Başa çıkmanın amacı genel olarak bireyi olumsuz fiziksel ya da psikolojik sonuçlardan korumaktır (39,40).

Stres, genellikle tehlike anında ya da çok yaklaştığında değil tehlikenin yaklaşılmasının beklendiği anda en yüksek seviyede yaşanır. İnsan tehlike ile karşı karşıya geldiğinde tehlikenin kuvvetine göre onunla başa çıkacağına inandığında onunla mücadeleye girer veya başa çıkamayacağını düşündüğünde tehlikeden uzaklaşma yollarını arar. Bu nedenle bireylerin stresle etkin baş etme yollarını öğrenmesi gerekmektedir (36).

2.5. Düşük Sonrası Sosyal Destek ve Eş Desteği

Bebeklerini kaybeden ebeveynler, yaşadıkları kayıp sonrası aile ve yakınlarından destek yardım beklemektedirler. Ebeveynler desteklenmedikleri hissine kapıldıklarında kendilerini dışlanmış ve yanlış anlaşılmış olarak hissedebilmektedirler. Birçok araştırma da perinatal kaybın ardından ebeveynlerin yaşadığı sosyal dışlanmayı ortaya koymuştur. Bununla birlikte bebeklerini kaybetmemiş kişiler tarafından nasıl hissetmeleri ve davranmaları yönünde alınan tavsiyelerin ebeveynlerin öfkelenmesine neden olduğu belirtilmiştir (41).

Norveç'te 1986-1995 yılında gerçekleşen perinatal kayıplarla ilgili yapılan çalışmaların büyük bir bölümünde perinatal kayıpların gebelik anksiyetesini arttırdığı belirtilmiştir (42). Ayrıca, özellikle gebe kadınların üçüncü trimesterde daha fazla depresif semptom yaşadığı ve perinatal kaybın yaşandığı ilk bir sene içerisinde yeniden gebe kalan kadınlarda depresif semptomların daha fazla olduğu belirtilmiştir (43).

Sosyal destek, “kişiyi seven, önemseyen ve güvенеbileceği insanların varlığı ve duygusal ilgi”, “maddi destek”, “çevre hakkında bilgi” ve “onaylanma” olmak üzere dört unsuru içeren kişiler arası ilişki olarak tanımlanabilir (44). İnsan yaşamında önemli yere sahip olan sosyal destek; sağlığı yükseltme, sağlık problemlerini önleme ve çözme, stresin etkilerinden koruma ve baş etme becerilerinin güçlendirilmesinde aktif rol oynar (45).

Ateş'in (2017) aktardığına göre, Lieberman (1982) ise sosyal desteğin stres ve zor durumlar üzerindeki pozitif etkisini şöyle açıklar (40):

1. Sosyal destek, sistemleri stres verici yaşam olaylarını önler.
2. Sosyal destek, olayın algılanış biçimini değiştirip stres verici etkisini azaltır.
3. Sosyal destek, bireyin başa çıkma yollarını etkileyerek stres verici olay ve sonuç arasındaki bağlantıyı değiştirir.
4. Sosyal destek, olayların stres verici etkisini azaltarak sağlığı olumlu yönde etkiler.
5. Sosyal destek, stres verici olayın, benlik saygısı ve kendine güven üzerindeki olumsuz etkisini yok eder.

Hemen hemen her toplumda kadınlar için gebe olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda önemli bir baskı vardır. Anneliğe bir yetişkin olarak kadının yerine getirmesi gereken bir görev olarak bakılmakta ve kadınlar bu göreve yönelik sosyal olarak hazırlanmaktadır (3). Bu sosyal baskı ortamında gebelik kaybı riski yaşayan çiftler üzerinde büyük bir stres ve kaygı oluşturmaktadır. Düşük durumunda, aile büyükleri tarafından gebenin ve eşinin beklentilerine cevap verecek düzeyde sosyal destek sağlanıyorsa gebenin ve eşinin gebeliğe uyumu ve karşılaşacağı problemlerle baş etmesi kolaylaşmaktadır (46).

Sosyal desteğin en önemli işlevi, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak olayları dengeleyip ruh sağlığını korumaktır. Özellikle düşük gibi gebelik kaybı riski yaşayan çiftlerin ruh sağlığını korunması için sosyal destek sistemlerine ihtiyaçları vardır. Çünkü gebelik kadınlara ve eşlerine kendine güven, varlığını ortaya koyma, seçkinlik ve değer duygusu verir. Düşük ile birlikte bu duygular da risk altına girmiş olur. Ayrıca ailedeki bireyler kadının gebeliğini kabullenmiş ve bunu sevinçle karşılamışlarsa ve mutlu bir bekleyiş süreci içine girmişlerse bu eşler için daha da zor bir süreç olacaktır. Bu süreçte gebenin ve eşinin sosyal çevresinden destek alması anne ve bebek sağlığı ile olumlu aile içi ilişkileri açısından önemlidir (3,47).

Evlilik gibi bir bağla ortak bir hayatı yaşamaya başlayan kişiler için en yakın sosyal destek kaynağı eşi olmaktadır. Evli kişiler üzüntülerini, sevinçlerini, sıkıntılarını ve mutluluklarını eşleriyle birlikte paylaşmaktadır. Kriz ya da travma durumunda veya sevinçli bir anda en yakınlarında bulunan kişi eşleridir. Böyle bir durumda da kişiler en çok eşlerinden algıladıkları destekle kendilerini daha güçlü, daha mutlu ve iyi

hissedebilmektedirler. Çalışmalarda da, eşin sosyal destekte önemine vurgu yapılmaktadır (48-50).

Birçok yetişkin birey eşlerini temel sosyal destek kaynağı olarak algılamaktadır. Özellikle kriz dönemlerinde tüm toplumlarda en yaygın ve en önemli sosyal destek kaynağı evlilik ve aile kurumudur. Başka bir deyişle; evlilikle birlikte, eşler birbirlerinin hayatında en önemli destek kaynaklarından biri olmaktadır. Aile yaşantısından çıkan genç yetişkin kendi ailesini kurmak üzere attığı adım doğrultusunda öncelikli olarak eşinden sağlayacağı desteğin kalitesini önemsemeye başlamaktadır (51,52).

Yıldırım'ın (2004) aktardığına göre, eş desteğini eşlerin birbirlerinden aldığı sosyal destek olarak tanımlamaktadır. Curun (1996) dört farklı sosyal destek mekanizmasının evlilik kalitesine ve ilişkide kalıcılığa katkıda bulunduğunu belirtmektedir (53). Bunlar:

1. Şiddetli stres zamanlarında eşten gelen destek eşler arasındaki duygusal geri çekilmeyi ve eşlerin birbirlerinden soyutlanmasını önlemektedir.
2. Eşten gelen destek klinik olarak depresyonun başlamasını önlemektedir.
3. Eşler arasında kaçınılmaz olan anlaşmazlık durumlarında destekleyici davranışlar çatışmalarda artan olumsuzluğu önlemektedir.
4. Duygusal yakınlık eşler arasında destekleyici etkileşimlerle güçlü bir bağ haline gelmektedir.

Günsel (2013)' in aktardığına göre evli bireylerin eşlerinden algıladıkları 4 sosyal destek boyutu kısaca şöyle tanımlanabilir (54):

a) Duygusal destek: Bireyin sevilme, ilgi görme ve değerli olduğunu hissetme, anlayış görme, korunma, özen gösterilme gibi ihtiyaçlarının karşılandığını hissettiği destek boyutudur.

b) Takdir desteği: Bireyin sorunları ve kusurlarıyla olduğu gibi kabul edildiğinin ve saygı duyulduğunun belirtildiği, başkaları tarafından kişiye özgüvenini geliştirici uygun dönütler sağlandığı, kişinin kendini değerli ve yeterli hissettiği destek boyutudur.

c) Maddi destek ve bilgi desteği: Maddi boyut bireyin maddi ihtiyaçlarını karşılayabileceği, bakımı ve eğitimiyle ilgili somut yardımları aldığı destektir. Bilgi boyutu ise kişi yetersiz kaldığında rehberlik ve danışma ihtiyacının karşılandığı, kararlar alınırken bilgi verilerek, önerilerde bulunularak kişiye yardım sağlanan destektir.

d) Sosyal beraberlik desteği: Boş zamanlarını eğlenerek, rahatlayarak, sosyal ilişkiler kurarak geçirmesini, kişinin destek sağlayıcılarıyla beraberliğini sağlandığı destektir.

Gebelik yaşı ne olursa olsun genellikle bireyler gebelik kayıp riskini öğrendiği ilk anda, bir kayıp yaşadığında ve onunla ilgili hayallerini, umutlarını kaybettiklerinde yaşadığı duyguya yakın tepki verir. Bu nedenle gebelerde sosyal destek, gebelik sürecinde yaşanacak fiziksel kısıtlılıklar ve psiko-sosyal kayıplar karşısında desteklenmesi profesyonel bir yardımı gerektirir. Hemşire, bu süreçte ailenin duygularını, düşüncelerini ve endişelerini ifade etmeleri için onlara fırsat vermeli, pozitif başa çıkma stratejilerini kullanmalarına yardımcı olmalıdır. Aile içindeki ilişkileri düzenleyip çevresindeki sosyal destek sistemlerinden etkin faydalanması için aileye fırsat sunmalıdır. Bu süreçte hemşireler, hemşirelik bakımı açısından biyo-psiko-sosyal ve kültürel açıdan hasta ve ailesini değerlendirmeli, bütüncül bir yaklaşımla aile ele alınmalı; sosyal desteğin, sağlık sonuçları üzerine büyük bir etkisinin olduğu ve hastanın hastalığına ve tedavi sürecine uyum sağlamasına yardımcı olduğu unutulmamalıdır (12,13,17).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, düşük yapan kadınların algıladıkları stres ile eş desteği arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı nitelikte yapılmış bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin doğum ve kadın cerrahi servislerinde 1 Şubat- 1 Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 2018 yılının son altı ayında düşük yapan 245 kadın oluşturmuştur. Çalışmanın örnekleme, % 95 güvenilirlik aralığında (alfa 0,05), d:0,05 örneklem hatası kabul edilerek en az 135 kişi olacak şekilde hesaplanmıştır. Kayıp veriler olacağı düşünülerek, örneklem sayısını %20 fazlasının alması planlanmış ve 182 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Veri toplama tarihleri arasında, 18 yaş üzeri yaş grubunda olan, okuma yazma bilen, Türkçe konuşup anlayabilen, 20'nci gebelik haftasının altında düşük yapmış, 500 gr. ve altında bebeği olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar örnekleme dâhil edilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

İlgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu, çalışma kriterlerine benzer özellikteki beş kadına uygulanmış, anlaşılmayan ifadeler olup olmadığı değerlendirilmiş, anket formundaki tüm ifadelerin anlaşılır olması nedeniyle sorularda herhangi bir düzeltme yapılmamıştır. Araştırma verileri, Tanımlayıcı Veri Formu, Algılanan Stres Ölçeği ve Eş Destek Ölçeği ile elde edilmiştir (Ek-1).Veri toplama formu, kadınların kendilerine verilerek soruları yanıtlamaları istenmiş, daha sonra veri toplama formları geri alınmıştır. Veri toplama işlemi

kadınların tedavi ve bakımlarını aksatmayacak şekilde uygulanmış, veri toplama işlemi yaklaşık 10 dakika kadar sürmüştür.

Tanımlayıcı veri formu, araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulmuş kadınların sosyo-demografik özelliklerine, düşüğe dair özellikleri ve eşi ile ilişkisine dair soruların yer aldığı 17 soruluk bir anket formudur.

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 14 maddeden oluşan ASÖ kişinin hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Katılımcılar her maddeyi “Hiçbir zaman (0)” ile “Çok sık (4)” arasında değişen 5’li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7’si tersten puanlanmaktadır. ASÖ-14’ün puanları 0 ile 56 arasında değişmektedir. Yüksek puan kişinin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir. Ölçek Türkçe’ye Eskin, Harlak, Demirkıran ve Dereboy, (2013) tarafından uyarlanmış ve ölçeğin cronbach alpha değeri ,87 olarak bulunmuştur (55). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha güvenirlik katsayısı ,76 olarak bulunmuştur.

Eş Destek Ölçeği (EDÖ): Evli bireylerin eşlerinden aldıkları sosyal desteği ölçmek için Yıldırım (2004) tarafından geliştirilmiş, 27 maddeden oluşan, “3: Bana uygun”, “2: Bana kısmen uygun” ve “1: Bana uygun değil” seçeneklerini içeren, üçlü likert tipinde bir ölçme aracıdır. Ölçekteki sorulardan 10, 20 ve 24’ncü sorularda puanlama tersine olacak şekilde yapılmaktadır. Ölçek “duygusal destek”, “maddi yardım ve bilgi desteği”, “takdir desteği” ve “sosyal ilgi desteği” olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten en düşük 27 puan, en yüksek ise 81 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan bireyin eşinden daha fazla destek aldığını hissettiği, düşük puan alan bireyin ise eşinden daha az destek aldığını hissettiği anlamına gelmektedir. Yıldırım’ın çalışmasında ölçeğin cronbach alpha katsayısı ,95 olarak bulunmuştur (53). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha güvenirlik katsayısı ,95 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Algılanan Stres Ölçeği ve Eş Destek Ölçeği puan ortalaması

Bağımsız Değişkenler: Kadınların sosyo-demografik özellikleri, düşüğe ilişkin özellikleri ve eş özellikleri

3.6. Verilerin Analizi

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

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği

Araştırma, çalışmanın yapıldığı hastaneye başvuran kadınların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır. Çalışmanın tek bir hastanede yapılmış olması ve kadınların kendi bildirimlerine dayalı olması çalışmanın sınırlılıklarındadır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama işlemi öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurul Onayı (Ek-2) alınmıştır. Etik kurul onayı sonrasında, araştırmanın yapılacağı hastaneden gerekli izin alınmıştır (Ek-3). Araştırma kapsamına alınan kadınlara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılmada gönüllük esası olduğu belirtilerek ve çalışma öncesinde yazılı onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan kadınların ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 1. Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişkenler	n	%	
Yaş ortalaması 32,17±6,09 (min:19, maks: 50)			
Yaş grubu	19-32 yaş	98	53,8
	33 yaş ve üzeri	84	46,2
Öğrenim durumu	İlkokul	100	54,9
	Lise	46	25,3
	Üniversite	36	19,8
Çalışma durumu	Çalışıyor	49	26,9
	Çalışmıyor	133	73,1
Gelir düzeyi	Düşük	26	14,3
	Orta ve üzeri	156	85,7
Başka çocuğu olma durumu	Var	154	84,6
	Yok	28	15,4
	Toplam	182	100,0

Araştırmaya katılan kadınların demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Kadınların yaş ortalaması 32,17±6,09 (min:19, maks: 50), %53,8’i 19-32 yaş arasında, %54,9’u ilköğretim mezunu ve %73,1’i bir işte çalışmamaktadır. Kadınların %85,7’si gelir durumun orta ve üzeri olduğunu ve %84,6’sı başka çocuğu olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 2. Kadınların Düşüklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımları

Değişkenler	n	%	
Düşük sayısı	1 kez	132	72,5
	2 kez ve üzeri	50	27,5
Düşük nedeni	Bebek kalp atımının durması	84	46,2
	Genetik problemler	13	7,1
	Nedeni belirlenemeyen	85	46,7
Gebeliğin planlı olma durumu	Planlı gebelik	144	79,1
	Plansız gebelik	38	20,9
	Toplam	182	100,0

Araştırmaya katılan kadınların düşüklerine ilişkin özelliklerinin dağılım Tablo 2’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %72,5’inin ilk kez düşük yaptığı, %46,7’sinin düşük nedeninin bilinmediği ve %79,1’inin gebeliğinin planlı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Kadınların Eşlerinin Demografik Özellikleri ve Eşi İle İlişkilerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımları

Değişkenler	n	%	
Eş yaş ortalaması 35,98±6,52 (min:23, maks: 56)			
Eşin yaş grubu	23-36 yaş	95	52,2
	37 yaş ve üzeri	87	47,8
Öğrenim durumu	İlkokul	79	43,4
	Lise	65	35,7
	Üniversite	38	20,9
Eşi ile arasında yaş farkı olma durumu	Aynı yaşta ya da küçük	22	19,8
	Eşi kendinden büyük	146	80,2
Eşi ile arasında akrabalık olma durumu	Var	34	18,7
	Yok	148	81,3
Algılanan eş ilişkisi	İyi	150	82,4
	Orta	32	17,6
Evlilik şekli	Anlaşarak	111	61,0
	Görücü usulü	71	39,0
Evlilik süresi	0-5 yıl	53	29,1
	6-10 yıl	55	30,2
	11 yıl ve üzeri	74	40,7
Eşin kendisine yardımcı olma durumu	Her zaman	83	45,6
	Bazen	71	39,0
	Hiç	28	15,4
Profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünme durumu	Var	40	22,0
	Yok	142	78,0
	Toplam	182	100,0

Kadınların eşlerinin demografik özellikleri ve eşi ile ilişkilerine ilişkin özelliklerinin dağılımları Tablo 3’te gösterilmiştir. Eşlerin yaş ortalamasının 35,98±6,52 (min:23, maks: 56) olduğu, %52,2’sinin 23-36 yaş grubunda olduğu ve %43,4’ünün ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %80,2’sinin eşinin kendinden yaşça büyük olduğu, %18,7’sini eşi ile arasında akrabalık olduğu, %82,4’ünün eşi ile ilişkisinin iyi olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %61’i eşi ile anlaşarak evlendiğini, %40,7’si 11 yıl ve üzeri süredir evli olduğunu, %15,4’ü eşinin kendisine hiç yardımcı olmadığını ve %22’si profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4. Kadınların Ölçek Toplam Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları ve Toplam Ölçek	Ort	Ss	Min.	Max.
Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)	26,25	6,92	11	47
Eş Destek Ölçeği (EDÖ) Toplam	70,76	11,44	27	81

Kadınların ölçek toplam ve alt boyutları puan ortalaması Tablo 4'te gösterilmiştir. Kadınların ASÖ puan ortalaması 26,25±6,92 ve EDÖ puan ortalaması 70,76±11,44 olarak bulunmuştur.

Tablo 5. Kadınların demografik özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	n	ASÖ Ort± SS	EDÖ Ort± SS
Yaş Grubu			
19-32 yaş	98	26,08±6,94	71,97±10,17
33 yaş ve üzeri	84	26,46±6,92	69,35±12,68
<i>İstatistiksel test</i>	t	-,371	1,547
	p	,711	,124
Öğrenim durumu			
İlkokul ^a	100	27,39±6,75	71,68±8,86
Lise ^b	46	26,97±7,06	68,17±14,43
Üniversite ^c	36	23,69±6,61	71,55±13,23
<i>İstatistiksel test</i>	F	4,040	1,595
	p	,019 a>b,c	,206
Çalışma durumu			
Çalışıyor	49	25,12±7,10	71,57±12,25
Çalışmıyor	133	26,67±6,83	70,47±11,16
<i>İstatistiksel test</i>	t	-1,347	,573
	p	,180	,567
Gelir düzeyi			
Düşük	26	29,65±8,21	67,73±11,93
Orta ve üzeri	156	25,69±6,54	71,27±11,31
<i>İstatistiksel test</i>	Z	-2,619	-1,646
	p	,009	,100
Çocuğu olma durumu			
Var	154	26,33±7,17	70,32±11,84
Yok	28	25,82±5,37	73,21±8,65
<i>İstatistiksel test</i>	Z	-,189	-1,436
	p	,850	,151

*t: t testi, F: Anova testi, Z: Man Whitney U testi

Kadınların demografik özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir. Katılımcıların, öğrenim durumu ve gelir düzeyi ile ASÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$); diğer değişkenlerle istatistiksel olarak anlamlı farklılık

bulunmamıştır($p>0,05$).Katılımcılardan ilkokul mezunu olanların ve gelir düzeyi düşük olanların stres düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur.

Katılımcıların yaş grubu, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi ve çocuğu olma durumu ile EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. Kadınların düşüklerine ve gebeliklerine ilişkin özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	n	ASÖ Ort± SS	EDÖ Ort± SS
Düşük sayısı			
1 kez	132	26,79±6,79	70,78±11,90
2 kez ve üzeri	50	24,84±7,12	70,74±10,23
<i>İstatistiksel test</i>	t	1,710	,021
	p	,089	,983
Düşük nedeni			
Bebek kalp atımının durması	84	26,86±7,58	69,53±12,60
Genetik problemler	13	28,92±6,53	65,30±15,64
Nedeni belirlenemeyen	85	25,24±6,14	72,82±8,93
<i>İstatistiksel test</i>	KW	4,003	4,801
	p	,135	,091
Gebeliğin planlı olma durumu			
Planlı gebelik	144	25,62±7,01	71,30±11,52
Plansız gebelik	38	28,65±6,05	68,73±11,05
<i>İstatistiksel test</i>	t	-2,435	1,233
	p	,016	,219

**t*: t testi, *KW*: Kruskal Wallis testi

Kadınların düşüklerine ilişkin özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6'da gösterilmiştir. Katılımcıların, gebeliklerinin planlı olma durumu ile ASÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$); düşük sayısı ve düşük nedeni ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Kadınların düşüklerine ve gebeliğe ilişkin özelliklerini ile EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7. Kadınların Eşlerinin Demografik Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	n	ASÖ Ort± SS	EDÖ Ort± SS
Eşin yaş grubu			
23-36 yaş	95	25,97±6,31	71,61±9,45
37 yaş ve üzeri	87	26,56±7,55	69,85±13,27
<i>İstatistiksel test</i>	t	-,568	1,037
	p	,571	,301
Eşin öğrenim durumu			
İlkokul ^a	79	27,12±6,37	70,88±10,88
Lise ^b	65	26,78±7,56	70,09±10,99
Üniversite ^c	38	23,55±6,33	71,68±13,43
<i>İstatistiksel test</i>	F	3,829	,237
	p	,024 a>b>c	,789
Eşi ile arasında yaş farkı olma durumu			
Aynı yaşta ya da kendinden küçük	36	26,75±6,65	71,66±8,94
Eşi kendinden büyük	146	26,13±7,00	70,54±11,99
<i>İstatistiksel test</i>	t	,475	,524
	p	,635	,601
Eşi ile akrabalık durumu			
Var	34	24,88±6,94	69,14±13,27
Yok	148	26,57±6,90	71,14±10,99
<i>İstatistiksel test</i>	t	-1,288	-,916
	p	,199	,361

**t*: t testi, *F*: Anova testi

Kadınların eşlerinin demografik özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7’de gösterilmiştir. Kadınların eşlerinin öğrenim durumu ile ASÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$); eşin yaşı, eş ile arasında yaş farkı olma durumu ve akrabalık durumu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Kadınlardan eşleri ilköğretim mezunu olanların stres düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur. Kadınların eşlerinin demografik özelliklerine göre EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8. Kadınların Eşleri İle İlişkilerine İlişkin Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	n	ASÖ Ort± SS	EDÖ Ort± SS
Algılanan eş ilişkisi			
İyi	150	25,43±6,73	73,32±7,74
Orta	32	30,12±6,57	58,81±17,23
<i>İstatistiksel test</i>	t	-3,594	7,419
	p	,000	,000
Evlilik şekli			
Anlaşarak	111	25,70±6,76	71,31±11,16
Görücü usulü	71	27,12±7,11	69,91±11,88
<i>İstatistiksel test</i>	t	-1,357	,804
	p	,176	,422
Evlilik süresi			
0-5 yıl	53	26,37±6,11	72,35±9,16
6-10 yıl	55	27,32±6,54	69,67±13,16
11 yıl ve üzeri	74	25,37±7,66	70,44±11,56
<i>İstatistiksel test</i>	F	1,266	,791
	p	,285	,455
Eşin kendisine yardımcı olma durumu			
Her zaman ^a	83	26,32±6,36	75,83±6,66
Bazen ^b	71	24,90±6,79	70,07±9,19
Hiç ^c	28	30,35±6,97	57,53±16,17
<i>İstatistiksel test</i>	KW	13,907	50,774
	p	,001 c>a,b	,000 a>b>c
Profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacıolduğunu düşünme durumu			
Var	40	30,37±7,09	62,20±15,12
Yok	142	25,09±6,43	73,18±8,83
<i>İstatistiksel test</i>	t	4,477	-5,830
	p	,000	,000

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

Kadınların eşleri ile ilişkilerinin özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 8'de gösterilmiştir. Kadınların eşleri ile ilişkileri, eşlerinin kendisine yardımcı olma durumu ve profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumu ile ASÖ ve EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$); diğer değişkenler ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).Kadınlardan eşi ile ilişkisi iyi olanların, eşi her zaman kendisine yardımcı olanların ve profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacı olmayanların stres düzeyleri daha düşük ve algıladıkları eş desteği daha yüksek olarak bulunmuştur.

Tablo 9. Ölçekler Arasındaki Korelasyon

Ölçekler		Eş Destek Ölçeği Toplam
Algılanan Stres Ölçeği	r_s	-,362
	p	,000

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

Ölçeklerin puan ortalaması arasındaki korelasyon Tablo 9’da gösterilmiştir. Ölçeklerin puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p < 0,01$). Kadınların eş destek düzeyleri azaldıkça, algıladıkları stres düzeyi artmaktadır.

Tablo 10. ASÖ Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme Sonuçları

Değişkenler	β	t	p	F	Model (p)	R ² (%95 GA)
Gebeliğin planlı olma durumu	,148	2,145	,033	3,523	0,000	0,529
Eşi ile akraba olma durumu	,155	2,150	,033			
Eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu	,152	2,052	,042			
Eşin kendisine yardımcı olma durumu	,187	2,321	,022			
Profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumu	-,201	-2,762	,006			

Lineer regresyon uygulanarak ASÖ’ni bağımsız değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda $F=3,523$ $p < 0,05$ $R^2=,529$ olarak bulunmuş, ASÖ toplam varyansın %52’sinin bu değişkenlerce açıklandığı görülmüştür. Gebeliğin planlı olma durumu, eşi ile akrabalık olma durumu, eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu, eşin kendisine yardımcı olma durumu ve profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumunun ASÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür.

Tablo 11. EDÖ Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Çözümleme Sonuçları

Değişkenler	β	t	p	F	Model (p)	R ² (%95 GA)
Eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu	-,337	-5,273	,000	7,668	,000	,688
Eşin kendisine yardımcı olma durumu	-,353	-5,111	,000			
Profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumu	,245	3,915	,000			

Lineer regresyon uygulanarak EDÖ'ni bağımsız değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda $F=7,668$ $p<0,05$ $R^2=,688$ olarak bulunmuş, EDÖ toplam varyansın %68'inin bu değişkenlerce açıklandığı görülmüştür. Eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu, eşin kendisine yardımcı olma durumu ve profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumunun ASÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde, düşük yapan kadınların algıladıkları eş desteğinin kadınların algıladıkları stres düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatürden faydalanarak yorumlanmış ve tartışılmıştır.

Kadınların ASÖ puan ortalaması $26,25\pm 6,92$ ve EDÖ puan ortalaması $70,76\pm 11,44$ olarak bulunmuştur (Tablo 4). Ölçeklerden alınan puan ortalamalarına göre, kadınların stres düzeylerinin orta seviyede olduğu, eş desteklerinin ise yüksek olduğu söylenebilir. Düşük yapmak, kadınlar için kayıp ve kriz duygularının yaşanmasına neden olan stresli bir durumdur. Böyle bir durumla karşı karşıya kalan kadınların, stres yaşamları beklenen bir durumdur. Stresli durumlarda eş ve aileden alınan destek, kadının baş etme sürecinde ve günlük yaşama yeniden uyum sağlamasında etkili olacaktır. Literatürde algılanan stres düzeyi ile ilgili olarak çalışma bulgusu ile benzerlik gösteren sonuçlar yer almaktadır. Pınar ve ark.'nın (2014) gebelerde yaptığı çalışmada algılanan stres ortalamasının $25,30\pm 5,04$ olduğu saptanmıştır (56). Öztürk'ün (2019) çalışmasında da premenstrual sendromlu kadınların ASÖ puan ortalaması $27,9\pm 7,3$ olarak bulunmuştur (57). Çalışma bulgusundan farklı olarak, Uras'ın (2019) jinekolojik kanserli kadınlarda yaptığı çalışmada ASÖ puanlarının ortalamasının ($34,56\pm 8,27$) orta seviyenin üzerinde olduğu belirlenmiş, kanser tanısı almanın, hastalık nedeniyle kemoterapi tedavisi görmenin hastalar için stres yaratan bir durum olduğu belirtilmiştir (58). Erol'un (2009) kemoterapi alan hastalarda yaptığı çalışmada algılanan stres puanları ($29,27\pm 5,88$) orta seviyenin üzerinde olarak bulunmuştur (59). Bu sonuç, kronik hastalığı olan bireylerle yapılmış olmasının dolayı, stres düzeyinin çalışma bulgumuzdan daha yüksek olduğu düşünülmüştür.

Eş desteği düzeyi ile ilgili olarak literatürde çalışma bulgusu ile benzerlik gösteren sonuçlar yer almaktadır. Murat'ın (2019), Multiple Sklerozlu (MS) kadınlarda yaptığı çalışmada, kadınların EDÖ puan ortalaması $66,37\pm 15,10$ olarak bulunmuş ve eş desteği düzeyinin yüksek olduğu belirtilmiştir (60). Günsel'in (2013) yapmış olduğu çalışmada evli bireylerin eş desteği ölçek puanı ortalaması $53,70\pm 9,20$ olarak bulunmuş olup eş desteği algılarının yüksek olduğu saptanmıştır (54). Yuca'nın (2019) yapmış olduğu çalışmada EDÖ puan ortalaması $61,96\pm 12,71$ olarak bulunmuş olup, eş desteği

algılarının yüksek olduğu saptanmıştır (61). Akyıldız'ın (2019), yas yaşayan bireylerle yaptığı çalışmada EDÖ puan ortalaması $65,50 \pm 12,20$ olarak bulunmuştur (62).

Katılımcıların, *öğrenim durumu ve gelir düzeyi* ile ASÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış ($p < 0,05$); diğer değişkenlerle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Katılımcılardan ilkokul mezunu olanların ve gelir düzeyi düşük olanların stres düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 5). Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin bilgi arama davranışlarının sınırlı olmasının stres düzeylerini arttırdığı, düşük gelir düzeyinde olmanın da tedavi ve sağlık arama davranışlarında yetersizlik yaşayacağı düşüncesinin stres düzeylerini etkilediği şeklinde yorumlanmıştır. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Pınar ve ark.'nın (2014), gebelerde yaptığı çalışmada gebelerin yaşı, çalışma durumu ve eğitim durumu ile algılanan stres puanı arasında anlamlı farklılık saptanmamış, ekonomik durumunun kötü olduğunu belirtenlerin stres düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur (56). Özçetin ve Erkan'ın (2019), yüksek riskli gebelerde yaptığı çalışmada, gebelerin eğitim düzeyi ile algılanan stres arasında anlamlı farklılık saptanmış, eğitim düzeyi düşük olan gebelerin stresi daha yüksek bulunmuştur. Çalışma durumunun algılanan stresi etkilemediği belirlenmiştir (63). Çalışma bulgusundan farklı olarak, Eroğlu ve Güdücü'nün (2018), hamile kadınlarda yaptığı çalışmada, gelir düzeyinin algılanan stresi etkilemediği belirlenmiştir (64). Uras'ın (2019) jinekolojik kanserli kadınlarda yaptığı çalışmada yaş grubu, öğrenim durumu, medeni durum, gelir durumu, çalışma durumu, sosyal güvence ile ASÖ toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışma sonucunda, anlamlı farklılık bulunmasa da üniversite mezunu olan hastalarda algılanan stres düzeyi daha düşük bulunmuş, eğitim seviyesi arttıkça algılanan stresin düştüğü belirtilmiştir (58). Heslop ve arkadaşlarının koroner kalp hastaları ile yaptığı çalışmada gelir düzeyi yüksek olan hastaların algılanan stres düzeyini düşük olduğu belirlenmiştir (65).

Katılımcıların *yaş grubu, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi ve çocuğu olma durumu* ile EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 5). Bu sonuç, eş desteğinin tüm yaş grubu ve sosyo-ekonomik değişkenlerde farklılık oluşturmadığını göstermektedir. Literatürde, gebelikte algılanan eş desteğini yönelik sonuçlara rastlanmamış, farklı sağlık sorunu olan kadınlarda eş desteğinin incelendiği sonuçlara ulaşılmıştır. Yuca'nın (2019) kalp

hastası kadınlarda yaptığı çalışmada, kadınların yaş grubu ve gelir durumu ile EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (61). Murat'ın (2019), Multiple Sklerozlu (MS) kadınlarda yaptığı çalışmada, kadınların çalışma durumu ve gelir durumu ile EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış, diğer değişkenlerle anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kadınlardan bir işte çalıştığını ve gelir düzeyinin yüksek olduğunu ifade edenlerin eş destek düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur (60). Kaniğ ve Eroğlu'nun (2019) gebelerde yaptıkları çalışmada, yaştan algılanan sosyal desteği etkilemediği, ancak eğitim, çalışma durumu ve gelir durumunun algılanan sosyal desteği etkilediği belirtilmiştir (66).

Katılımcıların, *gebeliklerinin planlı olma durumu* ile ASÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$); *düşük sayısı ve düşük nedeni* ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Plansız gebeliği olan kadınların algılanan stres düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuç, her ne kadar gebelik başlangıçta plansızda olsa, kadınların gebeliği öğrenmeleri ile birlikte gebeliği kabul ettikleri ve sürdürmeyi istediklerini düşündürmüştür. Literatürde farklı sonuçlar yer almaktadır. Pınar ve ark.'nın (2014), gebelerde yaptığı çalışmada gebelerin gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ve gebeliklerin planlı olma durumu ile algılanan stres puanı arasında anlamlı farklılık saptanmış, gebelik trimestırı, abortus sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile anlamlı farklılık saptanmamıştır (56). Özçetin ve Erkan'ın (2019), yüksek riskli gebelerde yaptığı çalışmada, gebelik sayısının algılanan stresi etkilemediği belirlenmiştir (63). Eroğlu ve Güdücü'nin (2018), hamile kadınlarda yaptığı çalışmada, gebelik sayısının algılanan stresi etkilemediği belirlenmiştir (64).

Kadınların *düşüklerine ve gebeliğe ilişkin özellikleri* ile EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6). Bu sonuç, kadınların ister ilk kez, isterse birden çok kez düşük deneyimi yaşamış olmasının her seferinde bir kriz durumu olarak algılandığı ve eşlerinin desteğinin bu süreçlerde değişmediğini düşündürmüştür. Literatürde, eş desteğine yönelik sonuçlara rastlanmamış, algılanan sosyal destek ile ilgili çalışma sonuçlarına ulaşılmıştır. Kaniğ ve Eroğlu'nun (2019) gebelerde yaptıkları çalışmada, gebelik sayısının algılanan sosyal desteği etkilemediği ancak gebeliğin planlanma durumunun algılanan sosyal desteği etkilediği belirtilmiştir (66). Ölçer ve ark.'nın (2016), yüksek riskli gebeler ile yaptıkları çalışmada, gebelik, doğum, yaşayan çocuk sayısı ve abortus varlığının, algılanan sosyal

desteği etkilediği, gebeliğin planlı olma durumunun algılanan stres düzeyi üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir (67).

Kadınların *eşlerinin öğrenim durumu* ile AS  puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$); *eşin yaş grubu, eş ile yaş farkı olma durumu ve akrabalık durumu* ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Kadınlardan eşleri ilkokul mezunu olanların stres düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuç, düşük eğitim düzeyinde olan eşlerin, düşük sırasında ve sonrasında nelere dikkat edilmesine yönelik bilgilerinin olmadığı ve durumunda stres düzeylerini etkilediğini d ş nd rm ştir. Diğer değişkenler açısından ise, erkeklerin bu süreçte empati yapamadıkları, eşlerinin yaşamış oldukları kriz durumuna dahil olmadıkları şeklinde yorumlanmıştır.

Kadınların *eşlerinin demografik özelliklerine* göre ED  puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7). Bu sonuç, eşlerin bireysel özelliklerinin eş desteği üzerinde etkili olmadığını göstermiştir. Erkeklerin eşlerinin yaşadıkları sürece dahil olmadıkları şeklinde yorumlanmıştır. Farklı hastalığı olan kadınlarda eş desteğine yönelik yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yuca'nın (2019) kalp hastası kadınlarda yaptığı çalışmada, kadınların eşinin öğrenim durumu, eşi ile akraba olma durumu ve eşi ile arasında yaş farkı olma durumu ile ED  puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (61). Kanığ ve Eroğlu'nun (2019) gebelerde yaptıkları çalışmada, evlilik süresi ve eş öğrenim durumunun algılanan sosyal destek düzeyini etkilediği belirlenmiştir (66). Çalışma bulgusundan farklı olarak, Murat'ın (2019), Multiple Sklerozlu (MS) kadınlarda yaptığı çalışmada, kadınların eşlerinin öğrenim durumu, evlenme şekli, eş ile ilişkisinin nasıl olduğu, eşin günlük işlerde ve ocuk bakımında yardımcı olma durumu ile ED  puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış, eşi  niversite mezunu olanların, eşi ile anlaşarak evlenen, eşi ile ilişkisinin iyi olduğunu belirten, eşinin her zaman günlük işlerde ve ocuk bakımında yardımcı olduğunu belirtenlerin eş desteği daha yüksek olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada, eşler arası yaş farkı değişkenine göre evli kişilerin algıladıkları eş destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (60). Akbay'ın (2014) yapmış olduğu çalışmada eşinin eğitim durumu lisansüstü olan lohusa grubunun eş desteği puanı en yüksek çıkmıştır. Tanışıp anlaşarak evlilik yapan lohusa grubunun

puanları, görücü usulü evlilik yapan lohusa grubuna göre, eş desteği ölçeği ve eş desteği alt boyutları bakımından fazla çıkmıştır. Anlaşma durumu iyi olan lohusaların eş desteği ortalama puanı diğerlerinden yüksek bulunmuştur (68).

Kadınların *eşleri ile ilişkileri, eşlerinin kendisine yardımcı olma durumu ve psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumu* ile ASÖ ve EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$); diğer değişkenler ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Kadınlardan eşi ile ilişkisi iyi olanların, eşi her zaman yardımcı olanların ve psikolojik desteğe ihtiyacı olmayanların stres düzeyleri daha düşük ve algıladıkları eş desteği daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 8). Bu sonuç, eşinden destek gördüğünü ifade eden kadınların, eşlerinin yaşadıkları strese ortak olarak, onların yaşamış olduğu stres düzeyini azalttığı şeklinde yorumlanmıştır. Aile yaşamının her döneminde sosyal destek önemli olmakla birlikte stres durumları karşısında, ailede özellikle eşlerin birbirlerine karşı destekleyici davranmaları, stresle başa çıkabilmelerinde son derecede önemlidir. Kuşkusuz, sağlıklı bir aile yapısının oluşturulması ve sürdürülebilmesi, eşler arasındaki ilişkinin saygı ve sevgi temeline dayalı olması ile ve her şeyden önce eşlerin birbirlerine karşı destekleyici davranmalarıyla mümkün olabilir. Sağlıklı bir aile yapısının olduğu ortamda, birbirine karşı destekleyici davranan eşler, hem kendi hem de eşlerinin ruh ve beden sağlıklarının korunmasına katkıda bulunabilirler (53). Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Yuca'nın (2019) kalp hastası kadınlarda yaptığı çalışmada, kadınların eşinin yaşı, evlenme şekli, evlilik süresi, algılanan eşler arası ilişki, eşin günlük işlerde yardımcı olma durumu ile EDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (61). Tiryaki ve ark. (2010), eşlerin, tedavi ile ilgili birtakım kararları alırken hastaların yanlarında bulunması, günlük yaşamın getirdiği sorumlulukları paylaşması ya da eş tedavi sürecinde iken ailenin devamı için hasta eşin sorumluluklarını üstlenmesinin hastanın bu deneyimde kendisine destek olunduğunu algılamasını sağladığı, eşi tarafından desteklendiğini algılayan hastaların hastalıkla daha etkin baş edebildiklerini belirtmiştir (69). Murat'ın (2019) çalışmasında, *psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumu* ile EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$), psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını düşünen kadınların eş destek düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (60). Dinçer (2018), yüksek riskli gebelerle yaptıkları çalışmada da, gebelerin gebelik süresince

duygu durumlarını etkileyen en önemli faktörlerden birinin eş desteği olduğu ve gebelerin çoğunluğunun eşinden destek gördüğünü ifade ettikleri belirtilmiştir (70).

Ölçeklerin puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p<0,01$). Kadınların eş destek düzeyleri azaldıkça, algıladıkları stres düzeyi artmaktadır (Tablo 9). Bu sonuç, eşlerin yaşanan kriz durumlarında birbirlerine olan desteğinin artmasının, yaşanan stres düzeyini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Araştırmalar uygun eşsel duygusal desteğin, depresyona dönüşebilecek stresli yaşantıların önlenmesinde oldukça yararlı olduğunu da göstermektedir (71). Cotton (1999), evlilikte artan sosyal destek ağının, eşlerin psikolojik yararlarını arttırdığını göstermektedir. Destekleyici bir evlilik ilişkisinin varlığı evlilikte eşin stres yaşamaya yatkınlığını ve depresyona karşı korunmasızlığını azaltmakla da ilişkili bulunmuştur (72).

Lineer regresyon uygulanarak ASÖ'ni bağımsız değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda $F=3,523$ $p<0,05$ $R^2=,529$ olarak bulunmuş, ASÖ toplam varyansın %52'sinin bu değişkenlerce açıklandığı görülmüştür. Gebeliğin planlı olma durumu, eşi ile akrabalık olma durumu, eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu, eşin kendisine yardımcı olma durumu ve profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumunun ASÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür (Tablo 10). Bu sonuçlar, gebeliği plansız olan, eşi ile akrabalığı olmayan, eşi ile ilişki düzeyini orta olarak belirten ve eşi kendisine hiç yardımcı olmayan kadınların stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını belirtenlerin stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Her ne kadar kadın, desteğe ihtiyacı olmadığını ifade etmiş olsa da, aslında kadınların destek almaya ihtiyacı olduğunu ortaya çıkartmıştır.

Lineer regresyon uygulanarak EDÖ'ni bağımsız değişkenlerinin ne ölçüde yordadığı belirlenmiş ve bu işlemin sonucunda $F=7,668$ $p<0,05$ $R^2=,688$ olarak bulunmuş, EDÖ toplam varyansın %68'inin bu değişkenlerce açıklandığı görülmüştür. Eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu, eşin kendisine yardımcı olma durumu ve profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumunun EDÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür (Tablo 11). Bu sonuç, eşi ile ilişkisinin iyi olduğunu söyleyen ve eşinin her zaman kendisine yardımcı olduğunu belirten kadınların daha fazla eş desteğine gereksinim hissettiğini, profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını

belirtenlerin eş desteğinin daha iyi olduğunu göstermiştir. Literatürde başka sağlık sorunu olan kadınlarda yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Murat'ın çalışmasında (2019), eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu ve eşin günlük işlerde yardımcı olma durumunun EDÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür (60). Yuca'nın (2019) kalp hastası kadınlarla yaptığı çalışmada da, eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu ve psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünme durumunun EDÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür (61).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Düşük yapan kadınların algıladıkları stres ile eş desteği arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Kadınların yaş ortalaması $32,17 \pm 6,09$ (min:19, maks: 50), %54,9'u ilköğretim mezunu ve %73,1'i bir işte çalışmamaktadır. Kadınların %85,7'si gelir durumun orta ve üzeri olduğunu ve %84,6'sı çocuğu olduğunu ifade etmiştir.
- Kadınların %72,5'inin ilk kez düşük yaptığı, %46,7'sinin düşük nedeninin bilinmediği ve %79,1'inin gebeliğinin planlı olduğu belirlenmiştir.
- Eşlerin yaş ortalamasının $35,98 \pm 6,52$ (min:23, maks: 56) olduğu ve %43,4'ünün ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %80,2'sinin eşinin kendinden yaşça büyük olduğu, %18,7'sini eşi ile arasında akrabalık olduğu, %82,4'ünün eşi ile ilişkisinin iyi olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların %61'i eşi ile anlaşarak evlendiğini, %40,7'si 11 yıl ve üzeri süredir evli olduğunu, %15,4'ü eşinin kendisine hiç yardımcı olmadığını ve %22'si psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir.
- Kadınların ASÖ puan ortalaması $26,25 \pm 6,92$ ve EDÖ puan ortalaması $70,76 \pm 11,44$ olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların, öğrenim durumu ve gelir düzeyi ile ASÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış ($p < 0,05$); diğer değişkenlerle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Katılımcılardan ilköğretim mezunu olanların ve gelir düzeyi düşük olanların stres düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların yaş grubu, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi ve çocuğu olma durumu ile EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).
- Katılımcıların, gebeliklerinin planlı olma durumu ile ASÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış ($p < 0,05$); düşük sayısı ve düşük nedeni ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Kadınların düşüklüklerine ve gebeliğe ilişkin özelliklerini ile EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

- Kadınların eşlerinin öğrenim durumu ile ASÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış ($p < 0,05$); eşin yaş grubu, eş ile yaş farkı olma durumu ve akrabalık durumu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Kadınlardan eşleri ilköğretim mezunu olanların stres düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur. Kadınların eşlerinin demografik özelliklerine göre EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).
- Kadınların eşleri ile ilişkileri, eşlerinin yardımcı olma durumu ve psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumu ile ASÖ ve EDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmış ($p < 0,05$); diğer değişkenler ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Kadınlardan eşi ile ilişkisi iyi olanların, eşi her zaman yardımcı olanların ve psikolojik desteğe ihtiyacı olmayanların stres düzeyleri daha düşük ve algıladıkları eş desteği daha yüksek olarak bulunmuştur.
- Ölçeklerin puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($p < 0,01$). Kadınların eş destek düzeyleri azaldıkça, algıladıkları stres düzeyi artmaktadır.
- Gebeliğin planlı olma durumu, eşi ile akrabalık olma durumu, eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu, eşin yardımcı olma durumu ve psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumunun ASÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür.
- Eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu, eşin yardımcı olma durumu ve psikolojik desteğe ihtiyacı olma durumunun EDÖ puanının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür.

Çalışma sonucunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Düşük riskli olan ya da gebeliği düşükle sonuçlanmış olan, özellikle düşük eğitim seviyesinde ve gelir düzeyi düşük olan gebe kadınlar olmak üzere tüm riskli gebeliği olan gebelere yönelik stresi azaltma ve baş etme amaçlı destek programlarının oluşturulması,
- Düşük riskli nedeniyle tedavi altında gebelerin eşlerine yönelik stresi azaltmaya ve eşlerine destek olmaya yönelik bilgilendirilmelerin yapılması,

- Düşük nedeniyle eşleri hastanede bulunan erkeklerin, bu süreçte eşlerinin yanlarında olarak bu kriz durumunu birlikte aşabilmeleri için eşleri ile bir arada olmalarının sağlanması ve bu süreçte birbirlerine desteklerinin sürdürülmesi,
- Farklı değişkenler açısından eş desteğini inceleyen, eşlerin birbirlerinden olan beklentilerini belirlemeye yönelik çalışmaların planlanması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Babadağlı B. “Gebelik Yaşının Gebelikte Yaşanan Fizyolojik Ve Psikolojik Değişikliklere Etkisi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11: 3.
2. Yalçın ÖT. “Gestasyonel Trofoblastik Neoplaziler Ve Yönetimi”, *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 2004, 8:189-196
3. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.10. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık. 2011; 35-50.
4. Deniz R, Baykuş R, Kavak EÇ. “Tekrarlayan Erken Gebelik Kayıplarına Yaklaşım, *Kafkas J MedSci*, 2016, 6(2):130–137
5. Akdağ C. *Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Abortus Sonrası Anksiyete, Depresyon, Sosyal Destek Düzeylerinin Ve Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi* (Tez), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara.
6. Bucak FK, Toker E, Asoğlu M. “Terapötik abortus uygulanan kadınların durumluk-sürekli anksiyete düzeyleri ve ilişkili faktörler”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2018, 5(4):256-263.
7. Steinberg JR, Russo NF. “Abortion and anxiety: what's the relationship?”, *Social Science&Medicine*, 2008, 67(2):238-252.
8. Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. “Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: A cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth”, *Journal of Anxiety Disorders*, 2005, 9(1):137-142.
9. Fergusson DM, John Horwood L, Ridder EM. “Abortion in young women and subsequent mental health”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006, 47(1):16-24.
10. Broen AN, Moum T, Bödtker AS, Ekeberg Ö. “Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: A prospective, two-year follow-up study”, *General Hospital Psychiatry*, 2005, 27(1):36-43
11. Bradshaw Z, Slade P. “The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature”, *Clinical Psychology Review*, 2003, 23(7): 929-958.

12. Armstrong D. "Emotional Distress And Prenatal Attachment In Pregnancy After Perinatal Loss", *Journal Nurse Scholarsh*; 2002, 34:393-405.
13. Tsartsara E, Johnson M. "The Impact Of Miscarriage On Women's Pregnancy-Specific Anxiety And Feelings Of Prenatal Maternal-Fetal Attachment During The Course of a Subsequent Pregnancy: An Exploratory Follow-Up Study", *J Psychosom Obstet Gynecol*; 2006, 27:173-82.
14. Cote-Arsenault D. "Threat Appraisal, Coping and Emotions Across Pregnancy Subsequent to Perinatal Loss", *Nurs Res*; 2007, 56:108-16.
15. Canário C, Figueiredo B, Ricou M. "Women and men's psychological adjustment after abortion: A sixmonth sprospective pilot study", *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2011, 29(3):262-275.
16. Mukkavaara I, Öhrling K, Lindberg I. "Women's experiences after an induced second trimester abortion", *Midwifery*, 2012, 28(5):720-725.
17. Statham H, Solomou W, Chitty L. "Prenatal diagnosis of fetal abnormality: Psychological effects on women in low-risk pregnancies", *Best Practice&Research Clinical Obstetrics&Gynaecology*, 2000, 14(4):731-747.
18. Atasü T, Şahmay S. *Jinekoloji. 2. Baskı*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 2001;533-545.
19. Bektaş S, Demir N, Koç A, Yüksel A. *Erken gebelik problemleri ve düşükler. Obstetrik, Maternal- Fetal Tıp ve Perinatoloji, 1. baskı*, Medikal&Nobel Kitabevi. Ankara, 2001;1076-1085.
20. Chung TK. *Spontaneous abortion: A new approach to management (Tez)*, Hong Kong Çin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tezi, 1999; Çin.
21. Cunningham FG, Leveno KJ, Blomm SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY (Eds.), *Williams obstetrics*. Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, Aslan H, Gül A. (Çev.). İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2010; 215-234.
22. World Health Organization (WHO) Preventing unsafe abortion. Key Facts, Update: 19 February 2018. Erişim:25.06.19: <http://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
23. Adalı T, Çavlin A, Berktaş E. İsteyerek ve Kendiliğinden Düşüklerin Yaygınlığı ve Düşükleri Etkileyen Faktörler. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 İleri Analiz çalışması içinden Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2015, 139-223.

24. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2018) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
25. Budak MŞ, Toğrul C, Balsak D, Sakar MN, Tahaoğlu AE, Akgöl S. “İsteğe Bağlı Küretaj Olan Kadınların Kontrasepsiyon Yöntemleri ve Küretaj Nedenleri Açısından Değerlendirilmesi”, *Jinokoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2015, 12(3): 106-109.
26. Karadağ G, Koçak HS, Yılmaz M. “Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Kullanma Ve Tercih Etme Nedenleri”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2(1): 13-25.
27. Yıkılka H, Dilbaz B, Kestel Z. “Aile Planlaması Polikliniğine Yasal Tahliye İstemiyle Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi”, *Smyrna Tıp Dergisi*, 2012, 2: 10-14
28. Kuru A. *Gebelerin Risk Durumunun Belirlenmesinde Kullanılan “Knox Skorlama Sisteminin Geçerliliğinin Değerlendirilmesi* (Tez), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2007, İzmir.
29. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. “Doğum sonrası depresyon”, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2001, 10(9): 333-334.
30. Düzen A. *Tekrarlayan Düşük Yaşayan Kadınların Ruhsal Süreçlerinin İncelenmesi* (Tez), Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul.
31. Lasker JN, ToedterLJ. “Predicting Outcomes After Pregnancy Loss: Results from studies using the Perinatal Grief Scale”, *Illness, Crisis&Loss*, 2000, 8(4):350- 372.
32. Ujda RM, Bendiksen R. “Health Care Provider Support and Grief After Perinatal Loss: A Qualitative Study”, *Illness, Crisis, &Loss*, 2000, 8(3):265-285.
33. Athey J, Spielvogel AM. “Risk Factors and Interventions for Psychological Sequelae in Women After Miscarriage”, *Primary care update for Ob/Gyns*, 2000, 7(2): 64-69.
34. Broquet K. “Psychological reactions to pregnancy loss”, *Primary care update for ob/gyns*, 1999, 6(1): 12-16.

35. Dikencik BK, Akın N, Yavan T, Coşkun A. “Perinatal dönemde çocuk kaybı olan ebeveynlerin duygusal tepkileri ve bunlara yönelik hemşirelik yaklaşımı”, *Perinatoloji Dergisi*, 1999, 7(1):9-14.
36. Baltaş Z, Baltaş A, Stres ve başa çıkma yolları, 25. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2008.
37. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları, Remzi Kitabevi. İstanbul, 2006;321.
38. Güçlü N. “Stres yönetimi”, *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2001, 21(1): 91-109.
39. Basut E. “Stres, başa çıkma ve ergenlik”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2006, 13(1):31-36.
40. Ateş AÇ. *Kanama Şikâyetiyle Acile Başvuran Abortus İmminens (Düşük Tehdidi) Tanısı Almış Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri İle Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki* (Tez). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2017, Samsun.
41. Akan S. *Tıbbi Abortus Yapan Kadınların Yaşadığı Psiko-sosyal Sorunlara İlişkin Nitel Bir Çalışma* (Tez), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2006, İstanbul.
42. Frøen JF, Arnestad M, Frey K, Vege Å, Saugstad OD, Stray-Pedersen B. “Risk Factors for Sudden Intrauterine Unexplained Death: Epidemiologic Characteristics of Singleton Cases in Oslo, Norway, 1986-1995”, *American journal of obstetrics and gynecology*, 2001, 184(4), 694-702.
43. Hunfeld JAM, Taselaar Kloos AKG, Agterberg G, Wladimiroff JW, Passchier J.” Trait Anxiety, Negative Emotions, and the Mothers' Adaptation to an Infant Born Subsequent to Late Pregnancy Loss: A Case-Control Study”, *Prenatal diagnosis*, 1997, 17(9): 843-851.
44. Toepfer SM. “Family social support and family intrusiveness in young adult women”, *Family Science Review*, 2010, 15 (2):57-65.
45. Yılmaz F. *Gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez), Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2012, Erzurum.

46. Akbaş E. *Gebe kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi* (Tez), Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2006, Gaziantep.
47. Warren P, McCarthy G. “Postnatal depression: prevalence, mothers' perspectives and treatments”, *Archives of Psychiatric Nursing*, 2007, 21: 91-100.
48. White L, Keith B. “The effect of shiftwork on the quality and stability of marital relations”, *Journal of Marriage and the Family*, 1990, 52: 453-462.
49. Kubat DE. *Evli Bireylerde aldatma eğilimi ve evlilik doyumu ilişkisinin incelenmesi* (Tez). Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul.
50. Heaton TB, Albrech SL. “Stable Unhappy Marriages”, *Journal of Marriage and the Family*, 1991, 53(55): 747-758.
51. Çınar L. *Evlilik Doyumu: Cinsiyet Rollerine Ve Yardım Arama Tutumu* (Tez). Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2008, Ankara.
52. Robbins R, Stollenberg C, Robbins S, Ross MJ. “Marital satisfaction and Cherokee language fluence”, *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 2002, 35: 27-34.
53. Yıldırım İ. “Eş destek ölçeğinin geliştirilmesi”, *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2004, 3(22): 19-25.
54. Günsel DA. *Evli bireylerin algıladıkları eş desteğinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi: KKTC örneği* (Tez) Ankara Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2013, Kıbrıs.
55. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. “Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlik Analizi”, *New/Yeni Symposium Journal*, 2013, 51(3):132-140.
56. Pınar ŞE, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. “Gebelerde Uyku Kalitesi ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2014, 7(3):171-177.
57. Öztürk A. *Hemşirelerin Algıladıkları Stres İle Premenstrual Sendrom Düzeyleri İlişkisi* (Tez), İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul.

58. Uras E. *Jinekolojik Kanserli Hastalarda Algılanan Stres İle Umut Düzeyinin Belirlenmesi* (Tez), İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul.
59. Erol HC. *Kemoterapi alan hastalarda algılanan stresin umutla ilişkisi* (Tez). Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009, İstanbul
60. Murat H. *Multipl Skleroz’lu Kadınlarda Yaşam Doyumu Ve Eş Desteği İlişkisi* (Tez), İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2019; İstanbul
61. Yuca G. *Kalp Hastalığı Olan Kadınların Evlilik Doyumu ve Eş Desteğini Etkileyen Faktörler* (Tez), İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
62. Akyıldız D. *Yas Tepkilerinin Algılanan Eş Desteği, Duygusal Baskılama Ve Duygusal Tepkisellik İle İlişkilerin İncelenmesi* (Tez), Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2019; İstanbul.
63. Özçetin YSÜ, Erkan M. “Yüksek riskli gebelerde psikolojik sağlamlık, algılanan stres ve psiko-sosyal sağlık”, *Çukurova Med J*, 2019, 44(3):1017-1026
64. Eroğlu NV, Güdücü B. “Hamile Kadınlarda Stres ve Öznel İyi Oluş Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Kocaeli Örneği”, *Aydın Toplum ve İnsan Dergisi*, 2018, 4(2): 77-98
65. Heslop P, Smith GD, Carroll D, Macleod J, Hyland F, Hart C. “Perceived stress and coronary heartdisease risk factors: the contribution of socioeconomic position”, *British Journal Of Health Psychology*, 2006(2): 167-178.
66. M Kaniğ, K Eroğlu. Gebelerde Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2019, 16(2):125-133
67. Ölçer Z, Bakır N, Oskay Ü. “Yüksek Riskli Gebelerin Öz Yeterlilik Ve Sosyal Destek Algıları”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 19(1):25-33.

68. Akbay SA. *Doğum Sonu Dönemde Eş Desteğinin Yaşam Kalitesine Etkisi* (Tez). Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Isparta.
69. Tiryaki A, Özçürümez G, Sağlam D, Yavuz M. “Meme kanseri olan kadınların eşlerinin hastalığa tepkileri”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2010, 11: 95-101.
70. Dinçer Y. “Yüksek riskli gebelik yaşayan kadınlarda ortaya çıkan stresörler ve baş etme yöntemleri: Niteliksel bir çalışma”, *Sted*, 2018, 27(5): 333-342.
71. Gove WR, Shin RC. The psychological well-being of divorced and widowed men and women, *Journal of Family Issues*, 1989, 10:122-144.
72. Cotton SR. “ Marital status and mental health revisited: Examining the importance of risk factors and resources”, *Family Relations*, 1999, 48(3), 225-234.

EKLER

EK-1: Anket Formu

Bu çalışma, düşük yapan kadınların eşlerinden aldıkları desteğin stres düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Soruları cevaplama süresi yaklaşık 10 dakikadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra şıklarından birini işaretleyiniz. **Kimliğinizi belirtecek isim ya da işaret koymayınız.** Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Emel ÖNGAY

Okan Üniv. S. B. E. Hemşirelik Y. Lisans Öğrencisi

A. Tanıtıcı özellikler

1. Yaşınız.....
2. Öğrenim durumunuz nedir?
 - a) İlkokul
 - b)Lise
 - c) Üniversite ve üzeri
3. Çalışma durumunuz?
 - a) Çalışıyor
 - b)Çalışmıyor
4. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
 - a) Düşük
 - b) Orta
 - c) Yüksek
5. Başka çocuğunuz var mı?
 - a) Evet
 - b)Hayır
6. Şimdiye kadar kaç kez düşük yaptınız?
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3 ve üzeri
7. Düşük yapma nedeniniz nedir?
 - a) Bebek kalp atımının durması
 - b) Karına travma almaya (vurma, çarpma, trafik kazası vb.)
 - c) Genetik problemler nedeniyle
 - d) Diğer.....
8. Gebeliğiniz planlı/istendik gebelik miydi?
 - a) İstenen/ planlı gebelik
 - b) İstenmeyen/ plansız gebelik

9. Eşiniz kaç yaşında?

10. Eşiniz ile aranızda yaş fark var mı?

- a) Aynı yaştayız b) Eşim benden büyük c) Eşim benden küçük

11. Eşinizin öğrenim durumu nedir?

- a) İlkokul b) Lise c) Üniversite ve üzeri

12. Eşiniz ile akrabalığınız var mı?

- a) Evet b) Hayır

13. Eşiniz ile ilişkinizi genel olarak nasıl yorumlarsınız?

- a) İyi b) Orta c) Kötü

14. Eşinizle evlenme biçiminiz hangisidir?

- a) Tanışıp Anlaşarak b) Görücü Usulü

15. Kaç yıldır evlisiniz?

- a) 0-5 yıl b) 6-10 yıl c) 11-15 yıl d) 16 yıl üzeri

16. Eşiniz günlük hayatta yapmanız gereken işler konusunda size yardımcı olur mu?

- a) Her zaman olur b) Bazen olur c) Hiç olmaz

17. Profesyonel psikolojik desteğe ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular son bir ay içindeki düşünceleriniz ve duygularınızla ilgilidir. Her bir soruda sizden bu düşünceyi ya da duyguyu ne sıklıkta yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Bazı sorular birbirine benzer gibi görünse de aralarında farklılıklar vardır ve her soruyu ayrı bir soru olarak değerlendirmeniz gerekmektedir. Soruları yanıtlarken son bir ay içinde ne sıklıkta bu şekilde düşündüğünüzü ya da hissettiğinizi hesaplamaya çalışmak yerine soruyu okuduktan sonra seçenekler arasında en uygun gördüğünüz tahmini işaretlemeniz daha uygun olacaktır.

	HIÇ	NEREDEYSE HIÇ	BAZEN	SIKÇA	ÇOK SIK
1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?					
2. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?					
3. Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?					
4. Son bir ay içinde, yaşamınızdaki can sıkıcı durumlarla ne sıklıkta başarılı bir biçimde baş ettiniz?					
5. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızda meydana gelen önemli değişikliklerle etkili bir biçimde başa çıktığınızı hissettiniz?					
6. Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?					
7. Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?					
8. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?					
9. Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hâkim olduğunuzu hissettiniz?					
11. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkelenediniz?					
12. Son bir ay içinde ne sıklıkta, üstesinden gelmek zorunda olduğunuz şeyler üzerinde düşündünüz?					
13. Zamanınızı nasıl geçirdiğinizi son bir ay içinde ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
14. Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?					

EŞ DESTEK ÖLÇEĞİ (EDÖ)

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

Ek-2: Etik Kurul İzni

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 09.01.2019

Toplantı Sayısı: 102

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye) (Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 09.01.2019 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 15. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Emel ÖNGAY**'ın "**Düşük Yapan Kadınlarda Eş Desteğinin Algılanan Strese Etkisi**" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



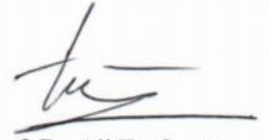
Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)



Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)




Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)



Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)

Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye) (Katılmadı)

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



Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın
(Üye)

EK-3: Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI YAKACIK DOĞUM VE ÇOCUK
HASTALIKLARI HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
YAKACIK DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI
HASTANESİ
18/01/2019 11:10 - 53349220 - 806.01.03 - E-262
0008420847

Sayı : 53349220-806.01.03
Konu : Tez çalışması Hk.

Emel ÖNGAY

İlgi : 17/01/2019 tarih ve 46 sayı ile kayıda alınan Dilekçeniz .

İlgi dilekçeniz doğrultusunda "*Düşük Yapan Kadınlarda Eş Desteğinin Algılanan Strese Etkisi*" isimli çalışmanızı kurumumuzda gerçekleştirme talebiniz uygun görülmüştür. Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Uz.Dr. Ayfer KARA
Başhekim

Çarşı Mah.Yakakent Cad.No:19 PK: 34876 Kartal / İSTANBUL

Telefon: 0216 377 23 96 - 1191 Faks No: 02163772330

e-Posta: asli.kahraman@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.yakacikiagb.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 46664cbf-9fc5-41cc-a0b8-d0fd04ee0949 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Aslı KAHRAMAN

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: 02163772396 (1154)

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Emel	Soyadı	ÖNGAY
Doğum Yeri	İZMİR	Doğum Tarihi	29.07.1974
Uyruğu	T.C	Telefon	
e-mail	emelongay@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2019
Yüksek Lisans	Beykent Üniversitesi Hastane Yöneticiliği	2014
Lisans	Atatürk Üniversitesi	2011

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	2012-
Cerrahi Hemşiresi	Pendik Devlet Hastanesi	2010-2012
Hemşire	Pendik Toplum Sağlığı Merkezi	2009-2010
Sorumlu Hemşire	Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi	2005-2009
Cerrahi Hemşiresi	Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi	2001-2005
Sorumlu Hemşire	Manisa Merkez SSK Hastanesi	1994-2001

Yabancı Diller

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	YDS Puanı	Diğer Puan
<i>İngilizce</i>	Orta	Orta	Orta	-	-

Bilgisayar Bilgisi:

Microsoft Word, Microsoft Excel