

T.C.  
HARRAN ÜNVERSTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**DİYARBAKIR KADIN DOĞUM VE ÇOCUK  
HASTALIKLARI HASTANESİ ANTENATAL  
KLİNİĞİNDE YATAN RİSKLİ GEBELERDE  
ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE STRESLE  
BAŞETME DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Derya ORUÇLU

DANIŞMAN

Doç.Dr.Fügen GÖZ

ŞANLIURFA  
2011

T.C.  
HARRAN ÜNVERSTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**DİYARBAKIR KADIN DOĞUM VE ÇOCUK  
HASTALIKLARI HASTANESİ ANTENATAL  
KLİNİĞİNDE YATAN RİSKLİ GEBELERDE  
ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE STRESLE  
BAŞETME DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Derya ORUÇLU

DANIŞMAN

Doç.Dr.Fügen GÖZ

ŞANLIURFA  
2011

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Derya ORUÇLU'nun hazırladığı “Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniğinde Yatan Riskli Gebelerde Algılanan Sosyal Destek İle Stresle Baş Etme Düzeyleri Arasındaki İlişki” konulu çalışma, 14/06/2011 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

**Yrd. Doç. Dr. Esra KARACA ÇİFTÇİ**  
**Harran Üniversitesi**  
**BAŞKAN**

**Doç. Dr. Fügen GÖZ**  
**Harran Üniversitesi**  
**ÜYE (Danışman)**

**Yrd. Doç. Dr. Mustafa GÖZ**  
**Harran Üniversitesi**  
**ÜYE**



## **TEŞEKKÜRLER**

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimi hazırladığım süre içerisinde bana yol gösteren, zamanını, desteğini ve bilimsel katkılarını esirgemeyen danışmanım Doç. Dr. Fügen GÖZ' e, istatistik analiz yöntemleri konusunda destek ve görüşlerini esirgemeyen Dicle Üniversitesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. İsmail YILDIZ' a, çalışmalarım boyunca manevi desteklerini her an hissettiğim sevgili yüksek lisans arkadaşlarıma, Harran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğretim Görevlileri ve çalışanlarına, iş arkadaşlarıma, gönüllü olarak araştırmaya katılan hastalara, yüksek lisans eğitimim süresince her durumda yanımda olan, büyük fedakarlık, sevgi, destek ve sabır gösteren annem Fatma ORUÇLU ve babam A. Samet ORUÇLU' ya, çok sevdiğim kardeşlerime ve hayatın her alanında her zaman sevgisi ve desteğini hiç esirgemeyen değerli Cihan YANIK' a en içten duygularıyla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Derya ORUÇLU**

**2011**

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER .....	4
2.1.Riskli Gebelik.....	4
2.2.Gebelikte Risk Faktörleri.....	5
2.2.1.Antanatal Muayene.....	5
2.2.1.1. Gebenin Öyküsünün Alınması.....	6
2.2.1.2.Gebenin Fizik Muayenesinin Yapılması.....	7
2.2.1.3. Laboratuvar Analizleri.....	7
2.2.2.Gebelik İzleminde Saptanan Risk Faktörleri.....	9
2.2.3.Perinatal Yüksek Risk Etmenleri.....	12
2.2.3.1. Eylem ve Doğum Sırasında Yüksek Risk Etmenleri.....	12
2.2.3.2. Neonatal Yüksek Risk Etmenleri.....	13
2.3. Gebelik ve Doğumdaki Ruhsal Duygusal Değişiklikler.....	13
2.4.Riskli Gebeliklerde Hemşirelik Yaklaşımı.....	15
2.5.Stres.....	17
2.6.Stresle Başa Çıkma.....	19
2.7. Sosyal Destek.....	20
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	23

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	23
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
3.5. Verilerin Toplanması.....	25
3.5.1. Veri Toplama Araçları.....	25
3.5.1.1 Sosyodemografik Bilgi Formu.....	25
3.5.1.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	25
3.5.1.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ).....	26
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	27
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	27
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	27
3.10. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi.....	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Araştırmaya Alınan Bireylere İlişkin Bazı Sosyo-Demografik Özellikler.....	29
4.2 Araştırmaya Alınan Bireylerin Riskli Tanıları, Gebelik Öyküleri ile Eşleri ve Bebekleri Hakkındaki Görüşlerine İlişkin Tanıtıcı Bilgileri.....	31
4.3. Araştırmaya Alınan Riskli Gebelerde Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Arasındaki Korelasyonlar.....	34
4.4. Riskli Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Riskli Tanıları, Gebelik Öyküleri ile ÇBASDÖ ve SBÇTÖ Arasındaki İlişki ve Anlamlılık Düzeyleri.....	35
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....	60
6.1. Sonuçlar.....	60
6.2. Öneriler.....	64
7. KAYNAKLAR .....	66
8. EKLER	
Ek I. Sosyo Demografik Bilgi Formu	
Ek II. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	
Ek III. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	
Ek IV. Hasta Bilgilendirilmiş Olur Formu	

## TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
<b>Tablo 1.</b> Riskli Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	29
<b>Tablo 2.</b> Riskli Gebelerin Tanılarının Dağılımı.....	31
<b>Tablo 3.</b> Riskli Gebelerin Gebelik Öykülerinin ve Gebelik Risklerinin Başlama Dönemlerinin Dağılımı.....	32
<b>Tablo 4.</b> Riskli Gebelerin Eşleri ve Bebekleri Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı.....	33
<b>Tablo 5.</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçekleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçekleri Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyleri.....	34
<b>Tablo 6.</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçeklerinin Yaşa Göre Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyleri.....	35
<b>Tablo 7.</b> Riskli Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları .....	36
<b>Tablo 8.</b> Riskli Gebelerin Eşinin Mesleğine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	37
<b>Tablo 9.</b> Riskli Gebelerin Aylık Gelir Durumlarına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	38
<b>Tablo 10.</b> Riskli Gebelerin Aile Tipine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	39
<b>Tablo 11.</b> Riskli Gebelerin Yaşadıkları Yere Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	40

<b>Tablo 12.</b> Riskli Gebelerin Eşleriyle Akraba Evliliği Durumuna Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	41
<b>Tablo 13.</b> Riskli Gebelerin Evlenme Yaşına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	42
<b>Tablo 14.</b> Gebelerin Riskli Tanılarına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları ve Anlamlılık Düzeyleri.....	43
<b>Tablo 15.</b> Gebelerin Riskli Tanılarına Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	44
<b>Tablo 16.</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçeklerinin Riskli Gebelerin Ortalama Gebelik Sayısına Göre Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyleri.....	45
<b>Tablo 17.</b> Riskli Gebelerin Gebelik Haftasına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	46
<b>Tablo 18.</b> Gebelerin Risk Faktörü Başlamadan Önce Yaşadıkları Stresli Durumun Varlığına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	47
<b>Tablo 19.</b> Riskli Gebelerin Eşleriyle İsteyerek Evlenme Durumlarına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	48
<b>Tablo 20.</b> Riskli Gebelerin Gebeliğin Planlanma Durumuna Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	49
<b>Tablo 21.</b> Riskli Gebelerin Cinsiyet Beklentisine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	50



## **KISALTMALAR**

**AFP:** Alfa Feto Protein

**AIDS:** Acquired Immune Deficiency Syndrome

**ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

**EDT:** Erken Doğum Tehdidi

**EMR:** Erken Membran Ruptürü

**İUGG:** İntrauterin Gelişme Geriliği

**KLP:** Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

**OGTT:** Oral Glukoz Tolerans Testi

**SBÇTÖ:** Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği

**SPSS:** Statistical Package for Social Sciences

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**WCI:** Ways of Coping Inventory

**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

## ÖZET

### DİYARBAKIR KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ ANTENATAL KLİNİĞİNDE YATAN RİSKLİ GEBELERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE STRESLE BAŞETME DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Derya ORUÇLU

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Bu araştırma, riskli gebeliği olan kadınların algıladıkları sosyal destek ile stresle baş etme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve bu alanda yürütülen hemşirelik hizmetlerine yönelik önerilerin geliştirilmesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte yapılmıştır. Kasım 2010- Ocak 2011 tarihleri arasında T.C Sağlık Bakanlığı Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniğinde riskli gebelik tanısı ile yatan 350 gebe örnekleme alınmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan hastayı tanıttıcı bilgilerle ilgili sosyo-demografik bilgi formunun yanı sıra Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma), bağımsız gruplarda t testi, Anova ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre riskli gebelerin algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları ile stresle başa çıkma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ( $r=0.354$ ,  $p<0.05$ ) olduğu saptanmıştır. Öğrenim düzeyi ve aylık gelir düzeyi düşük olan, gebeliği planlı olmayan, akraba evliliği yapmış olan, eşiyile kendi isteği ile evlenmemiş olan, multipar gebeliğe sahip ve gebeliğinde stresli yaşam olayı ile karşılaşan gebelerin algıladıkları sosyal destek ve stresle başaçıkma ölçek alt puan ortalamalarının anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Bu sonuçlar doğrultusunda sağlık ekibi üyelerinin gebenin fiziksel bakımının yanı sıra psikososyal bakımıyla da ilgilenmesi, gebenin eşi başta olmak üzere ailesine gebelikte kadının desteğe olan ihtiyaçları konusunda bilgi verilmesi, yeterince destek görmeyen gebelere hemşireler tarafından gerekli desteğin sağlanması, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşirelerinin kadın sağlığı ve hastalıkları alanlarında görev yapmaları önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Riskli gebelik, sosyal destek, stresle başa çıkma.

## ABSTRACT

### THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND THE LEVEL OF COPING WITH STRESS OF THE RISKY PREGNANT TREAT IN ANTENATAL CLINIC OF DİYARBAKIR OBSTETRICS AND PEDIATRIC HOSPITAL

Derya ORUÇLU

Harran University Health Sciences Institute

Nursing Department Master Degree Thesis

The present research has been done, in descriptive longitudinal type, with the aim of determining the relationship between perceived social support and the level of coping with stress of the risky pregnant and to develop suggestions for nursing services that are conducted in this field. 350 pregnant women with “risky pregnancy” treat staying in Turkey Republic Antenatal Clinic of Diyarbakır Obstetrics and Pediatric Hospital between the dates November 2010 – January 2011 have been taken as the sample of the present research. As the data collection instrument besides the socio- demographic information form prepared by the researcher which is about patient – identifying information, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Ways of Coping Inventory have been used. For the evaluation of the gathered data, descriptive statistic (frequency, percentage, mean, and standard deviation), Independent Sample t-test, ANOVA and Pearson’s correlation analysis were used.

According to the results of the study there is a statistically meaningful ( $r=0.354$ ,  $p<0.05$ ) relationship has been found between the risky pregnant perceived social support points’ means and the means of points of their coping with stress. It has been found that the perceived social support of those who have low- standard learning, those who have a low-monthly income, those who don’t have a planned pregnancy, those who married to a relative or who have married unwillingly or those who have a multiparous pregnancy and those who have experienced a stressful life- event and the means of their sub-points of coping with stress is meaningfully low ( $p<0.05$ ). Under the light of these results it is suggested that health team should, besides physical nursing, pay attention to their psychosocial care, give information especially to the husband and then to the family- about the support that the pregnant need during pregnancy, provide the necessary support by nurses to the pregnant and consultation liaison psychiatry nurses should work in the field of women’s health and diseases.

**Keywords:** risky pregnancy, social support, coping with stress.

## 1.GİRİŞ ve AMAÇ

İnsan yaşamının en önemli kararlarından biri bebek sahibi olmaktır. Anne olma isteği kadınların hayatında ayrıcalıklı bir önem taşımakta ve çocuk doğurma neslin devamını sağlamaktadır (63,75). Gebelik dönemi kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir dönemdir (55). Gebelik kadınlara kendine güven, varlığını ortaya koyma, seçkinlik ve değer duygusu verir. Ayrıca gebelik kadın için bir neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olabileceği gibi; endişe, kaygılı bekleyiş, yüklenme de yaratabilir (32,61).

Her gebelik sağlıklı kadınlar için bile risk yaratır (22). Her ne kadar gebelik fizyolojik bir hadise ise de gebeliklerin %5-%20'sinde anne ve bebeğin sağlığını tehdit eden patolojik bir olayla karşılaşılır (38). Riskli gebelikler genellikle anne, fetüs ya da yeni doğanın doğumdan önce veya sonra artmış morbidite ve mortalite riskini taşıması diye tanımlanabilir. Riskli gebelikler, hastaneye acil yatış sıklığını artırmakta ve hem gebenin kendisi için hem de fetüs için tehdit unsuru yaratmaktadır (40,76).

Gebelik, vücut görüntüsünde, sosyal ilişkilerde ve aile üyelerinin rollerinde değişiklik yapan bir durumdur (75). Gebelik döneminde kadının vücudunda meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler sadece anneyi değil, çevresindeki insanları, eşini, ailesini, arkadaşlarını da çeşitli şekillerde etkileyebilir. Vücut imajı değiştikçe kadın, yakın çevrede eşin ve aile bireylerinin, sosyal çevrede diğer insanların tutumlarıyla karşılaşır. Bu nedenle kadının ruhsal durum ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi; gebeliğin kendisi de kadının ruhsal-duygusal yaşantısı üzerinde önemli yansımalar yaratır (22,61).

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Güvenli Annelik programı 2005 yılı verilerine göre; dünyada her dakika 380 kadın gebe kalmaktadır ve bu gebeliklerin 190'ı istenmeyen gebeliklerdir. Her dakika 110 kadın gebelikle ilgili bir komplikasyon yaşamakta, 40 kadın sağlıksız düşük yapmakta, 1 kadın ise gebelik ve gebeliğe bağlı nedenlerle ölmektedir (31). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı hastane kayıtlarına göre anne ölüm nedenlerinden ilk üç sırayı, kanamalar (%33), gebelik hipertansiyonu (%20) ve enfeksiyonlar (%5.5) almaktadır. Diğer komplikasyonlar %25,

bilinmeyenler ise %8.6 oranındadır (4,81). Gebelikte çıkan her komplikasyon ve gebeliği riskli hale getiren her tıbbi sorun, anne adayları için ciddi zorlamalar ve psikiyatrik semptomlara yol açma potansiyelindedir (77). Kadın sağlığı doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir. Çünkü fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı bir anneden sağlıklı çocuklar doğar, sağlıklı çocuklar ise sağlıklı bir toplum oluşturur (4).

İstenmeyen gebelikler, gebelikte ortaya çıkan riskler ve yapılan testler, maddi yetersizlikler, eş, aile ve sağlık personelinin yetersiz desteği, gebeliğin seyri konusunda gebenin yeterli bilgilendirilmemesi gibi faktörler gebelikte anksiyetenin artmasına neden olmaktadır (2,12). Yapılan araştırmalarda anksiyetenin; spontan abortus, preeklampsi, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı gibi gebelikte risk sayılan gebelik komplikasyonlarını artırdığı saptanmıştır (34, 36, 52). Gebeliğin, bir araştırmada 43 stres verici yaşam olayı içerisinde 12. ve diğer bir araştırmada ise 116 olay içinde 15. sırada olduğu bildirilmiştir (5). Özellikle yüksek riskli gebeliklerin kadınlarda stres düzeyini artırdığı bilinmektedir. Yapılan pek çok araştırmada da doğum sonu görülen psikiyatrik bozuklukların önemli nedenleri arasında sosyal destek yetersizliği, stresli hayat şartları, anksiyete ve eşler arasında uyumsuzluk gösterilmektedir (55). Algılanan sosyal destek arttıkça, stres verici yaşam olaylarının yarattığı psikolojik problemlerin azaldığı belirlenmiştir (4).

Gebe kadın kişilik yapısı, savunma düzenekleri, ailesel ve sosyal destek sistemlerine bağlı olarak riskli gebeliğe değişik tepkiler gösterir. Riskli gebelerde bağımlılık gereksinimleri, çevreden ilgi, destek ve yardım beklentileri artmakla birlikte stres ve anksiyete durumlarında da artış görülmektedir (22,40). Normal gebeliklerde bile var olan stres riskli gebeliklerde daha yoğundur. Ailenin stresle başetme tecrübeleri, risk durumu ortaya çıkmadan önceki ilişkileri, profesyonel yardım alıp almamaları risk durumunun sonucunu etkiler (77). Stres; insanların fiziksel ya da psikolojik bakımdan tehlike olarak algıladıkları olaylarla karşılaşmaları halinde meydana gelen ya da organizmanın fizik ve ruhsal sınırlarının zorlandığı, tehdit edildiği, çatışmaya düştüğü, huzursuzluk hissettiği anlarda ortaya çıkan durumdur (10). Stres tepkisinin özünde bireyin değişimlere uyum sağlama çabası vardır. Değişme ve bu değişmeye bağlı olarak gösterilen uyum çabasının artması bireyin durumu algılama ve yorumlama düzeyine göre ortaya çıkacak stres tepkisini de artırmaktadır. Stresle başa çıkma mekanizmaları stres sonrası ortaya çıkan gerilimi ve benlik saygısındaki zedelenmeyi önlemektedir (27). Stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza

indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma davranışları kullanmak evrensel bir tutumdur. Başa çıkma, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir (1,3).

Yeterli sosyal destek stresli yaşamın olumsuz etkisini azaltabilir veya stres yaratan durumla ilgili algıyı değiştirebilir (51). Sosyal destek, stres durumunda ve strese bağlı hastalıklarda sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Sosyal destek; bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddi ve manevi yardım olarak tanımlanmaktadır. Bireyin yaşamında önemli yeri olan, gerektiğinde bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler bireyin sosyal destek sistemlerini oluşturmaktadır (27).

Gebe kadına sağlanan sosyal desteğin gebeliğe adaptasyonu sağlamada oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır (36). Gebelerin yakından bağlı olduğu insanlar stres verici durumlarda sağladıkları destekle sorunun çözümüne aktif biçimde katılırlar (55). Gebe kadınların önemli destek kaynaklarını yakın aile üyeleri, özellikle eşleri oluşturmaktadır. Gebe kadın, ailesinin sevgi, koruma, anlayış ve desteğini içeren bir aile ortamı ve prenatal bakım hizmetleri sayesinde sağlıklı bir gebelik geçirebilir. Tortumluoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında atıfta buldukları Hawkins, 100 gebe kadın üzerinde yaptığı çalışmada; ailenin, arkadaşların, kendisi için önemli olan sosyal grupların ve sağlık bakımı veren kişilerin gebelerin öz-bakımları üzerinde etkisi olduğunu saptamış ve bu kişilerin sorumluluk almaları gerektiğini belirtmiştir (84).

Gebe bir kadın için, en önemli destek kaynaklarından birisi de hemşiredir. Hemşire, anneye gebelik süresince duygu ve endişelerini ifade etmesinde, pozitif başa çıkma stratejilerini kullanmasında, aile içi ilişkilerin düzenlenmesinde ve çevresindeki sosyal destek sistemlerinden etkili bir şekilde yararlanmasında aileye bu fırsatı sunacak ve ortamı hazırlayacak en uygun konumda olan ekip üyesidir (4).

Bu araştırma, riskli gebeliği olan kadınların sosyodemografik değişkenleri ile algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi, bu alanda yürütülen hemşirelik hizmetlerine yönelik önerilerin geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.Riskli Gebelik

Gebelik ve doğum yaşam sürecinde normal bir evre olarak kabul edilir. Ancak doğacak çocukların %10-20'si, gebelerin ise %20-30'u risk grubuna girmektedir (28). Gebelikteki bu riskli durumların annenin ve bebeğin sağlığını ve hayatını tehdit etmeden kontrol altına alınabilmesi, anne çocuk sağlığı hizmetlerinin bir başarısıdır (28).

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında, Türkiye'de yılda 1 780 000 gebeliğin olduğu ve bunların 1 378 000'inin (%77.4) canlı doğum, 23 000'inin ölü doğum, 178 000'inin kendiliğinden düşük ile sonuçlandığı; her 100 gebelikten 11'inin ise (toplam 201 000) isteyerek düşük ile sonlandığı tespit edilmiştir (31,87).

Her ne kadar gebelik fizyolojik bir hadise ise de gebeliklerin %5-%20' sinde anne ve bebeğin sağlığını tehdit eden patolojik bir olayla karşılaşılır (76). Annenin ya da fetüsün belirgin düzeyde morbidite ve mortalite riski arttığı zaman, gebelik yüksek riskli gebelik olarak ele alınır (28). Gelişmekte olan ülkelerde en önde gelen anne ölüm nedeni kanamadır. Anne ölümlerinin %17-46'sı (ortalama %25) kanamaya bağlıdır. Eklampsi görülme oranı tüm gebeliklerde %1'in altındadır. Buna karşılık eklampsi ve gebelikteki hipertansif komplikasyonlar anne ölüm nedenlerinin %12'sini oluşturmaktadır. Epidemiyolojik ve gözlemsel çalışmalar erken gebelik döneminden itibaren iyi doğum öncesi bakım programı uygulanan kadınlarda anne ve bebek ölümlerinin azaldığı ve gebelik sonuçlarının daha olumlu olduğunu göstermiştir (31). En üst düzeyde sağlıklı bir perinatal sonuca ulaşabilmek için, uygun ve zamanında tedavinin uygulanabilmesi açısından yüksek risk faktörlerinin erken dönemde tanımlanması önemlidir (28). İlk antenatal muayenede mevcut riskler ortaya çıkarılıp uygun takiplerle erken önlem alınabilir, morbidite ve mortalite oranı azaltılabilir (44, 76).

## 2.2.Gebelikte Risk Faktörleri

Gebelik pek çok kadın için güzel beklentilerle dolu bir dönemdir. Bazı kadınlar için ise yoğun korku ve belirsizlik dönemi olabilmektedir. Riskli gebelikler tüm gebeliklerin % 5- %20'sini oluşturmakta ve yakın takip gerektirmektedir (17).

Gebelikteki risk faktörlerini şöyle sınıflandırabiliriz:

- Düşük sosyoekonomik düzeyde olma
- Annenin yaşının 17'den küçük 35'ten büyük olması
- Doğum sayısı
- Doğum sıklığı
- Önceki gebeliğin ölü doğum veya anomali ile sonlanması
- Çoğul gebelikler
- Beslenme yetersizliği
- Fazla kilolu olma ya da aşırı zayıf olma
- Alkol ve tütün kullanma
- Kronik sistem hastalığının olması
- Önceki gebeliklerinde veya şimdiki gebeliğinde komplikasyon öyküsü verme
- Gebeliğin ilk üç ayında vajinal enfeksiyon
- İstenmeyen gebelikler (78,81).

### 2.2.1.Antanatal Muayene

Anne adaylarına doğum öncesi verilmesi gereken bakım anne, bebek ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli yere sahiptir. TNSA 1998 verilerine göre (86) Türkiye'de doğum öncesi bakım almayan anne oranı %31.9 iken TNSA 2003 verilerine göre (87) bu oran %18.6'ya gerilemiştir. TNSA 2008 verilerine göre (88) ise, doğum öncesi bakım almayan annelerin oranı TNSA-2003'deki rakamlar temel alındığında % 58 azalmış olmakla birlikte, annelerin yaklaşık onda biri doğum öncesi herhangi bir bakım almamıştır. Gebe kadının yeterli doğum öncesi bakım alamamasının temelinde: ekonomik zorluklar, sağlık hizmetlerine erişim güçlüğü, gebeliğin geç farkına varılması, çevreden gizlenmesi, doğum öncesi bakım önemi ile ilgili bilgi eksikliği, kültürel faktörler, yanlış inanışlar, sağlık sistemine güvensizlik gibi değişik faktörler rol oynar (26,31).



Ülkemizde, doğum öncesi bakım alma oranı ve bakımın alındığı personel yönünden kentsel ve kırsal alan arasında belirgin farklar bulunmaktadır. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanımı ile eğitim düzeyi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça, doğum öncesi bakım alanların oranı da artmaktadır. Anne olma yaşı dikkate alındığında, genç kadınlar, 35 yaş üzeri kadınlara göre daha yüksek oranlarda doğum öncesi bakım almaktadırlar. Doğum sırasına göre ise kadınların neredeyse tamamı (%96), ilk çocuklarına gebelikleri sırasında doktordan (% 96) ve hemşire/ebeden (%2) doğum öncesi bakım almışlardır. Ancak, doğum sırası büyüdükçe eğitilmiş sağlık personelinin doğum öncesi bakım alan kadınların oranı belirgin bir şekilde azalmaktadır. Benzer bir ilişki refah düzeyinde de görülmektedir. En düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınların doğum öncesi bakım alma olasılığı orta ve daha yüksek refah düzeyindeki kadınlara göre daha düşüktür (85,88).

Tavsiye edilen doğum öncesi izlemler; 7. aya kadar ayda bir, 7-8. aylarda 2 haftada bir ve son gebelik ayında haftada bir yapılmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü(WHO) ‘ de doğum öncesi en az dört izlemin yapılmasını şart koşmuştur (78, 81, 87, 88).

#### **2.2.1.1. Gebenin Öyküsünün Alınması**

**Bireysel Bilgiler:** Gebenin yaşı, eğitimi, mesleği, medeni durumu, evliyse evlilik süresi, akraba evliliği olup olmadığı, beslenme alışkanlıkları, ekonomik düzeyi, planlı bir gebelik olup olmadığı, herhangi bir fiziksel ya da ruhsal hastalığın olup olmadığı, varsa günlük etkinlikleri öğrenilmelidir (17,81).

**Eşinin Öyküsü:** Yaşı, eğitimi, mesleği, sigara/alkol/ilaç alışkanlığı, kan grubu ve Rh faktörü, bebeği isteyip istemediği sorgulanmalıdır (17,26).

**Gebenin Geçmiş Sağlık Öyküsü:** Çocukluk hastalıkları, geçirdiği operasyonlar/kazalar/yaralanmalar, sistemik hastalık öyküsü, alerjileri olup olmadığı sorgulanmalıdır (17,81).

**Ailesinin Sağlık Öyküsü:** Genetik hastalıklar, konjenital deformiteler, çoğul gebeliklerin olup olmadığını öğrenilmelidir (17).

**Geçmiş Gebelik /Jinekolojik Öyküsü:** Gebelik sayısı, gebeliklerinin sonucu (abortus, ölü doğum, yaşayan sayısı vs.), gebeliklerinde doğum öncesi ve doğum sonrası komplikasyonlar, menarş yaşı, menstüreal öykü, kullandığı aile planlaması yöntemleri, genital enfeksiyonları sorgulanmalıdır (17,26, 81).

**Şimdiki Gebelik Öyküsü:** Son adet tarihi, normal olmayan belirtiler (aşırı bulantı-kusma, kramplar, vajinal kanamalar, üriner sorunlar vs.), gebeliğe adaptasyonu öğrenilmelidir (17,81).

### **2.2.1.2.Gebenin Fizik Muayenesinin Yapılması**

**Genel Muayene:** Boy, kilo, yaşam bulguları, baş, boyun, göğüs ve kalp, cilt ve ekstremiteler, abdomen ve pelvis muayenesi yapılır (17).

**Meme Muayenesi:** Memelerin genel görünüşü, renk değişimi, akıntı, meme uçlarının büyüklüğü gözlenir, palpasyonla kitle olup olmadığı belirlenir (17).

**Dış Genital Organlarının Muayenesi:** Pubik kıllanma, cilt, labia minör ve majörler, klitoris, üretra, perine ve anüs gözlenir (17).

**Vajinal Muayene:** Dış genital organlar gözlenir, bimanuel muayeneyle serviks, uterusun boyutları, overler palpe edilir, spekulum uygulamasıyla vajinal mukoza ve serviks gözlenir, Pap smear alınır, pelvisin iç ölçümleri değerlendirilir (17).

### **2.2.1.3. Laboratuvar Analizleri**

**Tam Kan Sayımı:** Lökosit ve eritrosit düzeyi ile plazma/ volüm oranı hakkında bilgi verir. Lökosit sayısının fazlalığı enfeksiyon varlığını işaret edebilir, hemoglobin ve hematokrit düzeylerinin düşük olması ise anemi belirtisidir. Anemi hemoglobin düzeyinin 100 cc kanda 11 gr'dan daha düşük olduğu durumdur. Gebeliğin 2. trimesterinden itibaren plazma hacminin artmasına bağlı olarak hemoglobin düzeyinde hafif bir azalma normal olarak kabul edilmektedir. Buna göre 2. trimesterden itibaren hemoglobin düzeyi 10.5g/100 cc altında kalan gebeler anemik olarak kabul edilmektedir (26, 28, 31).

**Kan Grubu ve Rh Faktörü:** Kan grubu ve Rh faktörünü belirlemek, fetüste eritroblastozisin önlenmesi ya da tedavisinde önemlidir (Annenin Rh negatif ve babanın Rh pozitif olması ya da annenin kan grubunun 0 ve babanın kan grubunun A, B veya AB olması). Anne Rh negatif ve hassasiyet kazanmamış ise, gebeliğin 28. haftasında koruyucu Rh immüne globulin uygulanmalıdır (26, 28).

**İdrar Analizi:** İdrar analizi ve idrar kültürü, böbrek fonksiyonları ve üriner sistem enfeksiyonları hakkında bilgi verir. Renal fonksiyonlarda sorun varsa, idrarda ve serumda ürik asit, protein ve kreatin izlemi için daha ileri inceleme yapılır. Eğer enfeksiyon varsa renal fonksiyonlar bozulmadan ya da prematür eylem tehdidinden önce uygun tedavi uygulanmalıdır (28).

**Renal Fonksiyon Laboratuvar Analizleri:** Kolajen hastalık, diyabet ve kronik hipertansiyon varsa istemlenir. Bu testler serum ve idrarda kreatin, ürik asit ve total proteinin belirlenmesini kapsar. 24 saatlik idrarın toplanmasıyla yapılmalıdır (28).

**Alfa-Fetoprotein Taraması:** Maternal serum AFP taraması, 15-22. haftalar arasında nöral tüp defekti yönünden bakılmaktadır (47).

**Üçlü Tarama Testi (Beta HCG, E3, AFP):** Down Sendromu yönünden bakılmaktadır (47,76).

**Enfeksiyon Hastalıklarının Taranması:** TORCH grubu (toksoplazma, rubella, cytomegalo virüs, ve herpes), Tüberküloz, Sifiliz, Hepatit, AIDS gibi enfeksiyon hastalıklarına ait laboratuvar tetkiklerine bakılmalıdır (76).

**Glukoz Tolerans Testi:** Gebeliğin 24-28. haftaları arasında gestasyonel diyabet yönünden 50 gr glukoz yüklendikten sonra bir saatlik kan şekeri izlenmelidir. Değerin 140mg/dl ya da daha yüksek olması, üç saatlik 100 gr glukoz tolerans testinin gerekli olduğuna işaret eder. 100 gr glukozlu testte 1.saat kan şekeri 180 mg/dl, 2. saat kan şekeri 155 mg/dl ve 3. saat kan şekeri 140 mg/dl' yi aşmamalıdır. En az iki noktada bu değerlerin aşılması durumunda gestasyonel diyabet tanısı konur (28,76).

**Plazma Progesteron Düzeyi:** İlk trimesterde sık spontan abortus hikayesi olan kadınlarda, gebeliğin ilk 16 haftasında seri olarak yapılır. Progesteron düzeyi düşük ya da düşmekte ise, gebeliği sürdürmek için plasental progesteron üretimi yeterli oluncaya kadar natural progesteron uygulanır (28).

**Pap- Smear (Papanicolaou Smear):** İlk prenatal kontrolde tüm gebelere uygulanmalıdır. Üçüncü trimesterde kanama görülürse, kanamanın karsinomayla ilgili olup olmadığını saptamak için pap smear tekrarlanır (28).

### 2.2.2. Gebelik İzleminde Saptanan Risk Faktörleri

**Hipertansiyon:** Normal gebelikte tansiyon; ilk trimesterde değişmez, ikinci trimesterde azalır, son trimesterde biraz artar. Gestasyonel hipertansiyon tanısı gebelikte ilk defa kan basıncının 140/90 mm Hg veya daha yükseğe ulaşan fakat proteinürisi olmayan kadınlarda konur. Gebelikte şiddetlenip preeklampsi ve eklampsi tablosunun gelişmesine yol açarak gebelik sona erdikten sonra da devam eden tansiyon, kronik hipertansiyondur. Tansiyonun 200 mm Hg'nın üzerine çıkması önceden var olan hipertansiyonu gösterir (47,71, 78).

**Eklampsi / Preeklampsi:** Preeklampsi; mol gebelik olmamakla birlikte sıklıkla nulliplarlarda görülen, gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan proteinüri (24 saatlik idrarda 300 mg veya daha fazla protein atılımı ya da tesadüfi bir örnekte 30 mg/dl veya daha fazla protein mevcudiyeti ) ve ödemle birlikte olan hipertansiyona denir. Eklampsi ise preeklampstik bir olguda başka bir nedene bağlanamayan konvülsif nöbetlerin ortaya çıkması durumudur. Krizler eylemden önce, eylem sırasında ya da eylem sonrasında oluşabilir. Eklampsi postpartum 10 güne kadar görülebilir (47,71, 78).

**Pyelonefrit:** Kadınların %2'sinde gelişen renal enfeksiyon, septik şokun önde gelen sebeplerinden olup gebeliğe bağlı gelişen ciddi komplikasyonlardan en sık olanıdır. Pyelonefrit, idrar kültüründe 100.000' den fazla bakteriüri saptanması durumudur ve çoğu zaman kolayca tanı konabilse de zaman zaman doğum eylemi, apandisit, ablasyo plasenta, miyom veya endometritle karıştırılabilir (47,76).

**Ateş:** Ateşin yüksek olması durumudur. Ateş normal seyirde giderken 39 dereceye çıkarsa preterm doğum riskini artırmaktadır (76).

**Şiddetli Hiperemesis Gravidarum:** Gebeliğin ilk trimesterinde %50-90 oranında değişik derecelerde bulantı kusma görülmektedir. Gebe kadınlarda orta derecede bulantı ve kusma 16. haftaya kadar oldukça sıktır. Genellikle bulantı kusmalar ilk trimester sonunda kaybolmakta çok az kısmı ise ikinci trimesterde devam etmektedir. Şiddetli hiperemesis gravidarum; vücut ağırlığının %5'i kadar kilo kaybına yol açacak düzeyde aşırı bulantı ve kusma, dehidratasyon, ketozis, elektrolit ve asit-baz dengesizliği, bazen de hepatik ve renal yetmezlik ile seyrebilen bir tablonun bulunması durumudur (47,71,78).

**Preterm Eylem:** Preterm eylem %8-10 sıklıkla görülmekte ve günümüzde yapılan tedaviler ile sıklığı değişmemektedir. Preterm eylem 20. gebelik haftasından sonra ve 37. gebelik haftasından önce 10 dakika ve daha sık aralıklarla gelen kontraksiyonlara servikal değişikliklerin (silinme ve dilatasyon ) eşlik etmesi durumudur. Preterm eylemin en önemli sonucu preterm doğum ve bunun sonucu olarak prematür bebeklerde görülen bir takım sorunlardır (21, 28, 71, 78, 81).

**Postterm Gebelik:** Son menstruasyonun ilk gününden itibaren 42 hafta (294 gün) ya da daha fazla gestasyonel dönemin geçmesi olarak tanımlanır. Normalde 40. haftada %50, 40-42. haftalarda %90 doğum gerçekleşmiş olur. Menstrüasyona bağlı olarak hafta tayini genel olarak tüm gebeliklerin %10'unun yanlışlıkla uzamış gebelik olarak kabul edilmesine ve dolayısıyla postterm gebelik insidansının normalden yüksek olarak bulunmasına neden olmaktadır. Postterm gebeliklerde özellikle mekonyum var ise perinatal risk artmıştır (47,71).

**İntrauterin Gelişme Geriliği:** Tüm gebeliklerin %3-7'sinde görülür. Gestasyonel yaşa göre fetal ağırlığın 10. persantilin altında olmasıdır (71).

**Çoğul Gebelik:** Gebelik sırasında birden fazla fetüsün uterusunda mevcut olması durumudur. Gebeliklerin %1 ini oluşturmalarına rağmen perinatal mortalitenin %10'undan sorumludurlar. En büyük riskleri preterm eylem, düşük doğum ağırlıkları ve konjenital anomalilerdir. Son yıllarda özellikle çoğul gebeliklerdeki artışın nedeni yardımcı üreme teknolojilerinin ve ovulasyon indüksiyonunun yaygın olarak kullanılmasıdır. Çoğul gebeliğe sahip kadınlar artmış preterm eylem ve maternal hipertansiyon riskine sahiptirler (47, 71, 78).

**Grand Multiparite:** Grand multiparite beş veya beşten fazla paritesi olan kadın olarak kabul edilmektedir. Antenatal takipleri yeterli olmayan grand multipar kadınlar gebelik komplikasyonu yönünden daha fazla risk altında bulunmaktadır (71).

**Polihidramnios / Oligohidramnios:** Polihidramnios, amniyotik mayinin 2000 ml' in üzerinde olmasıdır. Polihidramnios maternal dispne ve prematür doğum riskini artırmaktadır. Polihidramniosa bağlı uterusun aşırı gerilmesi distosiye ve doğum sonu atoni kanamasına yol açabilir. Oligohidramnios, amniyotik mayinin 500 ml'den az olmasıdır. Oligohidramnios, genellikle fetusta renal agenezis ya da üriner sistemde bir tıkanıklık sonucu gelişebilir (47,81).

**Rh İzoimmunizasyonu:** Anne Rh (-), baba Rh(+) ve fetüs kanı Rh (+) olursa annede antijenlere karşı antikor gelişir. Bu immünolojik reaksiyon sonucu ortaya çıkan antikorlar, plasenta yoluyla tekrar fetüse geçerek fetal eritrositlerin yıkımına, buna bağlı olarak da fetüste hemolitik anemiye, anoksiye, kalp yetmezliğine neden olur. Rh izoimmunizasyonu, Rh negatif annede İndirekt Coombs testinin pozitif olması durumudur (17,81).

**Prezantasyon Anomalileri:** Doğumların % 95'inde fetüs, baş ve küçük fontanelle prezante olur. Bunun dışındaki gelişlere prezantasyon anomalisi denir. Anormal prezantasyon, fetal kafatasının alın ve yüz gibi kısımları ile pelvise girmesini ifade ettiği gibi, makat ve omuz gibi fetusun başından başka bir vücut kısmının da pelvise girmesiyle oluşabilir (81).

**Diabetes Mellitus:** Diyabet, insulinin yetersiz salgılanması ya da yetersiz kullanılması sonucu ortaya çıkan karbonhidrat metabolizmasıyla ilgili endokrin bir bozukluktur. Gebelikte başlayan ya da ilk kez gebelikte tanınan herhangi bir derecede glikoz intoleransına gestasyonel diyabet denir. Tüm gebeliklerin yaklaşık %7'si gestasyonel diyabet ile komplike olur (28,71).

Tip 1 veya Tip 2 diabetes mellitus tanısı için en az iki kere bakılan açlık kan şekeri değerinin  $\geq 126$  mg/dl veya herhangi bir zamanda en az iki kere bakılan kan şekeri değerinin  $\geq 200$  mg/dl olması, gestasyonel diabetes mellitus tanısı için ise açlık kan şekeri değerinin  $\geq 95$  mg/dl, 75 gr veya 100 gr OGTT 1. saat kan şekeri değerinin  $\geq 180$  mg/dl, 2. saat kan şekeri değerinin  $\geq 155$  mg/dl ve 100 gr OGTT 3. saat kan şekeri değerinin  $\geq 140$  mg/dl olması gerekmektedir (47, 76).

**Gebelik Haftasına Uygun Olmayan Fundus Yüksekliği:** Fundus yüksekliğinin gebelik haftası ile uyuşmaması durumudur. Fundusun karın duvarından yüksekliğinin hesaplanması, gebeliğin süresi ile ilgili kaba bir görüş sağlar. Fundus, gebeliğin ilk üç ayında simfizis pubisin altında kaldığı için karın duvarından palpe edilemez. Özellikle intrauterin gelişme geriliği, çoğul gebelik veya polihidramnios gibi riskli durumlarda oldukça yardımcı bir yöntemdir (17).

**Antenatal Kanama:** Gebelikte en korkulu belirtilerden biri kanamadır. Anne ölümlerinin üç büyük nedeninden biridir(kanama, toksemi, enfeksiyon). Başlıca nedenleri servisitler, servikal ya da vajinal travmalar, serviks kanseri, servikal polip, plasenta sirkümvallata, plasenta previa, ablasio plasenta, uterus rüptürü ve vasa previa olan, 20. gebelik haftasından doğuma kadarki sürede lekelenme şeklinde veya fazla miktarlarda kanama olması şeklinde tanımlanır (81).

**Prenatal Bakımın Olmaması:** Gebenin, 32. haftaya kadar ayda bir, 36. haftaya kadar iki haftada bir, doğuma kadar haftada bir şeklinde olan rutin muayenelerine devam etmemesi durumudur (76).

**Akut Cerrahi Problemler:** Apandisit, kolesistit gibi hastalıkların bulunması durumudur (76).

### 2.2.3.Perinatal Yüksek Risk Etmenleri

#### 2.2.3.1. Eylem ve Doğum Sırasında Yüksek Risk Etmenleri

**Erken Doğum:** Travayın 28–37. haftalar arasında sonlanması ve fetüsün 1000–2500 gr arasında olması (76).

**Gün Aşımı:** Gebeliğin 42. haftanın üzerinde olması durumu (76,81).

**Uzamış Doğum Eylemi:** Birinci evrenin primigravidada 18 saat, multigravidada ise 14 saatin üstünde olması; ikinci evrenin ise primigravidada 2, multigravidada 1 saatin üstünde olması durumu (81).

**Erken Membran Rüptürü:** Membranların doğumdan 18 saat daha önce yırtılması durumudur (76,81).

**Fetal Başın Malrotasyonu:** Doğum eylemi sırasında fetal başın yapması gereken kardinal hareketlerden olan internal ve eksternal rotasyonların tam olarak yapılamamasıdır (81).

**Baş-Pelvis Uyuşmazlığı:** Fetüsün kilosundan bağımsız olarak fetal başın biparietal çapı ile pelvik girim arasında uyumsuzluk olmasıdır (76, 81).

**Kordon Dolanması:** Kordun, fetusun vücudu etrafına, özellikle boynuna dolanmasıdır (81).

**Umbilikal Kord Prolapsusu:** Membranlar açılıp amniyotik mayinin hızla akması ile kordonun kayarak fetüsün prezante kısmının önüne düşmesi (81).

**Seksiyo Sezaryen:** Fetus, plasenta ve membranların, abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyonlar yoluyla doğması (76).

**Doğumda Forseps Uygulanması:** Fetusun doğum kanalına yerleştiği en uygun yerden forseps ile çekilmesidir (76).

**Eylemde Fetal Sıkıntı Bulguları:** Uterin hipertonsite, tetanik kontraksiyonlar veya disfonksiyonel uterin kontraksiyonlar ile fetal kalp hızında değişmelerin görülmesi durumudur (76).

#### **2.2.3.2. Neonatal Yüksek Risk Etmenleri**

- Fetal doğum ağırlığının 2500gr altında veya 4000gr'ın üstünde olması
- İkiz gebelik
- Amniotik sıvının mekonyumla boyanmış olması
- APGAR skorunun 5 veya altında olması (1. dakikada)
- Fetusa ait bir hastalığın öncül belirtileri
- Fetal canlandırmanın gerekmesi
- Solunum sıkıntısı belirtileri ya da solunum sıkıntısı sendromu
- Fetal enfeksiyon şüphesi veya bulguları
- Doğum travması bulguları
- Fetal deformite varlığı (76,81).

#### **2.3. Gebelik ve Doğumdaki Ruhsal Duygusal Değişiklikler**

Gebelik, kadın hayatında önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, kaygı ve stres yaratacak birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir (5,19). Gebelik, kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, yaşamsal, ruhsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzuları ön plana çıkarır. Kadının ruhsal durum ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi, gebeliğin kendisi de ruhsal-duygusal yaşantısı üzerinde önemli yansımalar yaratır (61). Bir kısım gebe panik ve korku yaşar, doğumda sakat



kalacakları veya ölecekleri endişesine kapılırlar. Gebe kadınların % 20'sinin doğum korkusu yaşadığı ve bunların % 6'sında bu korkunun ciddi şekilde güçsüzlük korkusu olduğu bildirilmiştir (44).

Anne karnında gelişen bebeğin varlığı ve gebeliğe özgü fizyolojik değişimler psikolojik değişikliklerin kaynağını oluşturur (75). Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu bildirilmiştir. İlk trimesterde gebe kadın genellikle yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyumla ilgili bir dizi ruhsal ve duygusal süreçler yaşar. Kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlükler ve gereksinimler bu gerçeğe geliştirilen tutumda etkilidir. Bu dönemde yorgunluk, bulantı ve kusma gibi fizyolojik belirti ve bulgulara paralel olarak oral döneme gerileme özellikleri ortaya çıkar. Sıklıkla hafif düzeyde de depresif ruh hali ortaya çıkar ancak bu durum ikinci ve üçüncü trimesterlere kadar devam etmez. İlk trimesterde görülen psikolojik değişikliklerden bir tanesi de ambivalan duyguların yaşanmasıdır. Gebenin kendini mutlu hissettiği anın hemen ardından mutsuzluğu hissetmesi veya gebeliğe sevinirken hemen ardından gebe olduğuna üzülmeye gibi ambivalan duygular sık yaşanır (89). Gebenin kendi vücudunda taşıdığı bebekle olan ilişkisi, geçmişte kendi annesi ile ve ailesiyle yaşadığı duyguları ortaya çıkarır. Fetusa psikolojik bağlanma, uterus içinde başlar ve ikinci trimesterin başlangıcına kadar kadınların çoğunda bebeğin zihinsel bir resmi oluşur (22, 44, 61,66).

İkinci trimesterde fetusla olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir. Üçüncü trimesterde ise doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar (61). İkinci timestere nazaran 1. ve 3. trimesterde psikiyatrik bozukluklar daha sıktır (44).

Gebelik başlı başına bir anksiyete kaynağıdır. Kadınların %30'unda anksiyete bozuklukları görülür. Önemli olan anksiyete bozukluğu ve normal anksiyetenin ayırt edilmesidir (44). Gebelik boyunca tedavi edilmemiş anksiyete; fetal hemodinami ve hareket bozukluklarına neden olabilir, preeklampsi riskini 3 kat artırır, erken membran rüptürü ve sezaryene neden olabilir (42).

Depresyon gebelik sırasında görülen en yaygın ruhsal bozukluktur ve gebelikte depresyon görülme oranı %10 dolayındadır (44). Gebelikte depresyon yaygınlığı birinci, ikinci ve üçüncü trimesterde sırasıyla%7.4, %12.8 ve %12 bulunmuştur (5). Depresyon ve

kaygının gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yeni doğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve intrauterin gelişme geriliğine neden olduğu bildirilmiştir (53,67).

Son zamanlarda gebelik kaybı yaşayan kadınlarda çeşitli psikolojik şikayetlerin ortaya çıktığını gösteren çalışmalar vardır (44). Genel nüfusla kıyaslandığında gebelik kaybı yaşayan kadınlarda daha çok depresif semptomlar olmaktadır. Gebelik kaybını takiben fobik anksiyete veya obsesif kompulsif davranış gibi anksiyete bozukluklarının geliştiği de bildirilmiştir (44).

Gebe kadın kişilik yapısı, savunma düzenekleri, ailesel ve sosyal destek sistemlerine bağlı olarak riskli gebeliğe değişik tepkiler gösterir. Genellikle bu durum anne olabilme yönünde güven sarsıcı olur ve benlik saygısı azalır. Sıkıntı, kızgınlık, korkular, kendini suçlama eğilimleri, depresif yaşantılar ve regresif davranışlar gelişebilir. Gebelikte kuşkusuz çok önemli diğer bir faktör de kadının içsel duygu durumunu doğrudan etkileyen eşin tutumudur. Erkeğin destek, güven ve yakın ilgisi ruhsal karmaşayı azaltır. Erkek çeşitli zorlamalarla ne kadar başarılı bir şekilde baş edebilirse, kadının uyum sağlamasını o kadar kolaylaştırır (28, 76). Ayrıca sağlık personeli de ilgisi, yaklaşımı ve açıklamalarıyla gebe kadının birçok kaygı ve endişesini giderebilir.

#### **2.4.Riskli Gebeliklerde Hemşirelik Yaklaşımı**

Literatürde gebelik, kadının biyo-psikososyal dengesinin bozulduğu aile ve işyerindeki rollerinin değiştiği, bebek ve anne arasında ebeveynlik ilişkisinin kurulduğu yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır. Bu kriz, yüksek riskli gebeliklerde daha çarpıcı olarak kendini gösterir. Yüksek riskli gebelik, maternal ve fetal sağlığı tehdit eden, mortalite ve morbidite olasılığını artıran, fizyolojik, sosyal ve emosyonel bir durumdur (56).

Gebelik ya da doğumun riskli olduğu durumlarda, riskli gebelik nedeniyle, evde ya da hastanede yatak istirahati önerilir. Gebelikteki yatak istirahati, intrauterin gelişme geriliği (IUGG), plasenta previa, erken doğum tehdidi (EDT), erken membran rüptürü (EMR), kronik hipertansiyon, komplikasyonlu çoğul gebelik ve serviks yetmezliği gibi durumlarda yaygın olarak kullanılır. Kesin ya da kısmi olarak önerilen yatak istirahati, yüksek riskli gebelik tanısı konduktan sonra bebek doğuncaya kadar sürebilmektedir (56). Yatak istirahati fetüsü olumlu

etkilerken, gebeyi fiziksel- psikososyal strese sokarak tüm vücut sistemlerini etkilemektedir (63).

Yüksek riskli gebelik nedeniyle hastaneye yatma, gebe ve ailesi üzerinde oldukça yıkıcı etkiler yaratır. Hele bu beklenmedik bir gebelik komplikasyonu nedeniyle olmuşa hastaneye yatırılma, gebe ve ailesi için çok sayıda psikolojik stresöre neden olur. Gebeler için hastanede yatmanın en kötü yanı aileden ayrılmadır. Gebenin eşi de, eşini, bebeğini veya her ikisini de kaybetme korkusu nedeniyle büyük endişe ve stres yaşamaktadır. Bu durumda ailenin gereksinimi, destekleyici bir bakımın sağlanmasıdır. Yüksek riskli gebe ve ailesine verilecek hemşirelik bakımı daha çok hemşirenin bağımsız ve işbirliği gerektiren rolleriyle ilgilidir. Perinatal dönemde hemşirenin bağımsız rolü, ailenin potansiyel risklerle ilgili tepkisini ve endişelerini tanılamak ve tedavi etmektir. Perinatoloji hemşiresinin aynı derecede önemli ikinci rolü, yüksek risk durumunda sağlık ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği yapmaktır(28,49).

Gebelik süresince ve doğumda gebe ile sağlık ekibi arasındaki ilişki çok önemlidir. Riskli gebe, uzun süre ile hastaneye yatırıldığında, karşılanması gereken çok çeşitli sağlık gereksinimleri ortaya çıkar ve sağlık profesyonellerinin yoğun desteğine ihtiyaç duyar. Sağlık ekibinin ilgisi, yaklaşımı ve açıklamalarıyla gebe kadının birçok kaygı ve endişesi giderilebilir (61). Gebelik sürecinde gebenin gereksinimlerin karşılanması, multidisipliner yaklaşımlı bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Genellikle gebe kadın hekimine, hemşiresine, ebesine olumlu duygularla bağlanır ve transferans yaşar. Profesyonel hemşire, belirlediği sağlık sorunlarının çözümünde disiplin içi ve disiplinler arası sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yapar ve koordinatör rol üstlenir (56). Hemşire, hasta ve ailesine vereceği destek ve danışmanlık hizmeti için gerekirse konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresinden yardım almalıdır. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi hastanede yatarak veya ayaktan takip edilen hastaların fiziksel bakımı ile psikososyal bakımı arasında bir bağ olarak hizmet eder (43). KLP hemşiresi; servislerde hastaların problem çözme kapasitelerini, savunmalarını destekler, etkili baş etme davranışlarını kazandırmada rehberlik eder. Ayrıca hemşirelere kişiler arası çatışmaların çözümlenmesinde yardımcı olarak hasta bakım planı hakkında danışmanlık sağlar ve hemşirelik bakım planında rol modeli olur (35) .

Gebe kadınların en önemli destekleyici kişileri eşi ve yakın akrabaları olduğu belirtilmekle birlikte, hastanedeki bir gebeyi destekleyecek en yakın kişi hemşiredir (29). Doğum öncesi hemşirelik bakımı, gebeye sadece bilgi ve fiziksel bakım vermeyi değil, aynı

zamanda gözlem, destek, yardım etme, sürekli eğitim ve danışmanlık rol ve işlevlerini de içermektedir (29). Ekip üyeleri arasında bu anlamda etkin yeri olan hemşirelerin anneye duygusal destek verebilmesi için, gebeliğin kadının ve ailenin yaşamındaki yerini araştırması, olumlu ve olumsuz duyguların açıklanması için anneyi desteklemesi, ambivalan duyguları arttıran olguları belirlemesi, kadının, gebeliğin sorunlarını ve sorumluluklarını paylaşmak istediği kişiyi belirlemesi ve yaşanan anksiyetenin derecesini belirlemesi gerekir (22,29).

Hemşirelik bakımının amacı gebe kadın ve ailesinin gebeliğe sağlıklı bir şekilde uyum yapmalarını sağlayarak aile sağlığını korumak ve geliştirmektir. Hemşire bakım sorumluluğu yanında, gebeyi tüm sosyo-ekonomik durumuyla değerlendirip sorunlarını belirledikten sonra bu sorunlarla başa çıkabilmesini sağlamalıdır. Özellikle fiziksel ve psikolojik sorunları azaltmak için gebenin kendisini ve ailesini de dahil ederek bakım ve tedaviyi yürütmelidir. Aile ve arkadaş desteği yanında sağlık çalışanlarının desteği de bakımda yer aldığı daha iyi bir gebelik ve doğum gerçekleşir (29, 81).

## **2.5.Stres**

Stres sözcüğü, Latince "estricita"dan gelmektedir. Stres, 17. yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmıştır. 18 ve 19. yüzyıllarda ise, kavramın anlamı değişmiş ve güç, baskı, zor gibi anlamlarda objelere, kişiye, organlara ve ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmıştır (30,45).

Stres; insanların fiziksel ya da psikolojik bakımdan tehlike olarak algıladıkları olaylarla karşılaşmaları halinde meydana gelen ya da organizmanın fizik ve ruhsal sınırlarının zorlandığı, tehdit edildiği, çatışmaya düştüğü, huzursuzluk hissettiği anlarda ortaya çıkan durumdur (10, 27). Stres; fiziksel, duygusal ve ruhsal yüklemeler sonucu ortaya çıkan zorlanmalar ve gerilimler olarak da tanımlanmaktadır (7).

Stres konusuyla ilgilenen öncü bilim adamlarından olan Selye, stres ve stresör kavramlarını ön plana çıkarmış, bireyde bir dizi tepki yaratan çevresel uyarıcıya stresör, bireyin bu tür uyarıcılara karşı gösterdiği tepkiye de stres demiştir. Sonuç olarak Selye, stresi "bireyin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdiği genel bir tepki" olarak tanımlamıştır (30). Stresörler; fiziksel, psikolojik ve sosyal olmak üzere üç grupta toplanır. Fiziksel stresörler; travma, şiddetli egzersiz, gürültü, ısı, nem, çevre kirliliği, cerrahi girişim vb., sosyal

stresörler; çevre faktörleri, kültürel değişimler vb., psikolojik stresörler ise hayal kırıklığı, izolasyon vb.'dir.

Selye, bedenin stresli durumlarda alarm, direnç ve tükenmişlik olmak üzere verdiği üç aşamalı tepkiyi "Genel Adaptasyon Sendromu" olarak adlandırmıştır (93).

**Alarm Aşaması:** Birey bir stres kaynağı ile karşılaştığında vücudun homeostatik dengesi bozulur ve sempatik sinir sisteminin etkin hale gelmesi nedeniyle beden 'savaş ya da kaç tepkisi' gösterir. Bu aşamada salgı bezleri uyarılarak kana bol miktarda adrenalin ve onun etkisi altında ortaya çıkan diğer biyokimyasal maddeler pompalanır. Salgıların etkisi ile vücut alarm durumuna geçer ve ortaya çıkacak acil durumlarla uğraşmaya hazırlanır. Stres veren uyarıcı ortam devam ederse direnç dönemi başlar (18, 91).

**Direnç Aşaması:** Alarm aşamasını, "uyum ya da direnme aşaması" izler. Bu aşamada organizma alarm tepkisini ortadan kaldırır, stresli ortama uyum sağlar ve kandaki biyokimyasal maddeleri geri çeker. Direnme aşamasında birey, strese karşı koymak için elinden gelen tüm gayreti ortaya koyar ve stresli bir insanın davranışlarını gösterir. Organizma normal koşullar altındaymış gibi görünse de yorulmuş direncini kaybeder (27,30).

**Tükenme Aşaması:** Uyum aşamasındaki gerilim kaynakları ve bunların yoğunluk dereceleri azalmadığı sürece ya da artış gösterdikleri durumlarda bireyin gayreti kırılır ve davranışlarında ciddi derecede sapmalar ve hayal kırıklıklarının yaşandığı bir evreye girilir. Eğer stres kaynağı ile başa çıkılmaz ve uyum sağlanamaz ise, fiziksel kaynaklar kullanılmaz ve tükenme aşamasına geçilir. Bu aşamada uzun süreli stres kaynakları ile mücadele edilemez beden artık stresin baskısına dayanamaz, direncini kaybeder ve hastalıklar ortaya çıkar. Adaptasyon enerjisinin tamamen tükenmesi ise ölüme yol açar (18, 30, 93).

Stres her bireyi etkiler ancak bazı bireyler stresten daha çok veya daha yavaş etkilenmektedirler. Ayrıca aynı benzer koşulların her birey için stresli olmayabileceği bilinmektedir (9, 30, 91). Stres yaşayan bir kişi konsantre olamamakta, hatırlama gücünü çekmekte, karar vermekte zorlanmaktadır. Bunun dışında taşikardi, terleme, midede kasılma, dispne, tedirginlik, korku, kaygı, öfke, hayal kırıklığı, karamsarlık, madde bağımlılığı, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, panikleme, sosyal ortamlardan kaçınma, huzursuzluk gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (27).

## 2.6. Stresle Başa Çıkma

Strese neden olan olayları önlememiz çoğu zaman olanaksızdır. Bu nedenle stresle başa çıkma yollarının öğrenilmesi ve hayata geçirilmesi önemli bir konudur. Stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma tutumlarını kullanmak evrensel bir tutumdur (1). Stres yaşayan birey eğer içinde bulunduğu durumun farkında ise, davranışlarının değişmesi gerektiğine inanıyor ve bunun için çıkış yolları arıyorsa stresle başa çıkabilir (30,45).

Bireyin stres yaratan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümüne başa çıkma denir (1). Başa çıkma davranışları, duygusal gerilimi azaltma amacıyla gösterilen duygusal tepkilerin bütünü olarak da tanımlanmaktadır (3). Stresle başa çıkma ruh ve beden sağlığını korumak, üretici ve verimli bir yaşam sürebilmek için gereklidir (27). Kişinin kullandığı başa çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilir ve bireye özgü bir nitelik taşır (1). Baltaş ve Baltaş (10), stresle başa çıkma yollarını bedenle, zihinle ve davranışla olmak üzere üç grupta toplar. Bireylerin olayları anlamlandırması, değerlendirmesi ve yönlendirmesi stresi azaltma ve çoğaltmada temel faktördür (1, 9, 18).

Bireysel olarak stresle başa çıkmada, bedensel hareketler (egzersiz), solunum egzersizi, meditasyon, biyo feedback (biyolojik dönüt), gevşeme (relaxation), beslenme ve diyet, toplumsal destek alma, sosyal, kültürel ve sportif etkinliklere katılma, masaj, dua ve ibadet, zaman yönetimi gibi teknikler yararlı olabilir (30).

Solunum egzersizleri; stres altında olan bireyin oksijene olan ihtiyacı arttığından nefes alma ile vücuda hava ve oksijen girmektedir. Stres altında nefes hızlı alınıp verilirken gevşeme anında bu durum değişiklik göstermektedir. Solunum egzersizinde amaç nefesin hızlı değil yavaş alınıp verilmesini sağlamaktır (80).

Gevşeme teknikleri; stres yaratan sorunu çözümlenecek enerjiyi kazanabilmek için kasların ve zihnin gevşemesi, beynin oksijenlenmesi gereklidir. Kasların ve zihnin gevşemesi merkezi sinir sistemi aktivitesini yavaşlatır, metabolizmanın yavaşlamasını, solunumun rahatlamasını sağlarken kan basıncının yükselmesi de önlenir. Kasları ve zihni gevşetmenin

temel üç ögesi; zihni tek noktaya yoğunlaştırmak, omuz, baş, çene ve diğer kasların gerginliğini azaltmak ve uygun nefes almak (karın solunumu)tır. (20, 60, 83).

Biofeedbackde; insanın bilinçli olarak anlamadığı, fark etmediği normal ve normal dışı fizyolojik tepkiler bir araç yardımı ile bilinçli duruma getirilir. Bir eğitim programı içinde cilt sıcaklığı, terleme, kalp atışı, beyin stres düzeyi gibi fizyolojik tepkiler görünür, işitilir duruma getirilir. Deriye veya başa bağlı elektrotlarla bu durum sağlanır. Böylece kişi aynı duygu ve düşünceleri ile bedeninde ne gibi bir değişiklik olduğunu fark eder, bedenini ve ruhunu denetlemeye çalışır (80).

Hipnoz; kişinin kendi kendini hipnotize etmeyi öğrenmesi ve hipnotik durum içerisinde kendisini düzeltmeye çalışmasıdır. Kişi eğitim programı sonucu bir anahtar kelime veya işaretle hipnoza girip gevşemeyi sağlar, faydalı telkinlerde bulunur, rahatlamış ve güçlenmiş olarak uyanır (80).

Yoga; düşüncelere parlaklık vermek, dünya görüşlerini yenilemek, insanı kötü arzularından uzaklaştırmak ve bencillikten vazgeçirmek amacını taşır. Beden üzerinde kontrol sağlayarak, uzun süreli düşünüş ve trans oluşturarak kişiyi huzur ve sükunete kavuşturmayı hedefler (80).

Meditasyon; kişi özel ve rahat bir oturma pozisyonunda belirli kelimeleri tekrarlayarak düşüncelerini bir noktada toplamaya çalışır. Zihnini tamamen boşaltması beklenir. Düşünce ve duyguların aktif olarak müdahale edilmeden geçişi sağlanır (80).

## **2.7. Sosyal Destek**

Sosyal destek kavramı, ilk olarak 1960'lı yıllarda koruyucu sağlık alanında yapılan çalışmalarda incelenmiş, destekleyici ilişkilerin insanların yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık problemlerini önleme, stresin etkilerine karşı korunma ve baş etme çabalarının güçlendirilmesinde önemli bir rol oynadığı kabul edilmiştir (27,81).

Sosyal destek; bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddî, manevî yardım olarak tanımlanmaktadır. Sosyal desteklerin, sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fiziksel ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu

biçimde etkilediği, yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin önemli yardımcısı olduğu belirtilmektedir. Kendisini seven, değerli bulan ve gerektiğinde yardım etmekten kaçınmayacak kişilerin varlığını bilmenin, kişiye güven ve mutluluk verdiği, sosyal ilişkileri bozuk ya da yetersiz kişilerin ise ruhsal bir hastalık gelişme riskini artıran anksiyete ve değersizlik duyguları yaşayabileceği belirtilmektedir. İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir (27, 51).

Sosyal desteğin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimi "algılanan destek" olarak tanımlanmaktadır. Yapılan araştırmalarda, sosyal aktivitenin kendisinin değil, algılanış ve yorumlanış biçiminin sağlığı koruduğu belirtilmektedir. Henderson ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada sosyal destek ve ruhsal hastalıklar arasında olumlu ilişki bulunduğu, algılanan sosyal destek ile sosyal ağ üyeleri tarafından verilen desteğin her zaman birbirinin aynı olmadığı belirtilmektedir. Algılanan desteğin kişilik özelliklerinin yanı sıra, tutum ve mizaç gibi daha kolay değişebilen özelliklerden etkilendiği vurgulanmaktadır. Etkili bir sosyal destek için ilişkinin empatik anlayışa, içtenliğe ve saygıya dayandırılması gerektiği savunulmaktadır (27).

Epidemiyolojik araştırmalarda kötü yaşam olayları ile karşılaşan kişilerin, önce kendi aile ve arkadaşlarından yardım aradıkları, son çare olarak mesleki kuruluşlara başvurdukları görülmektedir. Uzmanlar toplum içinde ruh sağlığı hizmetlerinde, aile, arkadaş ve yakın çevrenin sağladığı doğal destekten yararlanmaya yönelmişlerdir. Ancak, araştırmacılar desteğe ihtiyacı olanlar kadar destek verenlerin de duygusal açıdan tükenebileceklerini belirtmektedir (23,27).

İnsanoğlu toplum içinde yardımlaşma ve işbirliği ile var olabilen ve kendisini gerçekleştiren sosyal bir varlıktır (59). Aile de en temel sosyal gruptur. Bu nedenle hasta ve ailenin stresle başa çıkmasında sosyal destek önemlidir. Stres ve hastalık zincirinde sosyal destek iki noktada rol oynamaktadır: Birincisi; sosyal destek, stres algısını yeniden düzenleyerek veya önleyerek stres ve stres tepkisi ilişkisine müdahale etmektedir. İkinci olarak yeterli sosyal destek, bireyin stres yaşantısını ve buna bağlı olarak patolojik ürünlerin ortaya çıkışını azaltacaktır ( 51, 79). Sosyal destek fiziksel ve ruhsal çok sayıda hastalığın ortaya çıkışı, gidişi ve süresi üzerine etkili olmaktadır.



Bu durum gebelik dönemi için de geçerlidir. Sosyal çevredeki önemli kişilerden alınan destek kadının gebelik deneyiminde pozitif bir etkiye sahiptir. Destek eksikliği olan kadınlarda ise gebeliğe adaptasyonda olumsuzluklar ve psikososyal sorunlar saptanmıştır (50,73). Gebe kadınlarla ilgili araştırmalar, sosyal desteğin gebelik sırasında anksiyete ve stresin etkisini azaltabileceğini göstermiştir. Cronenwett tarafından yapılan bir çalışmada, gebe kadınların sosyal destek sistemlerini daha çok akrabalarının oluşturduğu ve duygusal desteği genellikle anne ve babalarından aldıkları bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise gebelik sırasında stres düzeyi yüksek ve sosyal desteği yetersiz olan kadınların doğum komplikasyon oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bazı çalışmada ise gebe kadınların eşleri ve diğer yakın kişilerden aldıkları sosyal destek ile yeterli doğum öncesi bakım alma ve gebelik dönemindeki sağlık davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (81).

Bir tutum olarak destek bireyi kabullenmeyi, aktif dinlemeyi, anlamayı, kabullenici ve paylaşımcı bir atmosfer oluşturmayı hedefler. Özel bir müdahale olarak destek ise hem kişilerarası ilişki hem de fiziksel bakım boyutunda birey ve ailenin rahatını sağlamayı içerir. Yatak istirahatındaki kadının sosyal iletişim ağının oluşturduğu sosyal destek eş, aile, arkadaşlar ve sağlık profesyonelleri tarafından sağlanmaktadır. Bu nedendir ki perinatoloji hemşireliğinde destek verme bireyin savunmalarını güçlendiren özel bir müdahale olup anksiyeteyi azaltır, bireyin benlik saygısını artırır (27,57).

### **3.GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, riskli gebeliği olan kadınların sosyo demografik değişkenleri ile algıladıkları sosyal destek ve stresle baş etme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi, bu alanda yürütülen hemşirelik hizmetlerine yönelik önerilerin geliştirilmesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte yürütülen epidemiyolojik bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Bu araştırma, Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal kliniğinde yapılmıştır. Hastanede 15'i Kadın Doğum, 8'i Çocuk Hastalıkları uzmanı olmak üzere toplam 48 hekim, 158 hemşire ve 95 ebe görev yapmaktadır.

2009 yılı verilerine göre 190161 kişiye poliklinik hizmeti, 37078 kişiye yataklı tedavi hizmeti verilmiş olup toplam canlı doğum sayısı 18499 dur.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Araştırmanın evrenini 1 Kasım 2010-31 Ocak 2011 tarihleri arasında T.C Sağlık Bakanlığı Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniğine doktor muayenesi yapıldıktan sonra aşağıdaki risk etmenlerinden herhangi birisi saptanıp yatışı yapılan ve araştırmaya katılmaya istekli gebeler oluşturmuştur.

Riskli gebelik kapsamında yer alan durumlar:

- Hipertansiyon
- Eklampsi / preeklampsi
- Pyelonefrit
- Şiddetli hiperemesis gravidarum

- Preterm eylem
- Postterm gebelik
- İntrauterin gelişme geriliği
- Çoğul gebelik
- Grand multiparite
- Polihidramnios / oligohidramnios
- Rh izoimmunizasyonu
- Prezentasyon anomalileri
- Diabetes mellitus
- Yüksek ateş
- Gebelik haftasına uygun olmayan fundus yüksekliği
- Antenatal kanama.

Örnekleme alınacak birey sayısını hesaplamak için  $n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / S^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$  formülü kullanılmıştır.

$n$  = örnekleme alınacak birey sayısı

$N$  = Evrendeki birim(birey) sayısı

$t$  = Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde  $t$  tablo değeri  
(1.96)

$p$  = İncelenen olayın görülüş sıklığı

$q$  = İncelenen olayın görülmeme sıklığı(1-p)

$S$  = Belirlenecek hızın olası standart sapması(0.05)

2009 yılı verilerine göre Antenatal Kliniğine yatan toplam riskli gebe sayısı 4047 olup formüle göre en az 350 riskli gebeye ulaşılması gerekmektedir. Çalışmamıza toplam 350 riskli gebe alınmıştır.

### 3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına aşağıdaki özelliklere uyan hastalar alınmıştır. Bunlar;

- Bilinçli, algılama ve tepki verme yetileri yeterli olan hastalar,

- Çok hızlı yatış çıkışı olmayan hastalar,
- İletişim güçlüğü olmayan, iletişim kurulabilen hastalar,
- Görüşmeyi reddetmeyen hastalar.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırma için gerekli verileri toplama amacı olarak üç form kullanılmıştır.

- 1) Araştırmacı tarafından çalışmaya alınan gebelerin sosyo demografik özelliklerini ve gebelik öykülerini belirlemek için hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu(EK I)
- 2) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK II)
- 3) Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği (EK III)

#### **3.5.1. Veri Toplama Araçları**

##### **3.5.1.1 Sosyodemografik Bilgi Formu**

Veri toplamanın birinci aşamasında riskli gebelerde algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzlarına etkisi olabileceği düşünülen hastayı tanıtıcı bilgilerle ilgili Sosyodemografik Bilgi Formu(EK I), benzer çalışmalar incelenerek ve konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Verilerin toplanmasında kullanılan Sosyodemografik Bilgi Formunda; gebelerin yaşları, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, eşlerinin eğitim düzeyleri ve meslekleri, aylık gelir durumları, sağlık güvenceleri, yaşadıkları yer, aile tipleri, eşleri ile akraba evliliği durumu, evlenme yaşı, antenatal kontrole gitme sayısı, önceki gebelikleri ve doğum öyküleri, riskli tanıları, bu risk başlamadan önce önemli bir stres öyküsü, bebeğin istenme durumu, bebek hakkındaki endişeler, bebeğin cinsiyeti ile ilgili beklentiler, eşi ile uyumları sorgulanmıştır.

##### **3.5.1.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ )**

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmış, ölçeğin cronbach's alpha katsayısı 0.78-0.92 olarak belirlenmiş, iç tutarlılığı ve güvenilirliği oldukça yüksek bulunmuştur. Ölçek toplam 12 maddeden oluşmaktadır. ÇBASDÖ “Kesinlikle hayır(1

puan)'dan başlayıp, 2, 3, 4, 5, 6, Kesinlikle evet(7 puan)'e kadar 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin destek kaynaklarını yansıtan, aile, arkadaş, özel kişi desteği olmak üzere üç alt grubu bulunmakta, her grup 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 3.4.8.11. maddeler aile desteğini,6.7.9.12. maddeler arkadaş desteğini, 1.2.5.10. maddeler de özel kişi desteğini (güven duyulan yakın arkadaş, dost) ölçmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (23, 24, 51).

### **3.5.1.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBCTÖ)**

Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen ve orijinal adı 'Ways of Coping Inventory ( WCI ) olan başa çıkma yolları envanteri, bireylerin genel veya belirgin stres durumları ile başa çıkma durumlarını belirleyen ifadeleri içeren 66 maddelik ve 4'lü likert tipi bir ölçektir. Yurt dışında çeşitli çalışmalarda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ortaya konmuş olan ölçeğin ülkemizdeki standardizasyon çalışması sonunda geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenmiş ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği adı ile kullanılmaya başlanmıştır.

Ölçeğin 30 maddelik formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek iki aşamada faktör analizine tabi tutulmuştur. Ana eksenler (Principal A) yöntemiyle yapılan ilk faktör analizi sonucunda toplam varyansın %40.4'ünü açıklayan 8 faktörlük bir yapı ortaya çıkmıştır. Ancak ikinci faktör analizi screen teste göre yapılmış ve bunların 5 faktöre indirgenebileceği görülmüştür. Bu faktörler; 'Kendine Güvenli Yaklaşım', 'İyimser Yaklaşım', 'Çaresiz Yaklaşım', 'Boyun Eğici Yaklaşım' ve 'Sosyal Destek Arama' olarak adlandırılmıştır.

Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği 8., 10., 14., 16., 20., 23., 26. maddeleri, iyimser yaklaşım 2., 4., 6., 12., 18. maddeleri, kendine güvensiz yaklaşım(çaresiz yaklaşım) 3., 7., 11., 19., 22., 25., 27., 28. maddeleri, boyun eğici yaklaşım 5., 13., 15., 17., 21., 24. maddeleri, sosyal destek arama yaklaşımı 1., 9., 29. ve 30. maddeleri kapsamaktadır. Ölçeğin cronbach Alfa iç tutarlık katsayılarının, iyimser yaklaşım için 0.49- 0.68, kendine güvenli yaklaşım için 0.62- 0.80, çaresiz yaklaşım için 0.64-0.73, boyun eğici yaklaşım için 0.47- 0.72 ve sosyal destek arama faktörü için 0.45- 0.47 arasında olduğu belirtilmiştir. Puanlama anahtarı %0 = 0,

%30 = 1, %70 = 2, %100 = 3 şeklinde olup 'Hiç' 0, 'Biraz' 1, 'Oldukça' 2, 'Tamamen' 3 olarak puanlanmıştır. SBÇTÖ' nün alt ölçeklerinden kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı stresle olumlu baş etme, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım stresle olumsuz baş etme yöntemleridir (27, 37, 51, 74).

### **3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan Sosyodemografik Bilgi Formu (EK I), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK II) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (EK III) 15-30 Ekim 2010 tarihleri arasında T.C Sağlık Bakanlığı Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniğinde yatan 20 riskli gebeye pilot çalışma olarak uygulanmış ve bu 20 riskli gebe çalışma dışı bırakılmıştır. Daha sonra veri toplama araçları 1 Kasım 2010-31 Ocak 2011 tarihleri arasında aynı klinikte yatmakta olan ve çalışma kapsamına alınan 350 riskli gebeye uygulanmıştır. Anket formları, araştırmacı tarafından gebelere bilgi verilip gönüllü katılım ilkesine göre onayları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış ve verilen cevaplar ankete araştırmacı tarafından kaydedilmiştir (Türkçe konuşmayı bilmeyen hastalara anket soruları anlayabilecekleri dile çevrilip sorulmuş, verilen cevaplar yeniden Türkçeye çevrilerek anket formlarına kaydedilmiştir). Her görüşme yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür.

### **3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Bağımlı değişkenler; Algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma puanları

Bağımsız değişkenler; Yaş, eğitim durumu, eşinin mesleği, aylık gelir durumu, aile tipi, yaşadığı yer, eşiyile akraba evliliği durumu, evlenme yaşı, gebelik sayısı, riskli tanısı, gebelik haftası, stresli bir durum varlığı, isteyerek evlenme durumu, cinsiyet beklentisi, gebeliğin planlanma durumları.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Diyarbakır Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin ve çalışmaya gönüllü katılan hastalardan yazılı onam alınmıştır. Ayrıca Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'na başvuru yapılmış ancak Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Danışma ve İzleme Kurulu

Yönergesinin 1. ve 6. maddeleri gereği Harran Üniversitesi Akademik birimleri dışında yapılan çalışmalara onay verilmediğinden çalışma değerlendirilmeye alınmamıştır.

### **3.10. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi**

Bulguların değerlendirilmesinde istatistiksel analizler için SPSS ( Statistical Package for Social Sciences) 11.5 paket programı kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Ayrıca bir kesikli bir sürekli değişkenin analizinde t testi, ikiden fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında (One way) Anova testi, ölçeklerin ve ölçeklerin alt boyutlarının birbirleri ile olan ilişkilerinin saptanmasında Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan riskli gebelere ilişkin sosyodemografik özellikler, gebelerin riskli tanıları, gebelik öyküleri, gebelikte risklerin başlama dönemleri, eşleri ve bebekleri hakkındaki görüşlerine ilişkin özelliklerin yüzdeleri, riskli gebelerin algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzları puanlarının karşılaştırılması ve bu değişkenler ile sosyodemografik özelliklerin ilişkileri yer almaktadır.

### 4.1. Araştırmaya Alınan Bireylere İlişkin Bazı Sosyo-Demografik Özellikler

Araştırma kapsamına alınan bireylerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’ de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Riskli Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
<b>Yaş</b>		
15-18 yaş	28	8.0
19-24 yaş	119	34.0
25-34 yaş	151	43.1
35-44 yaş	45	12.9
45 yaş ve üstü	7	2.0
<b>Gebenin eğitim durumu</b>		
Okur yazar değil	143	40.9
Okur yazar	72	20.6
İlkokul mezunu	85	24.3
Ortaokul	29	8.3
Lise	17	4.9
Yüksek okul	4	1.1
<b>Eşin eğitim durumu</b>		
Okur yazar değil	32	9.1
Okur yazar	83	23.7
İlkokul mezunu	125	35.7
Ortaokul	35	10.0
Lise	59	16.9
Yüksek okul	16	4.6
<b>Gebenin çalışma durumu</b>		
Çalışmayan	345	98.6
Çalışan	5	1.4



<b>Eşin mesleği</b>		
İşsiz	30	8.6
İşçi	65	18.5
Memur	17	4.9
Mevsimlik işçi	125	35.7
Esnaf	72	20.6
Serbest	41	11.7
<b>Asgari ücrete göre aylık gelir durumu</b>		
İyi	18	5.1
Orta	173	49.4
Kötü	159	45.4
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Sağlık güvencesi yok	18	5.1
Emekli sandığı	13	3.7
SSK	75	21.4
Bağ-Kur	4	1.1
Yeşil kart	240	68.6
<b>Yaşanılan yer</b>		
Köy	97	27.7
İlçe	72	20.6
İl	181	51.7
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	212	60.6
Geniş aile	138	39.4
<b>Eşiyle akrabalık durumu</b>		
Akrabalık yok	189	54.0
Yakın akraba	99	28.3
Kan bağı olmayan uzak akraba	62	17.7
<b>Evlenme yaşı</b>		
15 yaş altı	40	11.4
15-24 yaş	263	75.1
25-34 yaş	43	12.3
35 yaş üstü	4	1.1

Tablo 1' de riskli gebelerin sosyo demografik özellikleri ile ilgili bilgiler görülmektedir. Çalışmaya alınan gebe kadınların % 8.0'ı adolesan yaş grubu olarak kabul edilen 15-18 yaş, %34.0'ı 19-24 yaş ve % 43.1'i 24-35 yaş grubunda olup yaş ortalamaları  $26.85 \pm 6.79$ 'dur. Gebe kadınların %40.9'unun okuma yazma bilmediği, %24.3'ünün ilkökul mezunu, %8.3'ünün ortaokul %4.9'unun lise ve %1.1'inin yüksek okul mezunu olduğu saptanmıştır. Gebe kadınların %98.6'sı gelir getirici herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Gebe kadınların eşlerinin %35.7'si ilkökul mezunu ve %8.6'sı işsizdir. Çalışmaya katılanların %45.4'ünün aylık gelirinin asgari ücretin altında olduğu, %68.6'sının sağlık

güvencesinin yeşil kart olduğu, %51.7'sinin şehirde yaşadığı, %60.6'sının çekirdek aile yapısında olduğu, %28.3'ünün eşiyle akraba evliliği yaptığı (yakın akraba evliliği) ve %75.1'inin 15-24 yaş grubunda evlendiği saptanmıştır.

#### 4.2 Araştırmaya Alınan Bireylerin Riskli Tanıları, Gebelik Öyküleri ile Eşleri ve Bebekleri Hakkındaki Görüşlerine İlişkin Tanıtıcı Bilgileri

Araştırmaya alınan gebelerin riskli tanılarının dağılımı Tablo 2' de verilmiştir.

**Tablo 2.** Riskli Gebelerin Tanılarının Dağılımı

Tanımlar	Sayı	%
Antenatal kanama	67	19.1
Preterm eylem	51	14.6
Polihidramnios / oligohidramnios	44	12.6
Pyelonefrit	33	9.4
Hipertansiyon	21	6.0
İntrauterin gelişme geriliği	20	5.7
Eklampsi/Preeklampsi	19	5.4
Prezentasyon anomalileri	19	5.4
Şiddetli hiperemesis gravidarum	18	5.1
Postterm gebelik	16	4.6
Gestasyonel Diyabetes mellitus	11	3.1
Grand multiparite	11	3.1
Çoğul gebelik	10	2.9
Rh izoümmünizasyonu	10	2.9
Toplam	350	100

Araştırmaya alınan riskli gebelerin tanılarına bakıldığında, %19.1'i Antenatal kanama, %14.6'sı preterm eylem, %12.6'sı polihidramnios/oligohidramnios, %9.4'ü pyelonefrit, %6.0'ı hipertansiyon, %5.7'si intrauterin gelişme geriliği, %5.4'ü eklampsi/preeklampsi, %5.4'ü prezentasyon anomalileri, %5.1'i şiddetli hiperemesis gravidarum, %4.6'sı postterm gebelik, %3.1'i gestasyonel diyabetes mellitus, %3.1'i grand multiparite, %2.9'u çoğul gebelik ve %2.9'u Rh izoümmünizasyonu tanısı ile antenatal kliniğine yatmış bulunmaktadır.

**Tablo 3.** Riskli Gebelerin Gebelik Öykülerinin ve Gebelik Risklerinin Başlama Dönemlerinin Dağılımı

Sosyo demografik özellikler	Sayı	%
<b>Toplam gebelik sayısı</b>		
1	104	29.7
2	75	21.4
3	55	15.7
4	39	11.1
5 ve üzeri	77	22.0
<b>Parite</b>		
0	104	29.7
1	75	21.4
2	56	16.0
3	37	10.6
4 ve üzeri	78	22.3
<b>Abortus</b>		
0	243	69.4
1	73	20.9
2	23	6.6
3 ve üzeri	11	3.1
<b>Önceki gebeliğin nasıl sonlandığı</b>		
Normal vajinal doğum	142	40.6
Sezaryen	40	11.4
Abortus	58	16.6
Ölü doğum	6	1.7
<b>Antenatal kontrole gitme durumu</b>		
Hiç kontrole gitmeyen	22	6.3
1 kez kontrole giden	12	3.4
2 kez ve üstü kontrole giden	316	90.3
<b>Gebelik haftası</b>		
2.trimester(13-27.hafta)	57	16.3
3.trimester(28.hafta ve üstü)	293	83.7
<b>Risk faktörlerinin başlama dönemi</b>		
1. trimester(1-12.hafta)	106	30.3
2.trimester(13-27.hafta)	62	17.7
3.trimester(28.hafta ve üstü)	182	52.0
<b>Gebelikte anemi varlığı</b>		
Var	90	25.7
Yok	260	74.3
<b>Risk faktörü başlamadan önce stresli bir durum varlığı</b>		
Var	99	28.3
Yok	251	71.7
<b>Risk durumundan dolayı kendini suçlama</b>		
Var	57	16.3
Yok	293	83.7

Tablo 3’de riskli gebelik tanısı almış gebelerin gebelik öyküleri ve gebelik risklerinin başlama dönemlerinin dağılımı ile ilgili bilgiler görülmektedir. Çalışmaya katılan riskli gebelerin %29.7’ si ilk kez gebe kalırken %22’si beş ya da beşten fazla sayıda gebe kalmış olup %69.4’ünün hiç abortusu olmamıştır. Çalışmaya katılanlardan ilk gebeliği olmayan riskli gebelerin bir önceki gebeliği %40.6 normal vajinal doğum, %11.4 sezaryen doğum, %16.6 abortus ve %1.7 ölü doğum ile sonuçlanmıştır.

Gebe kadınların % 6.3’ ü gebelikleri boyunca hiç sağlık kontrolüne gitmemişken %90.3’ü iki ya da daha fazla sayıda kontrole gitmiştir. Riskli gebelerin %83. 7’ si gebeliğinin 3. trimesterında olup %30.3’ ünde risk faktörü 1.trimesterden itibaren görülmeye başlanmıştır. Gebelerin %25.7’sinde anemi görülmektedir. Riskli gebelerin %16.3’ü riskli durumdan dolayı kendilerini suçlamakta iken %71.7’ si risk faktörü başlamadan önce stresli bir olay yaşamadığını belirtmiştir.

**Tablo 4.** Riskli Gebelerin Eşleri ve Bebekleri Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı

Sosyo demografik özellikler	Sayı	%
<b>İsteyerek evlenme</b>		
Evet	221	63.1
Hayır	129	36.9
<b>Eş uyumu</b>		
Eş uyumu iyi	261	74.6
Dış çevreden müdahale var	65	18.6
Eş uyumu kötü	24	6.9
<b>Gebeliğin istenmesi</b>		
Evet	281	80.3
Hayır	69	19.7
<b>Cinsiyet beklentisi</b>		
Beklenti yok	233	66.6
Kız bebek	62	17.7
Erkek bebek	55	15.7

Tablo 4’e bakıldığında riskli gebelerin %63. 1’ inin eşiyle kendi isteğiyle evlendiği, %74.6’sının eşiyle uyumlu olduğu, %6.9’unun eşiyle problemlerinin olduğu, büyük çoğunluğunun (%80.3) isteyerek gebe kaldığı ve %66.6’sının doğacak bebeğin cinsiyeti ile ilgili bir beklentisinin olmadığı görülmektedir.

#### 4.3.Araştırmaya Alınan Riskli Gebelerde Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Arasındaki Korelasyonlar

Araştırmaya katılan riskli gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçekleri arasındaki korelasyonları ve anlamlılık düzeyleri Tablo 5’de gösterilmiştir.

**Tablo 5.** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçekleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçekleri Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyleri

SBÇTÖ	ÇBASDÖ							
	Aile Desteği		Arkadaş Desteği		Özel Kişi Desteği		Toplam	
	r	(p)	r	(p)	r	(p)	r	(p)
<b>Kendine Güvenli Yaklaşım</b>	0.397	0.000	0.230	0.000	0.488	0.000	0.483	0.000
<b>İyimser Yaklaşım</b>	0.275	0.000	0.265	0.000	0.430	0.000	0.421	0.000
<b>Kendine Güvensiz Yaklaşım</b>	-0.255	0.000	-0.213	0.000	-0.354	0.000	-0.356	0.000
<b>Boyun Eğici Yaklaşım</b>	-0.231	0.000	-0.115	0.032	-0.356	0.000	-0.305	0.000
<b>Sosyal Destek Arama</b>	0.423	0.000	0.335	0.000	0.358	0.000	0.481	0.000
<b>Toplam</b>	0.301	0.000	0.241	0.000	0.278	0.000	0.354	0.000

Tablo incelendiğinde ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’ alt ölçeği ‘Aile Desteği’, ‘Arkadaş Desteği’ ve ‘Özel Kişi Desteği’ alt ölçekleri ile anlamlı pozitif korelasyon göstermektedir.

‘İyimser Yaklaşım’ alt ölçeği ‘Aile Desteği’, ‘Arkadaş Desteği’ ve ‘Özel Kişi Desteği’ alt ölçekleri ile yine anlamlı pozitif korelasyon göstermektedir.

‘Kendine Güvensiz Yaklaşım’ alt ölçeği ‘Aile Desteği’, ‘Arkadaş Desteği’ ve ‘Özel Kişi Desteği’ alt ölçekleri ile anlamlı negatif korelasyon göstermektedir.

‘Boyun Eğici Yaklaşım’ alt ölçeği ‘Aile Desteği’, ‘Arkadaş Desteği’ ve ‘Özel Kişi Desteği’ alt ölçekleri ile anlamlı negatif korelasyon göstermektedir.

‘Sosyal Destek Arama’ alt ölçeği ‘Aile Desteği’, ‘Arkadaş Desteği’ ve ‘Özel Kişi Desteği’ alt ölçekleri arasında anlamlı pozitif korelasyon görülmektedir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmaktadır.

#### 4.4. Riskli Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Riskli Tanıları, Gebelik Öyküleri ile ÇBASDÖ ve SBÇTÖ Arasındaki İlişki ve Anlamlılık Düzeyleri

**Tablo 6.** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçeklerinin Yaşa Göre Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyleri (n=350)

ÖLÇEKLER	YAŞ	
	r	p
<b>ÇBASDÖ</b>		
Aile Desteği	-0.097	0.070
Arkadaş Desteği	0.066	0.218
Özel kişi Desteği	-0.208	<b>0.000</b>
<b>SBÇTÖ</b>		
Kendine Güvenli Yaklaşım	-0.102	0.056
İyimser Yaklaşım	-0.044	0.414
Kendine Güvensiz Yaklaşım	0.058	0.279
Boyun Eğici Yaklaşım	0.152	<b>0.004</b>
Sosyal Destek Arama	0.091	0.091

Araştırmaya katılan riskli gebelerin yaş ortalamaları  $26.85 \pm 6.79$  olup, yaş ortalamaları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Ölçeklerinden ‘Özel Kişi Desteği’ arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Yaş ortalaması ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçeklerinden sadece ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Yaş ortalaması ile diğer alt ölçekler arasında ilişki bulunamamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 7.** Riskli Gebelerin Eğitim Durumlarına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları

ÖLÇEKLER	EĞİTİM DURUMU						
	Eğitimi Olanlar*			Eğitimi Olmayanlar**			t
X	±	SS	X	±	SS		
<b>ÇBASDÖ</b>							
Aile Desteği	20.24	± 5.99	17.07	± 5.89		-4.879	<b>0.000</b>
Arkadaş Desteği	12.47	± 6.63	11.76	± 6.00		-1.036	0.301
Özel Kişi Desteği	22.07	± 6.02	18.76	± 6.39		-4.814	<b>0.000</b>
<b>SBÇTÖ</b>							
Kendine Güvenli Yaklaşım	14.88	± 3.80	12.30	± 3.85		-6.141	<b>0.000</b>
İyimser Yaklaşım	8.79	± 3.03	8.23	± 3.13		-1.650	0.100
Kendine Güvensiz Yaklaşım	13.28	± 4.12	13.72	± 3.62		1.036	0.301
Boyun Eğici Yaklaşım	10.76	± 3.06	12.51	± 2,52		5.792	<b>0.000</b>
Sosyal Destek Arama	5.79	± 2.95	4.83	± 2.65		-3.159	<b>0.002</b>

\* İlkokul, ortaokul, lise ve üniversiteyi içermektedir.

\*\* Okur yazar olmayanları ve okula gitmeden okuma yazma öğrenenleri kapsamaktadır.

Tablo incelendiğinde; eğitimi olanların ‘Aile Desteği’(X=20.24), ‘Özel Kişi Desteği’ (X=22.07) , ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’(X=14.88) ve Sosyal Destek Arama’ (X=5.79) puan ortalamaları eğitimi olmayanların ‘Aile Desteği’(X=17.07), ‘Özel Kişi Desteği’ (X=18.76), ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’(X=12.30) ve ‘Sosyal Destek Arama’ (X=4.83) puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Eğitimi olmayanların ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ (X=12.51) puan ortalamaları eğitimi olanların ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ (X=10.76) puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05).Eğitim durumu ile kullanılan diğer alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 8.** Riskli Gebelerin Eşinin Mesleğine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları

ÖLÇEKLER	EŞİNİN MESLEĞİ					
	İşsiz	İşçi/Mevsimlik İşçi	Memur	Serbest Meslek*	F	p
	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS		
<b>ÇBASDÖ</b>						
Aile Desteği	16.40 ± 6.94	18.29 ± 5.82	21.52 ± 6.09	18.30 ± 6.23	2.580	0.053
Arkadaş Desteği	10.60 ± 7.19	11.92 ± 5.86	16.47 ± 7.84	11.94 ± 6.17	3.477	<b>0.016</b>
Özel Kişi Desteği	17.86 ± 7.36	19.68 ± 6.15	25.29 ± 3.29	20.41 ± 6.65	5.422	<b>0.001</b>
<b>SBCTÖ</b>						
Kendine Güvenli Yaklaşım	12.46 ± 4.22	13.14 ± 3.95	15.76 ± 3.50	13.40 ± 4.07	2.711	<b>0.045</b>
İyimser Yaklaşım	8.06 ± 3.15	8.26 ± 3.01	10.70 ± 2.02	8.52 ± 3.25	3.488	<b>0.016</b>
Kendine Güvensiz Yaklaşım	14.16 ± 3.43	13.63 ± 3.87	11.35 ± 3.98	13.57 ± 3.74	2.186	0.089
Boyun Eğici Yaklaşım	12.50 ± 2.41	11.95 ± 2.67	9.35 ± 4.12	11.82 ± 2.92	5.076	<b>0.002</b>
Sosyal Destek Arama	4.26 ± 3.25	5.11 ± 2.75	7.29 ± 2.33	5.28 ± 2.68	4.495	<b>0.004</b>

\*Esnaf, çoban, şoför, sigortacı, nakliyeciyi kapsamaktadır.

Tablo 8 incelendiğinde; Eşi memur olan riskli gebelerin ‘Arkadaş Desteği’(X=16.47), ‘Özel Kişi Desteği’ (X=25.29), ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’(X=15.76), ‘İyimser Yaklaşım’(X=10.70) ve ‘Sosyal Destek Arama’(X=7.29) puan ortalamaları eşi çalışmayan [‘Arkadaş Desteği’(X=10.60), ‘Özel Kişi Desteği’ (X=17.86), Kendine Güvenli Yaklaşım’(X=12.46) ‘İyimser Yaklaşım’(X=8.06) ve ‘Sosyal Destek Arama’(X=4.26], eşi işçi olan [ ‘Arkadaş Desteği’(X=11.92), ‘Özel Kişi Desteği’ (X=19.68), Kendine Güvenli Yaklaşım’(X=13.14), ‘İyimser Yaklaşım’(X=8.26) ve ‘Sosyal Destek Arama’(X=5.11)] ve eşi serbest çalışan riskli gebelerin [ ‘Arkadaş Desteği’(X=11.94), ‘Özel Kişi Desteği’ (X=20.41), Kendine Güvenli Yaklaşım’(X=13.40), ‘İyimser Yaklaşım’(X=8.52) ve ‘Sosyal Destek Arama’(X=5.28) ] puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05).



Eşi memur olan riskli gebelerin ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ (X=9.35) puan ortalamaları eşi çalışmayan veya eşi diğer meslek gruplarında çalışanlardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0.05).

**Tablo 9.** Riskli Gebelerin Aylık Gelir Durumlarına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları

ÖLÇEKLER	AYLIK GELİR DURUMU				
	İyi	Orta	Kötü		
	X ± SS	X ± SS	X ± SS	F	p
<b>ÇBASDÖ</b>					
Aile Desteği	23.44 ± 4.71	19.38 ± 5.74	16.52 ± 6.06	17.300	<b>0.000</b>
Arkadaş Desteği	15.05 ± 8.01	12.76 ± 6.19	10.89 ± 5.89	6.083	<b>0.003</b>
Özel Kişi Desteği	24.27 ± 3.61	21.70 ± 5.76	17.74 ± 6.61	22.163	<b>0.000</b>
<b>SBÇTÖ</b>					
Kendine Güvenli Yaklaşım	16.50 ± 3.91	14.36 ± 3.89	11.76 ± 3.59	26.640	<b>0.000</b>
İyimser Yaklaşım	11.55 ± 2.06	8.78 ± 3.01	7.37 ± 3.01	15.426	<b>0.000</b>
Kendine Güvensiz Yaklaşım	12.38 ± 4.28	12.79 ± 3.64	14.49 ± 3.76	9.502	<b>0.000</b>
Boyun Eğici Yaklaşım	9.72 ± 4.54	11.26 ± 2.93	12.69 ± 2.22	17.000	<b>0.000</b>
Sosyal Destek Arama	6.16 ± 2.33	5.80 ± 2.83	4.44 ± 2.63	11.580	<b>0.000</b>

Tablo incelendiğinde; aylık gelir durumu asgari ücretin üzerinde olan riskli gebelerin, aylık gelir durumu asgari ücret olan ya da asgari ücretin altında olan riskli gebelerden ‘Aile Desteği’ (X=23.44), ‘Arkadaş Desteği’(X=15.05), ‘Özel Kişi Desteği’(X=24.27) , ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’(X=16.50), ‘İyimser Yaklaşım(X=11.55),’ ve ‘Sosyal Destek Arama’(X=6.16), puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunurken ‘Kendine Güvensiz Yaklaşım’ (X=12.38), ve ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ (X=9.72), puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0.05).

**Tablo 10.** Riskli Gebelerin Aile Tipine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları

ÖLÇEKLER	AİLE TİPİ							
	Geniş Aile			Çekirdek Aile		t	p	
X	±	SS	X	±	SS			
<b>ÇBASDÖ</b>								
Aile Desteği	17.83	±	5.81	18.59	±	6.29	-1.138	0.256
Arkadaş Desteği	11.02	±	6.27	12.69	±	6.16	-2.450	<b>0.015</b>
Özel Kişi Desteği	20.38	±	6.44	19.81	±	6.45	0.812	0.417
<b>SBÇTÖ</b>								
Kendine Güvenli Yaklaşım	13.26	±	4.13	13.31	±	3.96	-0.98	0.922
İyimser Yaklaşım	8.52	±	3.25	8.40	±	2.99	0.356	0.722
Kendine Güvensiz Yaklaşım	13.39	±	3.89	13.65	±	3.77	-0.621	0.535
Boyun Eğici Yaklaşım	11.73	±	2.60	11.89	±	3.03	-0.500	0.617
Sosyal Destek Arama	4.71	±	2.90	5.51	±	2.69	-2.636	<b>0.009</b>

Tablo incelendiğinde; Aile tipine göre çekirdek ailede yaşayan riskli gebelerin ‘Arkadaş Desteği’(X=12,69) ve ‘Sosyal Destek Arama’(X=5.51) puan ortalamaları geniş ailede yaşayan riskli gebelerin ‘Arkadaş Desteği’(X=11,02) ve ‘Sosyal Destek Arama’(X=4.71) puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Aile tipi ile diğer ölçeklerden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 11.** Riskli Gebelerin Yaşadıkları Yere Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları

ÖLÇEKLER	YAŞADIKLARI YER						
	Köy		İlçe		İl	F	p
	X	± SS	X	± SS			
<b>ÇBASDÖ</b>							
Aile Desteği	17.00 ± 6.25	19.06 ± 5.54	18.67 ± 6.18	3.148	<b>0.044</b>		
Arkadaş Desteği	11.68 ± 5.90	12.62 ± 7.21	11.99 ± 6.04	0.479	0.620		
Özel Kişi Desteği	18.82 ± 6.60	21.29 ± 6.13	20.18 ± 6.40	3.168	<b>0.043</b>		
<b>SBÇTÖ</b>							
Kendine Güvenli Yaklaşım	11.65 ± 3.63	13.69 ± 4.15	14.01 ± 3.94	11.907	<b>0.000</b>		
İyimser Yaklaşım	7.02 ± 2.87	9.15 ± 3.28	8.60 ± 3.05	5.639	<b>0.004</b>		
Kendine Güvensiz Yaklaşım	13.65 ± 3.93	12.87 ± 3.86	13.75 ± 3.73	1.431	0.240		
Boyun Eğici Yaklaşım	12.60 ± 2.46	11.31 ± 3.06	11.62 ± 2.91	5.309	<b>0.005</b>		
Sosyal Destek Arama	4.51 ± 2.74	5.51 ± 2.87	5.44 ± 2.75	4.121	<b>0.017</b>		

Tablo 11’de görüldüğü gibi yaşadıkları yere göre ilçede yaşayan riskli gebelerin ‘Aile Desteği’(X=19.06), ‘Özel Kişi Desteği’(X=21.29), ‘İyimser Yaklaşım’ (X=9.15) ve ‘Sosyal Destek Arama’ (X=5.51 )puan ortalamaları köyde yaşayan riskli gebelerin ‘Aile Desteği’(X=17.00), ‘Özel Kişi Desteği’(X=18.82), ‘İyimser Yaklaşım’(X=7.02) ve ‘Sosyal Destek Arama’(X=4.51) puan ortalamaları ve ilde yaşayan riskli gebelerin ‘Aile Desteği’(X=18.67), ‘Özel Kişi Desteği’(X=20.18) ‘İyimser Yaklaşım’(X=8.60) ve ‘Sosyal Destek Arama’(X=5.44) puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05).

‘Kendine Güvenli Yaklaşım’ puan ortalamaları ilde yaşayan riskli gebelerde (X=14.01), köyde yaşayan riskli gebelerden (X=11.65) ve ilçede yaşayan riskli gebelerden(X=13.69) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05).

‘Boyun Eğici Yaklaşım’ puan ortalamaları köyde yaşayan riskli gebelerde (X=12.60), il (X=11.62) ve ilçede (X=11.31) yaşayan riskli gebelerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05).

‘Arkadaş Desteği’ ve ‘Kendine Güvensiz Yaklaşım’ puan ortalamaları ile riskli gebelerin yaşadıkları yer arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır( $p>0.05$ ).

**Tablo 12.** Riskli Gebelerin Eşleriyle Akraba Evliliği Durumuna Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları

ÖLÇEKLER	AKRABA EVLİLİĞİ DURUMU						t	p
	Akraba Evliliği Var*			Akraba Evliliği Yok				
	X	±	SS	X	±	SS		
<b>ÇBASDÖ</b>								
Aile desteği	17.80	±	6.37	18.70	±	5.87	1.376	0.170
Arkadaş desteği	12.41	±	5.80	11.71	±	6.61	-1.046	0.296
Özel kişi desteği	20.00	±	6.16	20.06	±	6.69	0.099	0.921
<b>SBÇTÖ</b>								
Kendine güvenli yaklaşım	12.78	±	3.97	13.72	±	4.03	2.178	<b>0.030</b>
İyimser yaklaşım	8.42	±	3.13	8.47	±	3.07	0.146	0.884
Kendine güvensiz yaklaşım	13.50	±	3.73	13.58	±	3.90	0.205	0.838
Boyun eğici yaklaşım	12.24	±	2.63	11.42	±	3.01	-2.475	<b>0.014</b>
Sosyal destek arama	5.03	±	2.81	5.34	±	2.78	1.058	0.291

\*Yakın akraba evliliği ve kan bağı olmayan uzak akraba evliliğini kapsamaktadır.

Tablo incelendiğinde; eşiyile akraba evliliği yapma durumlarına göre riskli gebelerin ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’ puan ortalamaları akraba evliliği yapmayanlarda ( $X=13.72$ ) akraba evliliği yapanlara göre( $X=12.78$ ) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

‘Boyun Eğici Yaklaşım’ puan ortalamaları ise akraba evliliği yapan riskli gebelerde ( $X=12.24$ ) akraba evliliği yapmamış olan riskli gebelerden( $X=11.42$ ) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Diğer ölçeklerin puan ortalamaları ile akraba evliliği durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır( $p>0.05$ ).

**Tablo 13.** Riskli Gebelerin Evlenme Yaşına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları

ÖLÇEKLER	EVLENME YAŞI					
	15 yaş altı	15-24 yaş	24-35 yaş	35 yaş ve üstü		
	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	F	p
<b>ÇBASDÖ</b>						
Aile Desteği	17.2 ± 6.90	18.3 ± 5.92	19.00±6.67	18.50±4.50	0.062	0.614
Arkadaş Desteği	13.35±6.87	11.83±5.99	12.48±7.21	7.50 ±2.88	1.463	0.224
Özel Kişi Desteği	19.85±6.74	20.34±6.11	18.32±8.13	19.75±1.70	1.233	0.298
<b>SBÇTÖ</b>						
Kendine Güvenli Yaklaşım	13.35±4.02	13.08±3.88	14.39±4.81	14.50±3.69	1.429	0.234
İyimser Yaklaşım	8.95 ±2.80	8.36 ±3.07	8.69 ±3.53	6.25 ±1.25	1.179	0.318
Kendine Güvensiz Yaklaşım	13.77±3.32	13.46±3.86	13.88±4.10	13.25±3.40	0.207	0.892
Boyun Eğici Yaklaşım	12.10±3.24	11.88±2.72	11.27±3.31	11.50±3.69	0.701	0.552
Sosyal Destek Arama	4.85 ±3.03	5.18 ±2.79	5.46 ±2.73	7.00 ±1.41	0.887	0.448

Tablo incelendiğinde riskli gebelerin evlenme yaş grupları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçekleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 14.** Gebelerin Riskli Tanılarına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları ve Anlamlılık Düzeyleri

RİSKLİ TANILAR	ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ					
	Aile Desteği		Arkadaş Desteği		Özel Kişi Desteği	
	X ± SS	F / p	X ± SS	F / p	X ± SS	F / p
Antenatal Kanama	18.43±6.07	<b>F:1.916</b> <b>P:0.028</b>	11.20±6.32	F:1.351 p:0.182	19.97±6.45	F:0.865 p:0.591
Preterm Eylem	19.37±6.16		13.45±6.42		20.29±6.63	
Polihidramnios / oligohidramnios	18.65±5.73		10.23±6.01		21.40±5.42	
Pyelonefrit	15.78±6.86		11.24±5.80		20.21±7.17	
Hipertansiyon	17.76±6.03		14.38±6.01		20.23±6.25	
İntrauterin Gelişme Geriliği	19.75±5.99		13.85±7.27		20.45±5.90	
Eklampsi/ Preeklampsi	16.42±7.72		10.15±6.27		14.90±7.94	
Prezentasyon Anomalileri	21.73±4.34		14.05±6.08		22.42±3.93	
Şiddetli Hiperemezis Gravidarum	17.00±4.80		10.61±6.80		19.00±8.82	
Postterm Gebelik	18.12±5.11		11.56±6.28		20.00±5.62	
Gestasyonel Diyabetes Mellitus	14.54±5.71		8.90±5.46		18.00±4.40	
Grand Multiparite	13.18±4.72		12.18±5.26		16.54±5.78	
Çoğul Gebelik	17.80±7.64		10.20±7.03		18.70±7.34	
Rh izoümmünizasyonu	19.60±4.83		12.50±3.74		18.60±7.29	

Tablo incelendiğinde; gebelerin riskli tanıları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçeklerinden ‘Aile Desteği’ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Prezentasyon Anomalileri tanısı ile yatan riskli gebelerin ‘Aile Desteği’ puan ortalaması(X=21.73) diğer tanıları sahip riskli gebelerin puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur(p<0.05).

Diğer alt ölçekler ile riskli tanıları arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır(p>0.05.)

**Tablo 15.** Gebelerin Riskli Tanılarına Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

RİSKLİ TANILAR	STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ									
	Kendine Güvenli Yaklaşım		İyimser Yaklaşım		Kendine Güvensiz Yaklaşım		Boyun Eğici Yaklaşım		Sosyal Destek Arama	
	X/SS	F/p	X/SS	F/p	X/SS	F/p	X/SS	F/p	X/SS	F/p
Antenatal Kanama	13.85 ± 4.10	F:1.111  p:0.348	8.25 ± 3.00	F:0.872  p:0.583	12.80 ± 4.00	F:1.805  p:0.041	11.80 ± 3.05	F:1.648  p:0.071	5.41 ± 3.08	F:0.619  p:0.838
Preterm Eylem	13.25 ± 4.00		8.41 ± 3.29		14.05 ± 4.05		11.82 ± 2.70		5.45 ± 2.71	
Polihidramnios / oligohidramnios	13.56 ± 3.68		9.38 ± 3.10		12.54 ± 3.70		11.75 ± 2.99		5.34 ± 2.56	
Pyelonefrit	14.12 ± 3.37		8.57 ± 3.01		12.84 ± 3.42		11.24 ± 3.01		4.69 ± 2.65	
Hipertansiyon	13.95 ± 4.63		8.95 ± 2.47		12.85 ± 3.35		11.33 ± 2.51		5.90 ± 2.98	
İntrauterin Gelişme Geriliği	13.35 ± 4.24		8.90 ± 3.49		12.70 ± 4.98		10.70 ± 3.64		4.35 ± 2.32	
Eklampsi/ Preeklampsi	12.31 ± 5.05		8.00 ± 3.43		14.78 ± 3.40		12.63 ± 2.73		5.05 ± 3.30	
Prezentasyon Anomalileri	13.00 ± 3.72		8.52 ± 2.91		13.84 ± 3.54		12.26 ± 1.91		5.15 ± 2.73	
Şiddetli Hiperemezis Gravidarum	13.83 ± 3.69		7.16 ± 3.58		14.55 ± 3.71		11.00 ± 2.82		5.11 ± 3.12	
Postterm Gebelik	12.37 ± 4.20		8.87 ± 3.24		14.25 ± 3.06		12.43 ± 2.73		5.31 ± 2.27	
Gestasyonel Diyabetes Mellitus	12.27 ± 3.95		8.27 ± 2.28		14.45 ± 2.94		12.00 ± 2.64		4.18 ± 2.44	
Grand Multiparite	10.09 ± 4.48		7.90 ± 3.11		16.45 ± 3.61		14.72 ± 2.28		4.72 ± 1.79	
Çoğul Gebelik	12.10 ± 3.03		7.40 ± 2.36		15.50 ± 2.17		12.20 ± 1.47		4.90 ± 3.47	
Rh izoümmünizasyonu	13.10 ± 4.01		7.60 ± 3.37		13.80 ± 4.07		12.20 ± 2.52		6.10 ± 3.63	

Tablo 15 incelendiğinde; gebelerin riskli tanıları ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçeklerinden ‘Kendine Güvensiz Yaklaşım’ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Grand Multipar gebelerin ‘Kendine Güvensiz Yaklaşım’ puan ortalaması(X=16.45) diğer riskli gebelerin puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Diğer alt ölçekler ile riskli tanılar arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır (p>0.05.)

**Tablo 16.** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçeklerinin Riskli Gebelerin Ortalama Gebelik Sayısına Göre Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Düzeyleri (n=350)

ÖLÇEKLER	ORTALAMA GEBELİK SAYISI	
	r	p
<b>ÇBASDÖ</b>		
Aile Desteği	-0.138	<b>0.010</b>
Arkadaş Desteği	0.036	0.505
Özel kişi Desteği	-0.259	<b>0.000</b>
<b>SBÇTÖ</b>		
Kendine Güvenli Yaklaşım	-0.215	<b>0.000</b>
İyimser Yaklaşım	-0.061	0.256
Kendine Güvensiz Yaklaşım	0.024	0.652
Boyun Eğici Yaklaşım	0.197	<b>0.000</b>
Sosyal Destek Arama	0.041	0.445

Araştırmaya katılan riskli gebelerin ortalama gebelik sayısı  $3.30 \pm 2.67$  olup, ortalama gebelik sayıları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Ölçeklerinden ‘Aile Desteği’ ve ‘Özel Kişi Desteği’ arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır (p<0.05). Ortalama gebelik sayısı ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçeklerinden ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’ arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır (p<0.05). Ayrıca Ortalama gebelik sayıları ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçeklerinden ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ arasında anlamlı korelasyon mevcuttur (p<0.05). Ortalama gebelik sayısı ile diğer alt ölçekler arasında ilişki bulunamamıştır (p>0.05).



**Tablo 17.** Riskli Gebelerin Gebelik Haftasına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları

ÖLÇEKLER	GEBELİK HAFTASI							
	2. Trimester			3. Trimester			t	p
X	±	SS	X	±	SS			
<b>ÇBASDÖ</b>								
Aile Desteği	18.08	±	4.97	18.33	±	6.32	-0.278	0.781
Arkadaş Desteği	11.73	±	5.95	12.09	±	6.31	-0.396	0.693
Özel kişi Desteği	20.56	±	6.28	19.93	±	6.48	0.671	0.503
<b>SBÇTÖ</b>								
Kendine Güvenli Yaklaşım	13.92	±	4.24	13.17	±	3.98	1.303	0.193
İyimser Yaklaşım	8.61	±	3.32	8.41	±	3.05	0.440	0.660
Kendine Güvensiz Yaklaşım	13.21	±	4.06	13.61	±	3.77	-0.729	0.466
Boyun Eğici Yaklaşım	11.75	±	2.72	11.84	±	2.89	-0.230	0.818
Sosyal Destek Arama	5.54	±	2.98	5.13	±	2.76	1.004	0.316

Tablo 17 incelendiğinde riskli gebelerin gebelik haftaları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçekleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 18.** Gebelerin Risk Faktörü Başlamadan Önce Yaşadıkları Stresli Durumun Varlığına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları

ÖLÇEKLER	STRESLİ DURUM VARLIĞI							
	Stres Var			Stres Yok			t	p
	X	±	SS	X	±	SS		
<b>ÇBASD</b>								
Aile desteği	17.61	±	6.42	18.56	±	5.98	-1.304	0.193
Arkadaş desteği	11.61	±	5.88	12.20	±	6.39	-0.790	0.430
Özel kişi desteği	17.31	±	7.21	21.11	±	5.78	-5.143	<b>0.000</b>
<b>SBÇTÖ</b>								
Kendine güvenli yaklaşım	12.40	±	3.91	13.64	±	4.02	-2.618	<b>0.009</b>
İyimser yaklaşım	7.16	±	2.81	8.95	±	3.06	-5.048	<b>0.000</b>
Kendine güvensiz yaklaşım	15.35	±	3.34	12.83	±	3.76	5.802	<b>0.000</b>
Boyun eğici yaklaşım	12.91	±	2.46	11.40	±	2.90	4.571	<b>0.000</b>
Sosyal destek arama	4.56	±	2.72	5.45	±	2.79	-2.695	<b>0.007</b>

Tablo incelendiğinde; Gebelikte risk faktörleri başlamadan önce stresli bir durum yaşamayan riskli gebelerin ‘Özel Kişi Desteği’(X=21.11) ,‘Kendine Güvenli Yaklaşım’ (X=13.64), ‘İyimser Yaklaşım’ (X=8.95) ve ‘Sosyal Destek Arama’( X=5.45) puan ortalamaları risk faktörleri başlamadan önce stresli bir durum yaşayan riskli gebelerin ‘Özel Kişi Desteği’(X=17.31) ,‘Kendine Güvenli Yaklaşım’ (X=12.40), ‘İyimser Yaklaşım’ (X=7.16) ve ‘Sosyal Destek Arama’( X=4.56) puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05).

‘Kendine Güvensiz Yaklaşım’ ve ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ puan ortalamalarının sırasıyla risk faktörleri başlamadan önce stresli bir durum yaşamayan riskli gebelerde (X=12.83), (X=11.40) risk faktörleri başlamadan önce stresli bir durum yaşayan riskli gebelere göre (X=15.35) (X=12.91) anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır (p<0.05).

**Tablo 19.** Riskli Gebelerin Eşleriyle İsteyerek Evlenme Durumlarına Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları

ÖLÇEKLER	EŞİYLE İSTEYEREK EVLENME							
	İsteyerek Evlenen			İstemeyerek Evlenen			t	p
	X	±	SS	X	±	SS		
<b>ÇBASD</b>								
Aile Desteği	19.44	±	6.09	16.32	±	5.65	4.741	0.000
Arkadaş Desteği	12.61	±	6.52	11.04	±	5.65	2.277	0.023
Özel kişi Desteği	21.76	±	5.88	17.08	±	6.31	6.979	0.000
<b>SBÇTÖ</b>								
Kendine Güvenli Yaklaşım	14.20	±	3.85	11.73	±	3.84	5.779	0.000
İyimser Yaklaşım	9.17	±	3.08	7.20	±	2.69	6.038	0.000
Kendine Güvensiz Yaklaşım	12.95	±	3.90	14.55	±	3.46	-3.849	0.000
Boyun Eğici Yaklaşım	11.30	±	2.96	12.74	±	2.43	-4.670	0.000
Sosyal Destek Arama	5.68	±	2.75	4.37	±	2.70	4.343	0.000

Tablo incelendiğinde; Eşleriyle isteyerek evlenme durumlarına göre eşiyile kendi isteğiyle evlenen riskli gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Alt ölçekleri olan ‘Aile Desteği’(X=19.44), ‘Arkadaş Desteği’(X=12.61) ve ‘Özel kişi Desteği’(X=21.76) puan ortalamaları eşiyile kendi isteği ile evlenmeyen riskli gebelerin Aile Desteği’(X=16.32), ‘Arkadaş Desteği’(X=11.04) ve ‘Özel kişi Desteği’(X=17.08) puan ortalamalarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Eşleriyle isteyerek evlenme durumları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçekleri karşılaştırıldığında eşiyile kendi isteğiyle evlenen riskli gebelerin ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’(X=14.20), ‘İyimser Yaklaşım’(X=9.17) ve ‘Sosyal Destek Arama’(X=5.68) puan ortalamaları kendi isteği ile evlenmeyenlerin ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’(X=11.73), ‘İyimser Yaklaşım’(X=7.20) ve ‘Sosyal Destek Arama’(X=4.37) puan ortalamalarına göre olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Kendi isteği ile evlenenlerin ‘Kendine Güvensiz Yaklaşım’(X=12.95) ve ‘Boyun Eğici Yaklaşım’(X=11.30) puan ortalamaları kendi isteğiyle evlenmeyenlerin ‘Kendine Güvensiz Yaklaşım’(X=14.55) ve ‘Boyun Eğici Yaklaşım’(X=12.74) puan ortalamalarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0.05).

**Tablo 20.** Riskli Gebelerin Gebeliğin Planlanma Durumuna Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları

ÖLÇEKLER	GEBELİĞİN PLANLANMA DURUMU							
	Planlı gebelik			Plansız gebelik		t	p	
	X	±	SS	X	±			SS
<b>ÇBASD</b>								
Aile Desteği	18.79	±	5.97	16.26	±	6.29	3.121	<b>0.002</b>
Arkadaş Desteği	12.06	±	6.39	11.91	±	5.68	0.184	0.854
Özel Kişi Desteği	20.61	±	6.18	17.69	±	6.98	3.419	<b>0.001</b>
<b>SBÇTÖ</b>								
Kendine Güvenli Yaklaşım	13.64	±	3.98	11.88	±	3.90	3.291	<b>0.001</b>
İyimser Yaklaşım	8.59	±	3.10	7.84	±	3.02	1.825	0.069
Kendine Güvensiz Yaklaşım	13.28	±	3.76	14.60	±	3.91	-2.592	<b>0.010</b>
Boyun Eğici Yaklaşım	11.52	±	2.87	13.10	±	2.46	-4.194	<b>0.000</b>
Sosyal Destek Arama	5.34	±	2.76	4.62	±	2.89	1.924	0.055

Tablo 20’ ye göre, gebeliğin planlanma durumuna göre planlayarak gebe kalan riskli gebelerin ‘Aile Desteği’(X=18.79), ‘Özel kişi Desteği’(X=20.61) ve ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’ (X=13.64) puan ortalamalarının plansız gebe kalan riskli gebelerin Aile Desteği’(X=16.26), ‘Özel kişi Desteği’(X=17.19) ve ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’ (X=11.88) puan ortalamalarından yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Planlayarak gebe kalan riskli gebelerin ‘Kendine Güvensiz Yaklaşım’(X=13.28) ve ‘Boyun Eğici Yaklaşım’(X=11.529) puan ortalamaları plansız gebe kalan riskli gebelerin Kendine Güvensiz Yaklaşım’(X=14.60) ve ‘Boyun Eğici Yaklaşım’(X=13.10) puan

ortalamalarından anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Gebeliğin planlanma durumunun diğer Alt Ölçekler olan ‘Arkadaş Desteği’, ‘İyimser Yaklaşım’ ve Sosyal Destek Arama’ puan ortalamalarını etkilemediği görülmektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 21.** Riskli Gebelerin Cinsiyet Beklentisine Göre Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları

ÖLÇEKLER	CİNSİYET BEKLENTİSİ							
	Kız Bebek		Erkek Bebek		Cinsiyet Beklentisi Yok	F	p	
	X	± SS	X	± SS	X			± SS
<b>ÇBASD</b>								
Aile Desteği	18.59	± 6.68	17.96	± 5.54	18.29	± 6.10	0.155	0.856
Arkadaş Desteği	11.61	± 6.45	11.96	± 6.12	12.16	± 6.25	0.196	0.822
Özel Kişi Desteği	20.12	± 6.56	19.23	± 6.61	20.20	± 6.38	0.505	0.604
<b>SBÇTÖ</b>								
Kendine Güvenli Yaklaşım	13.85	± 4.03	12.18	± 3.79	13.40	± 4.05	2.819	0.061
İyimser Yaklaşım	8.11	± 3.05	7.80	± 2.79	8.69	± 3.15	2.299	0.102
Kendine Güvensiz Yaklaşım	13.66	± 4.26	14.52	± 3.62	13.28	± 3.71	2.392	0.093
Boyun Eğici Yaklaşım	11.50	± 2.80	12.45	± 2.15	11.77	± 3.01	1.763	0.173
Sosyal Destek Arama	5.51	± 2.60	4.96	± 2.42	5.17	± 2.93	0.597	0.551

Tablo incelendiğinde; cinsiyet beklentisinin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçeklerinden alınan puan ortalamalarını etkilemediği görülmektedir ( $p>0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Gebelik fizyolojik değişiklikleri beraberinde getiren normal bir süreç olmasına rağmen sağlıklı kadınlar için bile risk oluşturabilir. Riskli gebelerde algılanan sosyal destek ile stresle baş etme arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 350 kişi üzerinde gerçekleştirilmiş olan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Sonuçlarımız riskli gebelerin algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları ile stresle başa çıkma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ( $r=0.354$ ) olduğunu göstermektedir. Chou ve arkadaşlarının araştırmasına göre algılanan stresin sosyal destekle oldukça güçlü ve belirgin şekilde ters bir bağlantısı vardır. Sosyal olarak desteklenen kadınların bariz şekilde daha az stresli oldukları bildirilmiştir (16). Algılanan sosyal destek puanı arttıkça stresle baş etme becerisi yükselmektedir. Stresli olaylarla başa çıkabilme, psikolojik sağlık ve uyumla ilişkilidir ve bütün bunlar mevcut veya algılanan sosyal destekle yakından ilgilidir. Bu bakımdan gebelerin karşılaştıkları sorunlarla etkili bir şekilde mücadele edebilmeleri için desteğe gereksinimleri vardır. Destekleyici sistemlerin varlığı kendini iyi hissetme duygularını, kişisel denetimi ve pozitif duygulanımı kuvvetlendirerek gebeliğe bağlı değişikliklerin daha az stresli olarak algılanmasına yardımcı olur (55).

Postpartum psikiyatrik bozuklukların en önemli nedenlerinden birinin sosyal destek yetersizliği olduğu gösterilmiştir. Postpartum psikiyatrik bozuklukların etiyolojisini araştıran çalışmaların büyük çoğunluğu psikosozal etmenler ve özellikle sosyal destek sistemlerinin önemini vurgulamaktadır. Xie araştırmasında düşük sosyal desteğin postpartum dönemde depresyon gelişimi için çok güçlü bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (90). Kurki'nin çalışmasına göre de depresyonun preeklampsi riskini artırdığı ve riskli gebelerin daha fazla sosyal ve psikolojik desteğe gereksinimi olduğu belirlenmiştir (46).

Yeterli ve etkili desteğe sahip gebelerin doğum sonrası dönemi de daha rahat geçirebileceği, eşlerinden yeterli desteği alan gebelerin sorunlarla baş etmede daha başarılı olacakları belirtilmektedir (55). Jo Kay ve arkadaşları Los Angeles'da 1282 miyadında

normal ağırlıkta ve 1027 preterm doğum yapan kadınla yaptıkları retrospektif vaka kontrol çalışmasında da eş desteğinin kronik stresin etkisini değiştirerek preterm doğum riskini azaltabileceğini saptamışlardır (34).

TNSA 2003 verilerine göre 15-49 yaş grubundaki kadınlar nüfusun %22'sini oluşturmaktadır (87). Toplam kadın nüfusunun %19,3'ünü 15- 24, %16,0'ını 25- 34 ve %18,5'ini de 35- 39 yaş grubundaki kadınlar meydana getirmektedir (85, 88). Çalışmada riskli gebelerin yaş ortalaması  $26.85 \pm 6.79$  olup benzer çalışmalarla uyumludur (22, 55, 75, 89). Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ile sosyal destek ölçeği alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (58). Okanlı ve arkadaşlarının çalışmasında da gebelerin yaşları ile sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, ancak yaş ilerledikçe sosyal destek puanının azaldığı saptanmıştır (55). Aynı şekilde Yılmaz ve Beji'nin de yaptıkları çalışmada yaş grupları ile stresle başa çıkma tarzları alt boyutları arasında istatistiksel olarak ilişki bulunamamıştır (92).

Bu çalışmada ise yaş ortalamasına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Ölçeklerinden 'Özel Kişi Desteği' arasında anlamlı negatif korelasyon ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçeklerinden de 'Boyun Eğici Yaklaşım' arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Yaş arttıkça gebelerin özel kişiden aldıkları destek azalmakla birlikte gebelerin daha fazla boyun eğici yaklaşım içinde oldukları saptanmıştır. Yaş ilerleyip sorumluluk arttıkça kişi destek ilişkisinin verici üyesi haline gelmektedir.

Çalışmaya katılan riskli gebelerin eğitim durumuna bakıldığında %40.9'unun okuma yazma bilmediği bulunmuştur. TNSA 2008 raporuna göre ise Türkiye'de son on yıl içinde, ilköğretimin en az ikinci kademesini (8 yıllık zorunlu eğitim) bitiren kadınların oranı yüzde 65 artmış, ilköğretimin birinci kademesini (5 yıl) bitirmemiş kadınların oranı da yüzde 41 azalmıştır. Kadınların yaklaşık beşte biri, eğitimi olmayan veya ilköğretimi tamamlamamış kadınlardır. Kadınların yaklaşık yüzde 52'si sadece ilköğretim birinci kademe eğitimi tamamlamışlardır (88).

Kılıç ve arkadaşlarının Türkiye'de toplam 200 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, gebelerin gebelikteki risk durumları eğitim düzeylerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (39). Shawky ve Milaat'ın Suudi Arabistan'da yaptıkları çalışmada gebelerin eğitim düzeyleri, ilköğretim ve altı düzeyinden üniversite düzeyine yükseldikçe

riskli gebelik görülme durumlarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır (70).

Çalışmada gebelerin eğitim düzeyleri yükseldikçe aileden ve özel kişiden algıladıkları sosyal destek puanlarının yükseldiği ve beraberinde kendine güvenli yaklaşım ile sosyal destek arama puanlarının da arttığı saptanmıştır. Eğitim düzeyi azaldıkça riskli gebelerin daha çok boyun eğici tutum sergiledikleri belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Beji ve Yılmaz'ın çalışmasında eğitim düzeyi ile kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken yüksek öğretim mezunu gebelerin boyun eğici ve çaresiz yaklaşım puanları daha düşük, sosyal destek arama puanları ise daha yüksek bulunmuştur (92). Elsenbruch ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip oldukları belirlenmiştir (25). Eğitim düzeyi ile algılanan sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu sonuç önceki çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (8, 11, 55, 58, 84). Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin kendini ifade etmesinin ve sosyal paylaşımlarının artmasının, stresle başa çıkarken boyun eğici yaklaşım tarzından uzaklaşmaya ve profesyonel boyutta destekten daha fazla yararlanmaya olumlu katkısı olduğu söylenebilir.

Şahsıvar'ın çalışmasına göre üniversite ve yüksekokul mezunu eşlere sahip ve eşleri memur olan gebelerde riskli gebelik durumu istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş, eşleri memur olan gebeler diğer meslek grupları ile kıyaslandığında; eşi işçi olan, serbest çalışan ve işsiz olan gebelerde riskli gebelik görülme durumu yaklaşık 1.7–2.8 kat artmıştır (76).

Bingöl ve Tel Aksaray'da 328 kişiyle yapmış oldukları çalışmada eşi memur olan annelerin sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (11). Bu çalışmada da eşi memur olan riskli gebelerin algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının ve kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu; boyun eğici puan ortalamalarının da istatistiksel olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Eşin mesleği ve ona bağlı olarak maddi durum ve beraberinde refah seviyelerinin yükselmesi gebelikte görülen olumsuz durumları azaltmaktadır.

Şahsıvar'ın ve Öztanrıöver'in çalışmasında aylık gelir durumu risk taşımayan gebelerde risk taşıyan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur (62,76). Kılıç ve arkadaşlarının



yaptığı çalışmada ise gebelerin gebelikteki risk durumları toplam aylık gelir düzeylerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (39). Mercer ve Ferketich' in yaptıkları çalışmada ise riskli gebelerin %15'inin sosyoekonomik düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (48). Düşük gelir düzeyi tıbbi hizmet alma ve önerileri yerine getirme yönünden risk durumu yaratmaktadır.

Çalışmada aylık gelir durumu yükseldikçe algılanan sosyal destek puan ortalamalarının, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamalarının anlamlı olarak attığı ve beraberinde kendine güvensiz yaklaşım ile boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının anlamlı olarak azaldığını saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Ekonomik durumun kötü olmasının kadını güçsüzleştirdiği ve stresle başa çıkmada boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı daha çok kullanmak zorunda bıraktığı söylenebilir. Yali ve Lobel düşük gelir düzeyi ve eğitim durumuna sahip gebelerin alkol, sigara gibi maddeleri kullanarak hem fetüse hem de kendilerine zarar veren farklı bir başa çıkma yöntemi kullandıklarını tespit etmişlerdir (92). Borcharding ise düşük gelir düzeyine sahip gebelerin başa çıkmada daha çok kaçınmacı tarzı tercih ettiklerini bildirmiştir (92). Kaçınmacı tarzı kullanan kadınlar problemden kaçınmak için uyumakta ya da genellikle insanlarla bir arada olmaktan kaçınmaktadır. Başa çıkmada kaçınmacı tarzın, boyun eğici ve çaresiz yaklaşımın etkisiz bir yöntem olduğu ve düşük gelirli kadınların bu yöntemleri daha çok kullandıkları söylenebilir (92).

Çalışmaya katılan riskli gebelerin %60.6'sı çekirdek aile yapısındadır. Schmiege ve Russo'nun Amerika'da yaptıkları çalışmada gebelerde geniş aile yapısı ile riskli gebelik durumunun arttığı saptanmıştır (69). Bu durum, riskli gebeliğin geniş ailelerde kişi başına düşen gelir, tıbbi kontrol ve sosyal desteğin yetersizliğinin bir sonucu olduğunu düşündürebilir. Okanlı ve arkadaşlarının çalışmasında ailedeki birey sayısı arttıkça, algılanan sosyal destek puanının azaldığı görülmektedir (55). Japonya'da yapılan bir çalışmaya göre de çekirdek aile yapısındaki gebe kadınlarda sosyal desteğin düşük olduğu belirlenmiştir (41). Çalışmamızda çekirdek ailede yaşayan riskli gebelerin algıladıkları arkadaş desteği ve stresle baş etmede sosyal destek arama puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Özdemir ve arkadaşları da aile tipi ile sadece arkadaş desteği arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır (58). Yılmaz ve Beji'nin çalışmasında da çekirdek aile yapısındaki gebelerde sosyal destek arama puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (92). Bu durum geniş aile yapısının, gebelerin sosyal destek arama ihtiyacını azalttığını ve geniş ailenin bu anlamda bir katkı sağladığını düşündürmektedir.

Çalışmada riskli gebelerin yaşadıkları yerleşim yerine göre algıladıkları sosyal destek ve stresle başatme durumları incelendiğinde ilçede yaşayan gebelerde aile desteği, özel kişi desteği, iyimser yaklaşıp ve sosyal destek arama puan ortalamaları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kendine güvenli yaklaşıp puan ortalamasının şehirde yaşayanlarda, boyun eğici yaklaşıp puan ortalamasının ise köyde yaşayanlarda anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Tortumoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında yaşanan yerleşim yeri ve puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır (84). Bu durum ilçelerin köy ve şehir arasında toplumsal olarak bir geçiş özelliği taşıdığı ve bu nedenle de ilçede yaşayanların köyde yaşayanlara göre daha iyimser ve daha fazla eş desteğine sahip olduklarını, şehirde yaşayan çekirdek aile yapısına göre ise daha fazla aile desteğine sahip olduklarını düşündürebilir. Ayrıca köylerdeki geniş aile yapısı ve halen çoğu kırsal bölgede söz hakkının aile büyükleri olan kayınpeder ve kayınvalide de olması geberin boyun eğici tutum sergilemeleri üzerinde etkili olmuş olabileceği kanısındayız.

Çalışmaya katılan riskli gebeliğe sahip kadınların yaklaşık yarısı (%46) akraba evliliği yapmış olup % 36.9'u eşi ile kendi isteğiyle evlenmediğini belirtmesine rağmen eş ile uyumun iyi olma oranı %74.6 olarak bulunmuştur. Çalışmada akraba evliliği ile algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmazken ( $p>0.05$ ), eşiyle kendi isteği ile evlenen riskli gebelerin algıladıkları sosyal destek alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Akraba evliliği yapan gebelerin boyun eğici yaklaşıp, eşiyle kendi isteğiyle evlenmeyen gebelerin ise hem boyun eğici hem de kendine güvensiz yaklaşıp tutumunu benimsedikleri belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Eş seçimine kendi karar veren gebelerin kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama tutumu içinde oldukları saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Algılanan destek ve stresle başa çıkmada kadının kendi söz ve seçme hakkının olumlu, akraba evliliği durumunun ise olumsuz etki yarattığı görülmektedir.

Çalışmaya katılan riskli gebelerin %75.1'i 15-24 yaş aralığında evlenmiş olup ortalama evlenme yaşı  $19.86 \pm 4.31$ 'dir. Bu sonuçlar literatür bilgileri ile uyumludur (62,72,76). Şahsıvarın çalışmasına göre evlenme yaşı gebeliğin risk durumu üzerine etkisizdir (76). Bingöl ve Tel'in çalışmasına göre evlenme yaşı arttıkça sosyal destek düzeyi artmaktadır (11). Bu çalışmada riskli gebelerin evlenme yaş grupları ile algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptayamadık ( $p>0.05$ ).

Genel olarak toplumda gebelik izleminde tespit edilen riskli gebelik nedenlerinden antenatal kanama gebeliklerin %3'ünde, poli/oligohidramnios %0.2 ile 3'ünde, hipertansif hastalıklar %12-22'sinde, İUGG %4-30'unda, preterm eylem %11.9'unda, çoğul gebelikler %3'ünde, diyabetes mellitus %7'sinde, şiddetli hiperemezis gravidarum %0.5-1'inde görülmektedir (76). Çalışmamızda araştırma kapsamına alınan 350 gebenin %19.1'inde antenatal kanama, %14.6'sında preterm eylem, %12.6'sında polihidramnio/oligohidramnios, %9.4'ünde pyelonefrit, %6.0'ında hipertansiyon, %5.7'sinde İUGG, %5.4'ünde eklampsi/preeklampsi, %5.4'ünde prezentasyon anomalileri, %5.1'inde şiddetli hiperemezis gravidarum, %4.6'sında postterm gebelik, %3.1'inde gestasyonel diyabetes mellitus, %3.1'inde grand multiparite, %2.9'unda çoğul gebelik ve %2.9'unda da Rh izoümmünizasyonu görülmektedir.

Pesavento ve arkadaşlarının İtalya'da riskli gebeliği olan 50 kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada, riskli gebelik tanıları incelendiğinde; %32'sinde preterm eylem, %12'sinde hipertansif hastalıklar, %10'unda plasentanın erken ayrılması, %8'inde erken membran rüptürü, %8'inde düşük tehdidi, %6'sında oligohidroamnios, %4'ünde plasenta previa, %4'ünde İUGG, %2'sinde şiddetli hiperemezis gravidarum, %2'sinde gestasyonel diyabetes mellitus bulunmuştur (65). Maloni ve arkadaşlarının 89 riskli gebe üzerinde yaptıkları çalışmada ise gebelerin %69'unun preterm eylem, %10'unun plasenta previa, %10'unun erken membran rüptürü tanıları bulunmaktaydı (49). Bu çalışmada da yapılan diğer araştırmalarda olduğu gibi, bu gebeler risk durumlarına göre seçilerek bu araştırmalara alındıkları için, gebelikte görülen risk etkenlerinin dağılımı toplumdaki doğru sıklıklarını göstermemektedir.

Çalışmada gebelerin riskli tanıları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından sadece aile desteği arasında anlamlı ilişki saptanmış olup prezentasyon anomalileri tanısına sahip riskli gebelerde aile desteği puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Riskli gebelik tanısı ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutlarından kendine güvensiz yaklaşım puan ortalamalarının ise grand multipar gebelerde anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu durum artan gebelik sayısının kadınların stresle başa çıkmasında kendilerine daha güvensiz olduklarını ortaya koymuştur.

TNSA-2003'e göre Türkiye'nin toplam doğurganlık hızı 2.23 olarak bulunmuştur. Bu oran TNSA-2008'de 2.16'ya gerilemiştir. Beklendiği üzere, doğurganlık düzeyi kırsal

alanlarda, kentsel alanlara göre daha yüksektir. Kırsal alanlardaki toplam doğurganlık hızı (2.68) kentsel alanlardaki doğurganlık hızından % 34 daha yüksektir. Türkiye’de doğumların %70’i 30 yaşından önce meydana gelmektedir. Gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 20 yaşın altında ve 35 yaşın üzerinde yapılan doğumlar tüm doğumların yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır. TNSA-2008 sonuçları, doğurganlığın yaş örüntüsünde ilk kez görülen önemli bir değişime dikkat çekmektedir. Daha önceki tüm demografik araştırmalarda en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 20-24 yaş grubunda gözlenirken, TNSA-2008’de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Bu durum, Türkiye’de sadece doğurganlık düzeyinin değil, aynı zamanda, doğurganlığın yaş örüntüsünün de, kadınların doğurganlıklarını ileri yaşlara ertelemeleri nedeniyle, değiştiğini göstermektedir (87,88).

Şahin ve arkadaşının Edirne’de yaptığı araştırmada ortalama gebelik sayısı 1.78, Balcı ve arkadaşlarının Erciyes Üniversitesi’nde yaptığı araştırmada 2.3, Efe’nin İstanbul’da yaptığı araştırmada 2.3, Altınparmak’ın Manisa’da yaptığı araştırmada 2.4, Xie ve arkadaşlarının Çin’de yaptıkları araştırmada 2.16, bu araştırmada ise 3.30’ dur (6, 75, 90).

Çalışmamızda gebelik sayısı arttıkça aile desteği, özel kişi desteği ve kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları azalmakta iken boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları artmaktadır ( $p<0.05$ ). Okanlı’nın, Özdemir’in, Chou ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalara göre gebelik sayısı ile sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz olmasına rağmen 1. ve 2. gebeliği olanların sosyal destek puanları daha yüksek bulunmuştur (15, 55, 58). Yılmaz ve arkadaşının çalışmasına göre ise gebelik sayısı ile SBÇTÖ alt boyutları arasında fark bulamamıştır (92).

Çalışmaya katılan riskli gebelerin, gebelik haftası olarak %83.7’ü üçüncü trimester, %16.3’ü ise ikinci trimesterdedir. Bu gebelerin %52’sinin risk faktörü üçüncü trimesterde başlamıştır. Huizink ve arkadaşlarının normal gebelerin başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla 230 gebeyle yaptıkları çalışmada gebelerin ilk trimesterde emosyonel odaklı, ikinci trimesterde hem emosyonel hem de problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullandıkları son trimesterde de bunun devam ettiği bildirilmiştir (33). Çalışmamızda bu araştırmanın sonucuna benzer şekilde gebelik haftasına göre algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir (33, 58, 92).

Çalışmadaki riskli gebelerin %28.3'ü risk faktörü başlamadan önce stresli bir yaşam olayı geçirdiklerini belirtmiştir. Çalışmaya göre risk faktörü başlamadan önce stresli durumla karşılaşan gebelerin daha çok boyun eğici ve kendine güvensiz tutum sergilediklerini ve bunun tersi olarak stresli yaşam olayı ile karşılaşmayan riskli gebelerin algıladıkları özel kişi desteğinin yüksek olduğunu, kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama odaklı başa çıkma tarzlarını kullandıkları belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Akan'ın 139 gebe ile Mersin'de yaptığı çalışmada planlı olmayan gebelik oranı %23.7, Chou ve arkadaşlarının Tayvan'da 91 gebe ile yaptığı çalışmada %40.7, Sözeri ve arkadaşlarının çalışmasında %20.7, Cebeci ve arkadaşlarının çalışmasında %19, Pasinoğlu'nun çalışmasında %9.7, çalışmamızda ise % 19.7 olarak bulunmuştur (2,13, 15, 64, 72).

Gebeliğin planlı olup olmaması gebeliğin kabulünü etkileyebilir. Gebeliği isteyen kadının gebeliğe uyumu daha kolay olacaktır. Gebeliğin planlı olup olmaması gebenin ambivalan duygular yaşamasını etkileyebilir (89). İstenmeyen gebelik, sorunlu gebelik, erken ya da geç doğum kalıcı bedensel ve zihinsel özürlere neden olabileceği gibi, kişinin benlik gelişimini ve benlik gücünü bozabileceği, psikososyal streslere dayanma ve baş edebilme gücünü düşürebileceği ifade edilmiştir (5).

Gebeliğin istenme durumu ile aile desteği ve özel kişi desteği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu durum Özdemir, Bingöl ve Tel'in çalışmalarıyla uyumludur (11,58). Gebeliğini isteyen kadınların özel insandan (eşlerinden) algılanan sosyal destek puanı, aile ve arkadaştan algılanan sosyal destek puanından daha yüksektir. İstenilen gebelikler kadının eşiyle olan ilişkilerini olumlu yönde etkilediği için gebeler eşlerinden daha fazla destek görürler (14).

Çalışmada gebeliği planlı olan gebelerin, gebeliği planlı olmayan gebelere göre kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları yüksek, kendine güvensiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yılmaz ve arkadaşının çalışmasında da gebeliği planlı olmayan kadınların stresle başa çıkarken boyun eğici yaklaşımı daha çok kullandıkları görülmektedir (92). Chou ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer bulgulara rastlanmıştır (15).

Kadının toplumsal statüsünün erkek çocuk doğurması ile arttığı fikrinin hala mevcut olduğu ülkemizde, doğacak olan bebeğin cinsiyeti özellikle kırsal kesimde önemli olmaktadır (89). Çalışmada erkek bebek beklentisi olan riskli gebelerin oranı %15.7'dir.

Çalışmada, doğacak bebeğin cinsiyetiyle ilgili beklenti ile algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ) ancak erkek bebek beklentisi olan gebelerin kendine güvensiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Xie ve arkadaşlarının çalışmasında prenatal sosyal destekte cinsiyetle bağlantılı değişiklik gözlenmese de erkek bebek dünyaya getiren kadınların postnatal dönemdeki sosyal destek skorlarının çok daha yüksek olduğu belirtilmiştir (90).

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniğinde yatan riskli gebelerde algılanan sosyal destek ve stresle baş etme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmamızın sonuçlarını şöyle sıralanabiliriz;

- Araştırmaya katılan gebelerin %42'si 15-24 yaş, %43.1'i 24-35 yaş, %12.9'u 35-44 yaş ve %2'si 45 yaş ve üzerinde olup yaş ortalaması  $26.85 \pm 6.79$ 'dur.
- Gebelerin %40.9'u okuma yazma bilmemekte, %20.6'sı okur yazar, %24.3'ü ilkokul mezunu, %8.3'ü ortaokul mezunu, %4.9'u lise mezunu ve %1.1'i üniversite mezunu olup %98.6'sı çalışmamaktadır.
- Gebe kadınların eşlerinin %35.7'si ilkokul mezunu, %23.7'si okur yazar, %35.7'si mevsimlik işçi, %20.6'sı esnaf, %4.9'u memur ve %8.6'sı işsizdir.
- Çalışmaya katılan gebelerin %45.4'ünün aylık geliri asgari ücretin altında, büyük çoğunluğunun sağlık güvencesi (%68.6) yeşil kart ve %5.1'inin sağlık güvencesi bulunmamaktadır.
- Gebelerin %51.7'si şehirde, %27.7'si köyde ve %20.6'sı ilçede yaşamakta olup %60.6'sı çekirdek aile ve %39.4'ü geniş ailede yaşamaktadır.
- Gebelerin %28.3'ü eşiyile yakın akraba evliliği, %17.7'si kan bağı olmayan uzak akraba evliliği yapmıştır.
- Gebelerin %75.1'i 15-24 yaş grubunda, %12.3'ü 24-35 yaş grubunda, %11.4'ü 15 yaşın altında, % 1.1'i 35 yaş ve üzerinde evlenmiş olup ortalama evlenme yaşı  $19.86 \pm 4.31$ 'dir .
- Araştırmaya alınan riskli gebelerin %19.1'i Antenatal kanama, %14.6'sı preterm eylem, %12.6'sı polihidramnios/oligohidramnios, %9.4'ü pyelonefrit, %6.0'ı hipertansiyon, %5.7'si intrauterin gelişme geriliği, %5.4'ü eklampsi/preeklampsi, %5.4'ü prezentasyon anomalileri, %5.1'i şiddetli hiperemesis gravidarum, %4.6'sı postterm gebelik, %3.1'i gestasyonel diyabetes mellitus ,%3.1'i grand multiparite,

%2.9'u çoğul gebelik ve %2.9'u Rh izoümmünizasyonu tanısı ile antenatal kliniğine yatmıştır.

- Çalışmaya katılan riskli gebelerin %29.7' si ilk kez gebe kalırken %22'si beş ya da beşten fazla sayıda gebe kalmış olup %69.4'ünün hiç abortusu olmamış, %20.9'unun bir kez abortusu olmuştur.
- Çalışmaya katılan ve ilk gebeliği olmayan riskli gebelerin bir önceki gebeliği %40.6 normal vajinal doğum, %11.4 sezaryen doğum, %16.6 abortus ve %1.7 ölü doğum ile sonuçlanmıştır.
- Gebe kadınların % 6.3' ü gebelikleri boyunca hiç sağlık kontrolüne gitmemiş, %90.3'ü iki ya da daha fazla sayıda kontrole gitmiştir.
- Riskli gebelerin %83.7' si gebeliğinin 3. trimesterında, %16.3'ü gebeliğinin 2. trimesterındadır. Gebelikteki risk faktörü %30.3 oranında 1.trimesterden, %17.7 oranında 2. trimester ve %52 oranında 3. trimesterde itibaren görülmeye başlanmıştır. Gebelerin %25.7'sinde anemi görülmektedir.
- Riskli gebelerin %16.3 'ü riskli durumdan dolayı kendilerini suçlamakta ve %71.7' si risk faktörü başlamadan önce stresli bir olay yaşamadığını belirtmektedir.
- Riskli gebelerin %63.1' i eşiyile kendi isteğiyle evlenmiştir. Gebelerin %74.6' sının eşiyile uyumu iyi, %6.9'unun eşiyile uyumu kötüdür.
- Gebelerin büyük çoğunluğu (%80.3) isteyerek gebe kalmış ve %66.6'sı doğacak bebeğin cinsiyeti ile ilgili bir beklentisinin olmadığını belirtmiştir.
- Riskli gebelerin algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları ile stresle başa çıkma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ( $r=0.354$ ,  $p<0.05$ ) olduğu saptanmıştır.
- Riskli gebelerin yaş ortalaması ile ölçeklerin alt boyutlarından olan özel kişi desteği( $r=-0.206$ ,  $p<0.05$ ) ve boyun eğici yaklaşım( $r=0.152$ ,  $p<0.05$ ) arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır.
- Eğitimi olan riskli gebelerin eğitim olmayan riskli gebelere göre ölçek alt boyutları olan aile desteği( $t=-4.879$ ,  $p<0.05$ ), özel kişi desteği( $t=-4.814$ ,  $p<0.05$ ), kendine güvenli yaklaşım( $t=-6.141$ ,  $p<0.05$ ), sosyal destek arama( $t=-3.159$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek; boyun eğici yaklaşım( $t=5.792$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamaları ise anlamlı derecede düşüktür.
- Eşi memur olan riskli gebelerin arkadaş desteği( $F=3.477$ ,  $p<0.05$ ), özel kişi desteği ( $F=5.422$ ,  $p<0.05$ ), kendine güvenli yaklaşım( $F=2.711$ ,  $p<0.05$ ), iyimser yaklaşım



( $F=3.488$ ,  $p<0.05$ ) ve sosyal destek arama ( $F=4.495$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamalarının eşi çalışmayan, eşi işçi olan ve eşi serbest çalışan riskli gebelerin puan ortalamalarına oranla anlamlı olarak yüksek olduğu; boyun eğici yaklaşım ( $F=5.076$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamalarının ise anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır.

- Çalışmaya katılan riskli gebelerden aylık gelir durumu asgari ücretin üzerinde olan gebelerin ölçek alt boyutları olan aile desteği ( $F=17.300$ ,  $p<0.05$ ), arkadaş desteği ( $F=6.083$ ,  $p<0.05$ ), özel kişi desteği ( $F=22.163$ ,  $p<0.05$ ), kendine güvenli yaklaşım ( $F=26.640$ ,  $p<0.05$ ), iyimser yaklaşım ( $F=15.426$ ,  $p<0.05$ ), ve sosyal destek arama ( $F=11.580$ ,  $p<0.05$ ), puan ortalamaları aylık gelir durumu asgari ücret olan ya da asgari ücretin altında olan riskli gebelerden anlamlı olarak yüksek; kendine güvensiz yaklaşım ( $F=9.502$ ,  $p<0.05$ ), ve boyun eğici yaklaşım ( $F=17.000$ ,  $p<0.05$ ), puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur.
- Çekirdek aile tipinde yaşayan riskli gebelerin ölçek alt boyutlarından arkadaş desteği ( $t=-2.450$ ,  $p<0.05$ ) ve sosyal destek arama ( $t=-2.636$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamalarının geniş aile tipinde yaşayan riskli gebelerin arkadaş desteği ve sosyal destek arama puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.
- İlçede yaşayan gebelerin köyde ve şehir merkezinde yaşayan gebelere göre ölçek alt boyutları olan aile desteği ( $F=3.148$ ,  $p<0.05$ ), özel kişi desteği ( $F=3.168$ ,  $p<0.05$ ), iyimser yaklaşım ( $F=5.639$ ,  $p<0.05$ ) ve sosyal destek arama ( $F=4.121$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamaları istatistiksel olarak daha yüksektir. Kendine güvenli yaklaşım ( $F=11.907$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamasının şehirde yaşayanlarda, boyun eğici yaklaşım ( $F=5.309$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamasının ise köyde yaşayanlarda diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Riskli gebelerin eşleriyle akraba evliliği yapma durumları ile algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).
- Akraba evliliği yapmış olan riskli gebelerin akraba evliliği yapmayanlara göre boyun eğici yaklaşım ( $t=-2.475$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek, kendine güvenli yaklaşım ( $t=2.178$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamalarının ise anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir.
- Riskli gebelerin evlenme yaş grupları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçekleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

- Çalışmaya katılan gebelerin riskli tanıları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarından sadece aile desteği ( $F=1.916$ ,  $p<0.05$ ) arasında, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutlarından da kendine güvensiz yaklaşım ( $F=1.805$ ,  $p<0.05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Ortalama gebelik sayıları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Ölçeklerinden aile desteği ( $r=-0.318$ ,  $p<0.05$ ) ve özel kişi desteği ( $r=-0.259$ ,  $p<0.05$ ) arasında; Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçeklerinden kendine güvenli yaklaşım ( $r=-0.215$ ,  $p<0.05$ ) ve boyun eğici yaklaşım ( $r=0.197$ ,  $p<0.05$ ) arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan riskli gebelerin gebelik haftaları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçekleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p<0.05$ ).
- Gebelikte risk faktörleri başlamadan önce stresli bir durum yaşamayan riskli gebelerin risk faktörleri başlamadan önce stresli bir durum yaşayan riskli gebelere göre ölçek alt boyutlarından olan özel kişi desteği ( $t=-5.143$ ,  $p<0.05$ ), kendine güvenli yaklaşım ( $t=-2.618$ ,  $p<0.05$ ), iyimser yaklaşım ( $t=-5.048$ ,  $p<0.05$ ) ve sosyal destek arama ( $t=-2.695$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek; kendine güvensiz yaklaşım ( $t=5.802$ ,  $p<0.05$ ) ve boyun eğici yaklaşım ( $t=4.571$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamaları ise anlamlı olarak daha düşüktür.
- Eşleriyle kendi isteği ile evlenen riskli gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Alt ölçekleri olan aile desteği ( $t=4.741$ ,  $p<0.05$ ), arkadaş desteği ( $t=2.277$ ,  $p<0.05$ ) ve özel kişi desteği ( $t=6.979$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamalarının eşiyile kendi isteği ile evlenmeyen riskli gebelerin aile desteği, arkadaş desteği ve özel kişi desteği puan ortalamalarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Eşiyile kendi isteği ile evlenen riskli gebelerin eşiyile kendi isteği ile evlenmeyen riskli gebelere oranla Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçeklerinden olan kendine güvenli yaklaşım ( $t=5.779$ ,  $p<0.05$ ), iyimser yaklaşım ( $t=6.038$ ,  $p<0.05$ ), sosyal destek arama ( $t=4.343$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek; kendine güvensiz yaklaşım ( $t=-3.849$ ,  $p<0.05$ ) ve boyun eğici yaklaşım ( $t=-4.670$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamaları istatistiksel olarak daha düşüktür.
- Riskli gebelerde gebeliğin istenme durumu ile aile desteği ( $t=3.121$ ,  $p<0.05$ ) ve özel kişi desteği ( $t=3.419$ ,  $p<0.05$ ), kendine güvenli yaklaşım ( $t=3.291$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır. Plansız gebeliğe

sahip riskli gebelerin kendine güvensiz yaklaşım (-2.592,  $p<0.05$ ) ve boyun eğici yaklaşım ( $t=-4.194$ ,  $p<0.05$ ) puan ortalamaları daha yüksektir.

- Riskli gebelerin cinsiyet beklentisi Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçeklerinden alınan puan ortalamalarını etkilememiştir.

## 6.2.Öneriler

Araştırma sonuçlarına göre şu önerilerde bulunulabilir;

- Sağlık personelinin bireyi biyo- psikososyal yönden tam bir bütün olarak ele alması ve sağlık ekibi üyelerinin kadınların gebelikleri sırasında ruhsal bir takım problemler yaşayabilmeleri ve bu problemlerin erken tanınmaması nedeniyle görülebilecek ruhsal sıkıntıları engelleyebilmek için gebenin fiziksel bakımının yanı sıra psikososyal bakımıyla da ilgilenmesi,
- Antenatal bakımın niteliğinin artırılması için gerekli fizik yapı yanında eğitimli personelin sağlanması,
- Gebelerin ruhsal yönden değerlendirilebilmesi için disiplinler arası liyezon oluşturulması, bu alanda çalışabilecek uzman konsültasyon liyezon psikiyatri hemşirelerinin kadın sağlığı ve hastalıkları alanlarında görev yapmaları,
- Antenatal bakım kapsamında gebelere; gebelik, doğum, gebelikte yaşanan sorunlar, gebelikteki riskli durumlar ve gebelikte görülen psikolojik değişikliklerle ilgili bilgi verilmesi, böylece gebelerin yaşadıkları sorunları bilerek gebelikle ilgili korku ve kaygılarının azaltılması ve gebelerin gebeliğe ruhsal uyumlarının sağlanarak kendilerini daha iyi hissetmelerinin kolaylaştırılması,
- Antenatal bakım sırasında sağlık profesyonellerinin; öğrenim düzeyi ve aylık gelir düzeyi düşük olan, gebeliği planlı olmayan, akraba evliliği yapmış olan, eşiyle kendi isteği ile evlenmemiş olan, multipar gebeliğe sahip gebelerin sosyal destek düzeylerini dikkatli bir biçimde değerlendirmesi ve stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemleri belirleyerek bunlara yönelik girişimler planlaması,
- Gebenin eşi başta olmak üzere ailesine; gebelikte kadının hassaslığı, duygusallığı ve desteğe olan ihtiyaçları konusunda bilgi verilmesi,
- Eşi ve ailesi tarafından yeterince destek görmeyen gebelere hemşireler tarafından gerekli desteğin sağlanması, gebenin sosyal destek kaynaklarını kullanması için teşvik

edilmesi ve yapılacak olan hemşirelik hizmetlerinde ailenin bir bütün olarak ele alınması,

- Perinatoloji alanında hizmet veren tüm hemşirelerin riskli gebelikler konusunda bilgilerinin yenilenmesi, eğitim programları ile desteklenmesi, riskli gebeleri güvenli bir doğuma ve sağlıklı yenidoğana kavuşturacak modern hemşirelik bakımının yerine getirilmesi önerilir.

## 7.KAYNAKLAR

- 1- Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK,Özer ÖA, Kara H. COPE(Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği) Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6: 221-226.
- 2- Akan N, Kaya D. Planlı ve planlı olmayan gebeliklerde yaşanan anksiyete. Hemşirelik Forumu Dergisi,2010;13(1):18-24.
- 3- Akbaba S, Gözüm S. Bireyin kendisiyle olumlu diyalog kurma öğretiminin stresle başa çıkma üzerine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,1998;1(1):55-64.
- 4- Akbaş E. Gebe kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2006.
- 5- Akbaş E, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi,2008;45(3):85-91.
- 6- Altınparmak S. Gebelerde sosyodemografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;5: 416-23.
- 7- Altuntaş E. Stres Yönetimi. 1. basım, Alfa Aktüel Yayınları, İstanbul, 2003; 131-179.
- 8- Arıkan D, Kahriman İ. Yenidoğan bebeği olan primipar annelerin ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin sorun çözme becerilerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2002;5(1):60-67.
- 9- Aslan Ş. Örgütsel ortamda bireysel stresle başa çıkma tutumlarının araştırılması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi:67-84. [www.sosyalbil.selcuk.edu.tr](http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr).
- 10-Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. 16.basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1999;300-304.
- 11-Bingöl YT, Tel H. Postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2007;10(3):1-6.

- 12-Brugha Ts, Wheatley S, Taub NA, et all. Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. *Psychol Med*, 2000;30(6):1273-81.
- 13-Cebeci AS, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı : obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*,2002,10(1):11-18.
- 14-Charlan D, Kroelinger MA, Kathryn S. Partner support and pregnancy wantedness. *Birth Berkeley Calif*, 2000; 27(2): 112-119.
- 15-Chou FH, Kuo SH, Wang RH. A longitudinal study of nausea and vomiting, fatigue and perceived stress in, and social support for pregnant women through the three trimesters. *Kaohsiung J Med Sci*. 2008; 24(6): 306-14.
- 16-Chou FH, Avant KC, Kuo SH, Fetzer SJ. Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning and psychosocial adaptation in a sample of mothers: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45(8): 1185-91.
- 17-Coşkun A. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı.1. Baskı, Vehbi Koç Yayınları, İstanbul, 1996; 36-40,49-70.
- 18-Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. 9. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2008; 321-326.
- 19-Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* , 2011; 3(1):142-162.
- 20-Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,2007;8:132-139.
- 21-Derbent A, Turhan ÖN. Erken doğum riski ve tahmini.Yeni Tıp Dergisi, 2009;26: 139-144.
- 22-Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005;21(1):115-126.
- 23-Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*,2001;12(1):17- 25
- 24-Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995;10(34): 45- 55.
- 25-Elsenbruch S, Benson S, Rucke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 2007; 22(3): 869-77.
- 26-Erci B.Halk Sağlığı Hemşireliği. Göktuğ Basın Yayın Dağıtım, Ankara, 2009;78-91.

- 27-Esmek M. Psikiyatri servisinde yatan şizofren hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi. S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2007.
- 28-Gilbert E, Harmon J. Taşkın L(Çeviri Editörü). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı.2. Baskı, Palme Yayıncılık, Ankara, 2002.
- 29-Gözüyeşil YE, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,2008, 3(9):39-66.
- 30-Güçlü N. Stres yönetimi. G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi,2001; 21(1): 91-109.
- 31-Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. TC.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı No:2-B, Ankara,2005.
- 32- Hocoğlu Ç, Ayvaz S, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili risk etkenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4):243-251.
- 33- Huizink AC, de Medina PG, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. Coping in normal pregnancy. Ann Behav Med., 2002;24(2):132-40.
- 34-Jo Kay CG, Michelle HW, Christine DS, Christina AL, Beate RR. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles County mothers. Arch Womens Ment Health ,2010;13: 327-338.
- 35-Kaçmaz N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği: tarihsel bakış. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2006; 9(1):75-85.
- 36-Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. Midwifery,2009;25: 344-356.
- 37-Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi,2007;8: 113-120.
- 38-Kennerley H, Gath D. Maternity blues. III. Associations with obstetric, psychological, and psychiatric factors. Brit J of Psych 1989;155: 367-73.
- 39-Kılıç S, Uçar M, Temir P, Erten Ü, Şahin E, Karaca B, Yüksel S, Özkır F. Hamile kadınlarda doğum öncesi bakım alma sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(2):91-97.
- 40-Kişnişçi A, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T, Önderoğlu S. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı, Günes Kitabevi, Ankara, 1996, 317-332.
- 41-Kita A. Quality of social network for pregnant women in Japan with focus on parity and family structure. Kobe J Med Sci, 2000;46(3):125-136(Abstr.)

- 42-Kocabaşoğlu N, Bařer SZ. Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar.İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi S¼rekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 2008; 62:349-354.
- 43-Kocaman N. Kons¼ltasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği rolleri. Atat¼rk niversitesi Hemşirelik Y¼ksekokulu Dergisi, 2005;8(3):109-116.
- 44-Kuđu N, Aky¼z G. Gebelikte ruhsal durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi, 2001; 23(1):61-64.
- 45-Kum N. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. 2. baskı, Vehbi Koç Yayınları, İstanbul, 2000; 25-33.
- 46-Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 487-490.
- 47-Levento KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe JS, Sheffield JS, Yost NP. Williams Doğum Bilgisi El Kitabı.21. baskı, G¼neř Kitabevi, İstanbul, 2004.
- 48-Maloni JA, Park S, Anthony MK, Musil CM. Measurement of antepartum depressive symptoms during high-risk pregnancy. *Res Nurs Health*. 2005; 28(1): 16-26.
- 49-Maloni JA, Ponder MB. Fathers experiences of their partners antepartum bedrest. *Image J Nurs Sch*. 1997; 29(2):183-188.
- 50-Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol*. 2001; 97(6): 988-93.
- 51-Molu GN. S¼ Tıp fakóltesi psikiyatri servisinde duygulanım bozukluğu tanısı ile yatan hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme d¼zeylerinin belirlenmesi. S.¼ Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼, Y¼ksek Lisans Tezi, Konya, 2008.
- 52-Nelson DB, Grisso JA, Joffe MM, Brensinger C, Shaw L, Datner E. Does stress influence early pregnancy loss. *Ann Epidemiol*, 2003;13(4):223-229.
- 53-Neter E, Collins NL, Lobel M, Dunkel-Schetter C. Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Womens Health* 1995;1(1): 51-75.
- 54-O'Brien ET, Quenby S, Lavender T. Women's views of high risk pregnancy under threat of preterm birth.*Sex Reprod Healthc*,2010;1(3):79-84.
- 55-Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ve problem ç¼zme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003; 4: 98-105.
- 56-Oskay Y¼. Y¼ksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı.*Perinatoloji Dergisi*,2004; 12(1): 11-16.



- 57-Oskay YÜ, Şahin NH. Hastanede yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan stresörler. Hemşirelik Forumu Dergisi,2003,6(3):33-39.
- 58-Özdemir F, Bodur S, Nazik E, Nazik H, Kanbur A. Hiperemezis gravidarum tanısı alan gebelerin sosyal destek düzeyinin belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010; 9(5):463-470.
- 59-Özgüven Eİ. Ailede iletişim ve yaşam.1.baskı, Nobel İletişim Yayıncılık, Ankara,2005.
- 60-Özmen M, Önen B. Stresle Başa Çıkma Yolları. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No:47,2005;171-180.
- 61-Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş, İstanbul, 1993;203-207.
- 62-Öztanrıöver S. Riskli gebelerde ruhsal sorunlar. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 1998; 51-7.
- 63-Pamuk S, Arslan H. Hastanede yatan riskli gebelerde hastane stresörlerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2009;2(2):23-32.
- 64-Pasinlioğlu T .Health education for pregnant women: the role of background characteristics. Patient Education and Counseling, 2004;53 (1):101-106.
- 65- Pesavento F, Marconcini E, Drago D. Quality of life and depression in normal and in high-risk pregnancy. Analysis of a sample of 100 women. Minerva Ginecol. 2005; 57(4): 451-60.
- 66-Roman LA, Gardiner JC,Lindsay JK,Moore JS at all. Alleviating perinatal depressive symptoms and stress: a nurse-community health worker randomized trial. Arch Womens Ment Health,2009;12(6):379-391.
- 67-Rondo PH, Ferreira RF, Nogueira F, et al. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. Eur J Clin Nutr 2003; 57(2): 266-272.
- 68-Sayil M, Güre A,Uçanok Z. First time mothers' anxiety and depressive symptoms across the transition to motherhood: associations with maternal and environmental characteristics. Women Health,2006; 44(3): 61-77.
- 69-Schmiege S, Russo NF. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. BMJ, 2005; 3; 331(7528): 1303.
- 70-Shawky S, Milaat W. Early teenage marriage and subsequent pregnancy outcome. East Medit Health J. 2000; 6: 46-54.

- 71-Sivaslıoğlu AA, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi El Kitabı. Tusem Tıbbi Yayıncılık, Ankara, 2005.
- 72-Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,2006, 1(2):92-102.
- 73-Swallow BL, Lindow SW, Masson EA, Hay DM. Psychological health in early pregnancy: relationship with nausea and vomiting. J Obstet Gynaecol. 2004; 24(1): 28-32.
- 74-Şahin HN, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi,1995;10(34): 56-73.
- 75-Şahin ME, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2010; 27(1):5158.
- 76-Şahsıvar ŞM, Riskli gebeliklerde depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Konya, 2007.
- 77-Şen S. Erken (preterm) doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir,2006.
- 78-Şirin A, Kavak O. Kadın Sağlığı. 1. baskı, Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 2008;489-563.
- 79-Takizawa T, Kondo T, Sakihara S, Ariizumi M, Watanabe N, Oyama H. Stress buffering effects of social support on depressive symptoms in middle age: reciprocity and community mental health. Psychiatry Clin Neurosci, 2006;60(6):652-61.
- 80-Tarhan N. Mutluluk psikolojisi/ Stresi Mutluluğa Dönüştürmek. 16. baskı, Timaş Yayınları Psikoloji Dizisi, İstanbul, 2011.
- 81-Taşkın L. Doğumve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 5. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2003.
- 82-Temel E, Bahar A, Çuhadar D. Öğrenci hemşirelerin stresle başetme tarzları ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(5): 107-118.
- 83-Terakye G. Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri. Genişletilmiş 2. baskı, Ankara,1994.
- 84-Tortumluoğlu G, Okanlı A, Erci B. Gebelerin aile ortamını algılamaları ile öz bakım gücü arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2003;6(1):24-36.
- 85-Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3(9): 157-172.

- 86-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 1999.
- 87-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
- 88-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2009.
- 89-Üstünsöz A, Çil S, Güvenç G. Sağlıklı gebeler ile yüksek riskli gebelerde ambivalan duyguların karşılaştırılması. Hemşirelik Forumu Dergisi, 2005;1-5.
- 90-Xie RH, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. Ann Epidemiol 2009;19: 637-643.
- 91-Yavuz R.Stres ve Kişilik. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No:47,2005;39-43.
- 92-Yılmaz DS, Beji KN. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi, 2010;20(3):99-108.
- 93-Yurdakoş E. Stres Fizyolojisi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No:47,2005;89-96.

## EK I

### SOSYO DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1-Anket No:

2- Tarih:

3- Adı Soyadı:

4- Adres:

5- Telefon:

6- Doğum Tarihi (Yaş):

7- Eğitim düzeyiniz:

1-Okur yazar değil

2-Okur yazar

3-İlkokul mezunu

4-Ortaokul mezunu

5-Lise mezunu

6-Yüksekokul mezunu

8-Eşinizin eğitim düzeyi:

1-Okur yazar değil

2-Okur yazar

3-İlkokul mezunu

4-Ortaokul mezunu

5-Lise mezunu

6-Yüksekokul mezunu

9-Gelir getirici herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1- Evet:

1- İşçi

2- Memur

3- Mevsimlik işçi

4- Diğer

2- Hayır

10-Eşiniz gelir getirici herhangi bir işte çalışıyor mu?

1-Evet:

1- İşçi

2- Memur

3- Esnaf

4- Mevsimlik işçi

5- Diğer

2- Hayır

11-Asgari ücret sınırına göre gelir düzeyiniz aşağıdakilerden hangisine uyuyor?

1-İyi

2- Orta

3-Kötü

**12-Sosyal güvence durumunuz:**

- |                       |                |
|-----------------------|----------------|
| 1-Sağlık güvencem yok | 4-Bağ-Kur      |
| 2-Emekli Sandığı      | 5-Yeşil Kart   |
| 3-SSK                 | 6-Diğer(.....) |

**13- Yaşadığınız yer:**

- |       |          |        |      |
|-------|----------|--------|------|
| 1-Köy | 2-Kasaba | 3-İlçe | 4-İl |
|-------|----------|--------|------|

**14- Aile tipiniz nedir?**

- |              |                  |
|--------------|------------------|
| 1-Geniş aile | 2- Çekirdek aile |
|--------------|------------------|

**15-Eşinizle akrabalık durumunuz nedir?**

- 1- Akrabalık yok
- 2- Yakın akraba
- 3- Kan bağı olmayan uzak akrabalık

**16- Eşinizle kendi isteğiniz ile mi evlendiniz?**

- |         |          |
|---------|----------|
| 1- Evet | 2- Hayır |
|---------|----------|

**17-Evlenme yaşıınız:.....**

**18-İlk doğum yaşıınız: .....**

**19- Toplam gebelik sayısı :**

- 1- Canlı doğum sayısı :
- 2- Ölü doğum sayısı :
- 3- Yaşayan çocuk sayısı :
- 4- İstemli(provake) düşük sayısı:
- 5- İstemsiz (spontan) düşük sayısı:

**20- Bu bebeğe isteyerek mi hamile kaldınız?**

- |         |          |
|---------|----------|
| 1- Evet | 2- Hayır |
|---------|----------|

**21-Gebeliğiniz boyunca kaç kez doktora/sağlık personeline kontrole gittiniz?**

- 1- Hiç kontrole gitmedim
- 2- 1 kez kontrole gittim
- 3- 2 kez ve üstü



**29- Hemoglobin değeri (.....)**

**30-Risk faktörü başlamadan önce önemli bir yaşam olayı geçirmiş mi?**

1- Evet

2- Hayır

**Cevabınız evet ise nasıl bir olay yaşadınız?.....**  
.....

**31-Bu risk faktöründen dolayı kendinizi suçluyor musunuz?**

1- Evet

2-Hayır

**32-Bebeğin hayatınıza getireceği değişiklikler hakkında ne düşünöyorsunuz?  
Bununla ilgili endişeleriniz var mı?.....**  
.....

**33-Eşiniz ile uyumunuz nasıl?**

- 1- Eşimle çok uyumluyuz, problemimiz yok
- 2- Dış çevreden müdahaleye maruz kalıyoruz
- 3- Eşimle uyumsuzuz, problemlerimiz var
- 4- Diğer

## EK II

### ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin altında cevaplarınızı işaretleyebilmeniz için '1' den '7' ye kadar rakamlar verilmiştir. Verilen cümlenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin altındaki rakamlardan yalnızca bir tanesini işaretleyiniz.

**Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz.**

1.İhtiyacım olduğunda yanımda özel bir insan var.

**Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet**

2.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.

**Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet**

3.Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

**Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet**

4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

**Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet**

5.Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.

**Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet**

6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

**Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet**

7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

**Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet**

8.Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

**Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet**

9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

**Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet**

10. Yanımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

**Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet**

11. Kararlarımı vermemde ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

**Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet**

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

**Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet**



### EK III

#### STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda ifadeler size ne kadar uygunsu onu işaretleyiniz

BİR SIKINTI OLDUĞUNDA	Hiç	Az	Orta	Çok
Kimsenin bilmesini istemem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İyimser olmaya çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bir mucize olmasını beklerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Başa gelen çekilir diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sakin kafa ile düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kendimi kapana kısılmış gibi hissedirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücümü kendimde bulurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İş olacağına varır diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemin çözümü için adak adarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## BİR SIKINTI OLDUĞUNDA

	Hiç	Az	Orta	Çok
Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemleri adım adım çözmeye çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mücadeleden vazgeçerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sorunun benden kaynakladığını düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hakkımı savunabileceğime inanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olaylar karşısında kaderim buymuş derim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
“Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi, olgunlaştığımı hissedirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
“Benim suçum ne?” diye düşünürüm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
“Hep benim yüzümden diye” düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## EK IV

### HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

#### Sayın Katılımcı,

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘‘Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniğinde Yatan Riskli Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Stresle Başetma Düzeyleri Arasındaki İlişki’’dir. Bu araştırma, riskli gebeliği olan kadınların algıladıkları sosyal yaşam desteği ile stresle baş etme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve bu alanda yürütülen hemşirelik hizmetlerine yönelik önerilerin geliştirilmesi amacıyla kesitsel tipte yürütülen epidemiyolojik bir araştırma olacaktır. Bu araştırma, Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniği’nde yatan riskli gebelerle yapılacaktır. Araştırma, istekli olan katılımcılar ile yürütülecektir. Bu çalışmada size toplam 75 sorudan oluşan; Sosyo-demografik özelliklerinizi sorgulayan soru formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği uygulanacaktır. Size sorduğumuz sorular bu araştırma için bizlere veri sağlayacaktır. Bu çalışmada soru formlarına ayıracağınız süre 20-30 dakika olup, çalışmada yer alması planlanan gönüllülerin sayısı yaklaşık olarak 350 kişidir. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle sizden hiçbir ücret talep edilmeyecektir.

Bu araştırma valili in bilgisi ve izni ile yürütülmektedir. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada ara tırcıya haber vererek çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı, uygulanan çalışma prosedürünün gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi çalışmadan çıkarabilir. Çalışmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Fügen GÖZ

Derya ORUÇLU

**Çalışmaya Katılma Onayı:**

Sayın Derya ORUÇLU tarafından Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden, araştırmacıya bilgi vererek araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için bana bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra vazgeçtiğim takdirde hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini kendi rızamla, hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

**Gönüllünün Adı-Soyadı**

Adresi:

Telefon/ Fax no:

İmzası/ Tarih:

**Araştırmacının Adı-Soyadı:**

Adresi:

Telefon/ Fax no:

İmzası/ Tarih:

**Tanığın Adı-Soyadı:**

İmzası/Tarih:

T.C  
BAĞLAR KAYMAKAMLIĞI  
Sağlık Grup Başkanlığı

SAYI : B10415M4212012/ 6813  
KONU: Görevlendirme

20.09.2010

KADIN DOĞUM ve ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİNE  
BAĞLAR

İlgi: 16.09.2010 tarih ve 27913 sayılı İl Sağlık Müdürlüğünün yazısı;

İlgi tarih ve sayılı yazı ile Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Derya ORUÇLU'nun Hastanenizde tez hazırlama hususundaki Valilik oluru yazımızın ekinde gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Ahmet GÜNEL  
Kaymakam a.  
Bağlar Sağlık Grup Başkanı

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	
Tarih	Sayısı
20.09.2010	2696
Hasta	

T.C.  
DİYARBAKIR VALİLİĞİ  
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



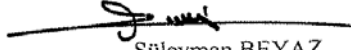
Sayı : B1040SM4210009 3253  
Şube : Eğitim Şubesi  
Konu : Görevlendirme.

15 EYLÜL 2010

VALİLİK MAKAMINA  
DİYARBAKIR


Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Derya ORUÇLU'nun İlimiz Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniğinde "Riskli Gebelerde Algılanan Sosyal Yaşam Desteği ile Stesle Başetme Düzeyleri Arasındaki İlişki" konusunda tez çalışması yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Olurlarımıza arz ederim.

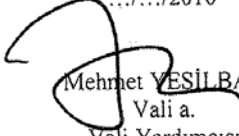
  
Süleyman BEYAZ  
Sağlık Müdür Yardımcısı

Uygun Görüşle arz ederim.

B.Ş.T./2010

  
Dr. Mehmet ATAMAN  
İl Sağlık Müdürü v.

OLUR  
.../.../2010

  
Mehmet YERİLBAŞ  
Vali a.  
Vali Yardımcısı



T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Etik Kurul Başkanlığı

SAYI : B.30.2.HRÜ.0.20.05.00.050.01.04- 030  
Konu : Proje

09/02/2011

Sn. Doç.Dr. Fügen GÖZ  
Hemşirelik. AD. Öğretim Üyesi

Etik Kurulumuzun 03.02.2011 tarih ve 02 nolu oturum 09 nolu kararı yazımız ekinde gönderilmektedir.  
Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. Şahin AKSOY  
Etik Kurul Başkanı

EK: Etik Kurul Kararı (1 Adet, 1 Syf.)

Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Diyarbakır yolu üzeri Yenişehir Kampüsü 63300 ŞANLIURFA  
Telefon : (0 414 ) 314 84 10 – 14 – 314 69 90 Fax: (0 414) 313 96 15 e-mail: etik.kurul@yahoo.com

<b>HARRAN ÜNİVERSİTESİ</b> <b>TIP FAKÜLTESİ</b> <b>Etik Kurul Kararı</b>	
TARİH	: 03/02/2011
OTURUM	: 02
SAAT	: 14:00

11/02/09

**Karar** : Harran Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Fügen GÖZ'ün sorumlu araştırmacı olduğu " Diyarbakır Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniğinde Yatan Riskli Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Stresle başetme Düzeyleri Arasındaki ilişki " başlıklı çalışmanın

- - Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Danışma ve İzleme Kurulu Yönergesinin 1 ve 6 . maddeleri gereği Harran Üniversitesi Akademik birimleri dışında yapılan çalışmalara onay verilmediğinden çalışma değerlendirilmeye alınmamıştır.

Oy birliği ile karar verilmiştir

ASLI GİBİDİR

Prof.Dr. Şahin AKSOY  
Etik Kurul Başkanı