



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PRİMİPAR VE MULTİPAR GEBELERDE İKİNCİ TRİMESTER STRES
DÜZEYLERİ**

NÜKTE TAŞLAR

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ASİYE AYAR KOCATÜRK

İSTANBUL - 2019

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Nükte TAŞLAR



TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın her aőamasında bilgi, deneyim ve desteğini esirgemeyen Tez Danıőmanım Dr. Öğr. Üyesi Asiye AYAR KOCATÜRK'e; tez çalıőmanın istatistik alanına destek veren Arő. Gör. Canser BOZ'a; araőtırmam boyunca yardımlarını esirgemeyip katkıda bulunan tüm arkadaşlarıma ve veri topladığım süre boyunca yardımlarını esirgemeyen Avcılar İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerinde hizmet sunan tüm Ebe arkadaşlarıma, desteğini sürekli hissettiren mesai arkadaşlarım Dr. Ruőšan YAMLI ve Ebe Sevinç MUTLU'ya; çalıőmaya katılan tüm gebelere, bu günlere gelmemde en büyük pay sahibi olan ve beni her zaman destekleyen aileme, değerli hocam Prof. Dr. Ahsen ŐİRİN'e teőekkürlerimi sunarım.

TEZ ONAY FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Stres Kavramı	5
4.2. Stres ve Gebelik İlişkisi	9
4.3. Stresin Maternal ve Fetal Etkileri.....	10
4.4. Gebelikte Distres	13
4.5. Gebelikte Anksiyete ve Depresyon	14
4.6. Gebelik ve Posttravmatik Stres Bozukluğu İlişkisi	17
5. MATERYAL VE METOD	20
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	20
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
5.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	20
5.4. Veri Toplama Araçları	21
5.5. Araştırmanın Yasal ve Etik Yönü	22
5.6. Araştırma Soruları (Önermeler)	22

5.7.	Verilerin Değerlendirilmesi	23
5.8.	Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri.....	24
6.	BULGULAR.....	25
6.1.	Katılımcıların Demografik ve Obstetrik Özelliklerine ilişkin Bulgular.....	25
6.2.	Gebelerin Sosyo Demografik ve Obstetrik Özellikleri ile Stres Düzeylerine, Nedenlerine, Baş etme Yöntemlerine İlişkin Önerme Testleri.....	31
6.3.	Primipar ve Multipar Gebelerde Stres Düzeyleri.....	33
6.4.	Gebelerin Stres Nedenleri.....	46
6.5.	Gebelerin Stresle Baş etme Yöntemleri	60
7.	TARTIŞMA VE SONUÇ	62
8.	SONUÇ	72
9.	KAYNAKLAR	75
10.	EKLER	85
11.	ETİK KURUL ONAYI	86
12.	ÖZGEÇMİŞ.....	87

KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG	: Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Kongresi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BDÖ	: BECK Depresyon Ölçeği
CALMING	: Hipotalamus-Prefrontal Korteks-Amigdala
CRH	: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
DDSEÖ	: Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği
GABA	: Gamma Aminobütirik Asit
HPA	: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Aks
PPD	: Post Partum Depresyon
TGDÖ	: Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TUSEB	: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
WHO	: World Health Organization/ Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No.

Tablo 5.3.1. Cohen Standardize Etki	21
Tablo 5.4.1 Ölçeklere Ait Tanımlayıcı Bilgiler.....	22
Tablo 5.7.1 Normallik Testi	23
Tablo 6.1.1 Gebelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı	25
Tablo 6.1.2 Eğitim Düzeyi ve Gebelik Türü	26
Tablo 6.1.3 Çalışma Durumu ve Gebelik Türü	26
Tablo 6.1.4 Gebelerin Obstetrik Özellikleri.....	27
Tablo 6.1.5 Gebelerin Gebelik ve Doğuma İlişkin Bilgilenme Durumlarının Dağılımı	28
Tablo 6.1.6 Gebelerin Ruh Sağlığı Durumlarının Dağılımı.....	29
Tablo 6.1.7 Gebelerin Yaşam Dönemlerine Göre Stres Düzeylerinin Dağılımı.....	30
Tablo 6.1.8 Gebelerin Stresle Baş Etme Tercihleri	31
Tablo 6.2.1 Primipar Gebelerin Ölçek Kesme Noktalarına göre Stres Puan Ortalamaları.....	32
Tablo 6.2.2 Multipar Gebelerin Ölçek Kesme Noktalarına göre Stres Puan Ortalamaları.....	32
Tablo 6.3.1 Primipar ve Multipar Gebelerde Stres Düzeyleri.....	33
Tablo 6.3.2 Primipar Gebelerde Eğitim Düzeyine Göre Stres Düzeyleri	34
Tablo 6.3.3 Multipar Gebelerde Eğitim Düzeyine Göre Stres Düzeyleri	36
Tablo 6.3.4 Primipar Gebelerde Bilgi Kaynağına göre Stres Düzeyleri.....	38
Tablo 6.3.5 Multipar Gebelerde Bilgi Kaynağına göre Stres Düzeyleri.....	42
Tablo 6.4.1 Primipar ve Multipar Gebelerin Stres Nedenleri	47
Tablo 6.4.2 Gebelerin Eğitim Durumuna göre Stres Nedenleri	47
Tablo 6.4.3 Primipar Gebelerin Stres Nedenine göre Stres Düzeyleri	48
Tablo 6.4.4 Multipar Gebelerde Stres Nedenine göre Stres Düzeyleri.....	53
Tablo 6.5.1 Gebelerin Eğitim Durumuna göre Stresle Baş etme Yöntemleri	60
Tablo 6.5.2 Primipar ve Multipar Gebelerde Stresle Baş etme Yöntemleri	61

1. ÖZET

PRİMİPAR VE MULTİPAR GEBELERDE İKİNCİ TRİMESTER STRES DÜZEYLERİ

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte; kesitsel olarak Primipar ve Multipar gebelerdeki ikinci trimester stres düzeylerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 15 Mart – 15 Haziran 2019 tarihleri arasında Avcılar’da yaşayan 2. trimester gebeler oluşturmuş, Örnekleme 200 Primipar ve 200 Multipar olmak üzere toplam 400 gebe alınmıştır. Veriler Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ) ve Kişisel Veri Formu aracılığıyla toplanmış ve SPSS paket programı ile değerlendirilmiştir. İkili grup ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi, Kategorik verilerin hipotezi için Ki-kare testi ve normal dağılım uygunluk için Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Araştırmada; TGDÖ puanlarına göre Primiparların %100’ü, Multiparların %86,5’inin yüksek stresli olduğu görülmüş ancak; Primipar ve Multipar stres düzeyleri karşılaştırmasında anlamlı fark bulunamamıştır. Primiparların TGDÖ puan ortalaması 193,46; Multiparların 207,55 saptanmıştır. Toplam Stres puanı en yüksek grubun Primiparlarda üniversite mezunu, gebe takibini yapan sağlık mensubunu bilgi kaynağı olarak kullananlar olduğu; Multiparlarda ise ilköğretim mezunu, interneti bilgi kaynağı olarak kullananlar olduğu bulgulanmıştır. En yüksek stres nedeni Primarlarda “İyi bir anne olamama kaygısı”, Multiparlarda “Çalışma hayatı” olarak belirlenmiştir. Stresle baş etmede kullanılan öncelikli yöntem Primarlarda “Sessiz kalmak” iken, Multiparlarda “Eş, aile desteği” olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak; Primipar ve Multiparların stres düzeylerinin pariteye göre farklılık göstermediği ancak; stres nedenleri, eş desteği, bilgilendikleri kaynaklar, eğitim düzeylerine göre değiştiği; stresle baş etme tercihlerinin farklılaştığı ve eğitim düzeylerinden etkilendiği saptanmıştır. Ebelik hizmetlerinde Antenatal Bakım planlanırken, gebenin stres nedenleri ve stresle baş etme tercihleri dikkate alınmalı, gerekli eğitim ve destek hem gebeye hem diğer aile bireylerine sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Primipar, Multipar, Gebe, stres, antenatal stres, prenatal stres

2. ABSTRACT

STRESS LEVELS OF PRIMÍPARA AND MULTÍPARA SECOND TRÍMESTER

The aim of this study was to investigate the causes and the ways of coping with stress according to the socio-demographic characteristics of second trimester stress levels in Primipara and Multipara pregnant women. A total of 400 pregnant women as 200 Primipara and 200 Multipara were included in the study. Data were collected using the Tilburg Pregnancy Distress Scale (TGDÖ) and Personal Data Form and evaluated with SPSS package program. Mann Whitney U test was used for the comparison of the two groups and Kruskal Wallis test was used for the comparison of the means of more than two groups. Chi-square test was used for hypothesis testing of categorical data. Kolmogorov Smirnov test was used for normal distribution suitability test. No significant difference was found between the stress levels of primipara and multipara pregnant women. The total scale score of primipara pregnant women was 193.46 while the multiparous score was 207.55. The group with the highest total stress score was the university graduates in Primiparous and those who used the health care provider as a source of information; In multiparas, it was found that primary school graduates use the internet as a source of information. The highest stress was determined as “not being a good mother” in Primars and “Working life” in Multiparas. The primary method used to deal with stress in primara pregnant was “To be silent”, while the priority method of Multipara pregnant women was “Partner, family support”. As a result; Stress levels of primipar and multiparas did not differ according to parity; but; causes of stress, spousal support, resources they know, vary according to their level of education; stress coping preferences were found to be different and affected by education levels. When planning Antenatal Care in midwifery services, the reasons of stress of the pregnant woman and the preferences of coping with stress should be taken into consideration and necessary education and support should be provided to both pregnant and other family members.

Key Words: Primipara, Multipara, Pregnant, Stress, antenatal stress, prenatal stress

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik insanlığın devamı için oldukça önem taşımaktadır. Aile yapısı ve toplumun sürekliliği için gerekli bir süreçtir. Kadın için gebelik, ruhsal refah durumu ve mutluluk dönemi olarak bilinir. Gebelik ve doğum bir kadına her ne kadar mutluluk veren bir süreci ifade etse de bu dönemde ortaya çıkan psikolojik ve fiziksel hastalıklar yaşamsal yönden pek çok riski de beraberinde getirmektedir. Gebelikte yaşanan olumsuz durumlar kadınlarda endişe ve kaygı yaratmaktadır. Olumsuz yaşam deneyimleri kadınlarda stres oluşturmakta; gebelik ve doğum döneminin zor bir süreç olarak geçmesine sebep olmaktadır[1].

Stres bir düzeye kadar motivasyon aracı ve bazı biyolojik reaksiyonların sürekliliğinde gerekli olabilir. Ancak, uzun süreli stres distres dönüştüğünde bireylerin sağlığı olumsuz etkilenmeye başlar. Distres, anksiyete ve depresyon bireyin yaşamında fizyolojik ve psikolojik birçok dengeyi bozacak etkilere neden olabilir. Hatta bu etkiler kalıcı hasarlar bırakabilir ve bireyin çevresindeki diğer kişileri de aynı sürecin içine hapsedebilir. Bu durum gebelik sürecinde yaşandığında durum çok daha ciddi sonuçlar doğurabilir. Gebelik döneminde distresten etkilenen sadece kadın değildir. Kadının fizyolojisinden yararlanarak gelişen bebek de annesinin maruz kaldığı distresten etkilenir. Gebelik dönemi stresine ilişkin yapılan çalışmalar bu bağlamda çok önem taşımaktadır[2].

Stres, beraberinde belirsiz bir korkuyu da ortaya çıkarmaktadır. Stres duygusu belli bir seviyeyi aştığında gebelik süreci olumsuz etkilenmektedir[3]. Gebeler, doğumda oluşabilecek bir tehlikeyi düşündüklerinde stres yaşamaktadır[4].

Kadınların zihinsel durumu ve yaşam koşulları gebeliğin seyrini etkileyebilir, ayrıca gebelik de zihinsel ve duygusal yönden yaşam üzerinde etkili olabilir. Gebelikte, kadının yaşadığı biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişikliklere ek olarak, annelik rolüyle ilgili duygusal ve davranışsal beklentiler, çatışma ve umut ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle, gebelik sırasında yaygın olan depresyon ve kaygının sadece bir nedenden kaynaklanmadığı birden fazla ve karmaşık faktörlerin etkin rol oynadığı bilinmektedir. Gebelikte ruh sağlığının bozulmasında rol oynayan faktörler;

önceki depresif ruh durumları, aile yaşantısı, evlilik-eş ilişkisi, iş durumu, düşük ekonomik düzey, olumsuz yaşam deneyimleri, istenmeyen gebelik, abort öyküsü, ebeveyn olmanın zorlukları ve gereksinimleri, fetüse bağlı kaygılar olarak sıralanabilir[5].

Bu etkenlere ek olarak, bazı kaynaklarda, düşük benlik saygısı, olumsuz düşünme eğilimi, duygusal destek eksikliği ve sosyal izolasyon da gebelikte ruh sağlığını etkilemektedir. Ayrıca; aile içi şiddet, alkol, sigara veya uyuşturucu tüketimi gibi faktörlerin de gebelikte olumsuz faktörler olarak rol oynadığı bilinmektedir[6].

Gebelik, kadın yaşamındaki en önemli değişkenler arasında yer alan faktörlerden birini oluşturmaktadır. Kadınlar için psikolojik, biyolojik ve duygusal açıdan değişimlerle seyreden bir evredir. Gebelik sürecinde kadının yaşamış olduğu içe kapanıklık, endişe, belirsizlik, kaygı ve çelişki psikolojik değişimlere neden olur. Özellikle günden güne artmakta olan olumsuz yaşam koşulları gebelikte stres faktörünü daha da artırmaktadır[7,8].

Bu çalışmada; Primipar ve Multipar gebelerin stres düzeylerini, nedenlerini ve baş etme yöntemlerini sosyo demografik ve obstetrik özelliklerle birlikte incelemek ve parametrelerin stresle karşılıklı etkileşimlerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Stres Kavramı

Günümüzde kullanıldığı şekliyle “stres” terimi ilk olarak 1936'da Hans Selye tarafından, “*Bedenin herhangi bir değişim talebine karşı spesifik olmayan cevabı*” olarak tanımlanmıştır[9]. Stres ya da gerilme; Elastikiyet Teorisiyle belli bir alana bir miktar baskı gücü uygulama olarak ortaya konulmuştur. İlerleyen zaman içindeyse stresin birçok farklı tanımı yapılmıştır. Ancak; stres insan sağlığı için düşünüldüğünde en basit anlamıyla; belirli bir biyolojik cevabı tetikleyen durumdur. Kendi varlığımıza bir tehdit algıladığımızda; tüm bedenimizde kimyasal bileşenler ve hormonlar yükselir. Stres; stresle savaşmak ya da ondan kaçmak için savaş ya da kaç cevabını tetikler. Bu yanıtı bulmak ya da gerçekleştirmek çok uzun sürdüğünde stresin sağlık üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu bilimsel çalışmalarda gösterilmiştir[10].

Aslında stres, potansiyel olarak tehlikeli bir duruma karşı normal bir biyolojik reaksiyondur. Ani stresle karşılaştığımızda, beyniniz vücudunuzu adrenalin ve kortizol gibi kimyasal maddeler ve hormonlarla doldurur. Böylece kalbi hızlandırır; kaslara ve önemli organlara kan gönderir. Enerji ve farkındalık sağlayan bir alarm sistemi olarak çalışır. Stres belli bir miktara kadar bedenin bir uyarıcısı olarak gerekli ve yararlı olmakla birlikte; strese verilen yanıt stresin miktarına karşılık gelmiyorsa ardından işleme gereken hormon döngüsünü sekteye uğratarak bedenin biyokimyasal işlevlerini bozmaktadır. 1658'de Robert Hooke tarafından icat edilen “*Bir cismin elastik sınırlar içerisinde uygulanan kuvvetle orantılı olarak şekil değişimine maruz kalma durumu*”nu inceleyen ve formüle eden Elastikiyet Kanunu, stresin insan doğası üzerine yaptığı etkileri açıklamak için de kullanılmıştır. Buna göre insan doğası; kendi potansiyelindeki kaç-savaş yanıtlarıyla maruz kaldığı stresi karşılayamıyorsa önce geçici yani elastik bir deformasyona uğrar. Eğer bu süreç ya da stres miktarı artarsa bu deformasyonlar kalıcı başka deformasyonlara yol açar ki buna plastik deformasyon denir. Stresin beden tarafından tolere edilebildiği durumlarda ise karşımıza Nöroplastisite Kuramı çıkar. Nöroplastisite terimi, nöron adı verilen sinir hücrelerinin esnekliğini ve değişebilirliğini sağlayan kavramları ifade

eder. Nörotoksisite Hipotezi ise, Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal (HPA) aksının kronik aktivasyonundan kaynaklanan artmış hücre ölümünü vurgular[10].

Stresin insan doğasına yaptığı etkileri hem beynin nörolojik işleyişi hem psikolojik süreçler için açıklayan pek çok çalışma literatürde yer almaktadır. Bununla birlikte; stresin yarattığı etki sadece stres miktarına bağlı değildir. Stresin farklı türleri olduğu gibi; zamanı, nedeni ve etkilenenin diğer tüm özellikleri de sonucu değiştirir. Örneğin; heyecan veren bir durumda da stres gelişir ama gerginlikle birlikte zevklidir. Durum sonlandığında stres geçer ve bedenin gerginliği yerini gevşemeye bırakır. Ayrıca; stresin algılanması da geçmiş yaşantılar, nörobiyolojik ve nörokimyasal işleyiş, genetik faktörler vb. birçok etmene bağlı olarak kişiseldir. Kişilerin aynı şartlarda aynı stresi algılayışları ve fizyolojik yanıtları farklıdır. Fizyolojinin stresle başa çıkamadığı durumlardaysa kaygı; anksiyete ve depresyon gelişebilir[6].

Bireyler kendi varlığı ile ilgili bir tehdit algıladığında, kimyasal bileşenlerin ve hormonların yükselmesiyle fizyolojik sistemleri savunmaya geçer. Bu durum; savaş ya da kaç cevabının tetiklenmesini oluşturmaktadır. Bu yanıtın bulunmasında veya gerçekleşmesindeki uzun sürecin sağlık üzerine olumsuz etkileri bilimsel çalışmalar ile ortaya çıkarılmıştır[11].

Stres, bireydeki iç denge ve dış dengeyi bozan, tehdit unsuru oluşturan bir durumu ifade etmektedir. Stresle yetersiz baş etme, fiziksel hastalıkların ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bazı tanımlara göre stres kavramı organizmadaki dengeyi bozmakta olan uyarıları anlatmaktadır. Stresin diğer bir tanımına göre de stres, organizmadaki tüm uyarılara verilmiş cevabı ifade etmektedir[12].

Stres kavramı birçok farklı bakış açılarıyla belirlenmiş tanımlar ve kavramlar karmaşasını oluşturmaktadır[13]. Stres olgusunun incelenmesinde, bireyin psikolojik özelliklerinin değerlendirilmesi önemli bir husustur. Stres etmenlerinin insan üzerindeki etkileri söz konusu olduğunda, insanın psikolojik bütünlüğünü oluşturan düşünce, duygu ve davranışları anlamaya ve tanımaya ihtiyaç vardır[5]. Stres tepkisi kişinin ortamda ne olup bittiğini nasıl algıladığına ve nasıl tepki vereceğine bağlı

olarak oluşmaktadır. Hissettiğimiz şey temelde düşündüğümüzle paraleldir. Bu nedenle, stres belirli insanlarla etkileşimde bulunmaktadır. Başka bir deyişle, olaylarla o kişi arasındaki süreçtir[3].

21. Yüzyılın başlarında bilim adamları tüm bu birbirine benzer duyguların psikolojik etkenler olsun ya da olmasın beyin kimyasından kaynaklandığını kabul ederek çalışmalar yapmaya başladılar. Stres ve anksiyete ve bozukluklarının; epinefrin, dopamin ve serotonin gibi nörokimyasalların kontrol alanı olan amigdala, prefrontal korteks, hipokampus gibi korku tanıma fonksiyonundan sorumlu beyin alanlarından kaynaklandığını buldular[14].

1976'da Selye, sürekli ve yoğun stresin gastrik ülser ve adrenal hipertrofiye neden olduğunu göstermiştir. Selye 1950'lerde çalışmalarını ilerleterek; strese karşı homeostazisi tekrar sağlama durumunu "Genel Adaptasyon Sendromu" ile tanımlamıştır. Genel Adaptasyon Sendromu 3 kademeli olarak gerçekleşir; "Alarm, Direnç ve Tükenme". Strese ilk tepki olan Alarm aşamasında lenfatik ve timus bezleri atrofiye uğrar, adrenal korteks genişler, gastrointestinal ülser oluşabilir, Dolaşımdaki eozinofiller azalır, kilo kaybı görülebilir. Stres arttıkça ya da süresi uzadıkça direnç aşamasına geçilir. Direnç aşaması vücut adaptasyonunun en iyi olduğu düzeydir. Adrenal korteks boşalttığı hormonları geri biriktirir. Ancak stres bu aşamada da geçmezse tükenmişlik başlar; adrenal korteks yine boşalır, homeostazis bozulur. Beden uzun vadede homeostazisi sağlayamadığında anksiyete ve depresyon gelişir[9].

Aslında; santral sinir sistemi hem iç hem dış uyaranlara karşı homeostatik dengeyi sağlayabilme donanımına nöroplastik esneklik yapısı aracılığıyla sahiptir. Bedensel süreç ve cevap için stres hormonlarının salgılanmasından ve düzenlenmesinden sorumlu birimler amigdala ve HPA aksıdır. Bu iki birim stres ve anksiyetenin algılanması ve yönetilmesinden de sorumludur[9].

Distres terimiyle ifade edilen, zarar veren stres türüdür. Stres; zevk veren, motivasyon sağlayan; distres ise zarar veren olarak tanımlanmıştır. Distres de aynı şekilde kısa süreli ama çok yoğun Akut Stres ve yoğun olmayan ancak daha uzun

sürekli Kronik Stres olarak ikiye ayrılır. Distres uzun sürdüğünde posttravmatik stres bozukluğu, anksiyete ve depresyona neden olabilir[9].

Kaygı (Anksiyete) kavramı adını Latince'de "dar geçit" anlamına gelen "Angustioe" ve eski Yunanca'da "Anxietas" kelimelerinden alıp "endişe, korku" anlamına gelir[15].

Spielberger kaygıyı, "*Gerginlik, korku, olumsuz düşünceler ve fizyolojik değişikliklerin bir araya gelmesiyle ortaya çıkan hezeyansal tepki*" şeklinde tanımlamıştır[16].

Kaygı en geniş anlamıyla korku ve endişe duygusunun bir biçimidir. İnsanda tehlikeli durumların gelişeceğine dair bir algının oluşması anksiyeteye yol açar[17].

Kaygı hem fiziksel hem psikolojik hem de nörolojik tepkilerin bir sonucu olan kompleks bir uyarıcı duygudur. Bu kompleks yapı; nörolojik açıdan iki bileşeni ile daha rahat tanımlanabilir: Durum ve Özellik. Sürekli Kaygı kavramı kişilik özelliği olarak kaygıya eğilimi tanımlar. Bir tehdit içeren ya da uyarıcı nitelikte bir neden gerçek anlamda var olmadığı halde var olacağına dair beklenti durumunda gelişen anksiyete, Sürekli Kaygı olarak tanımlanır. Durum kaygısı ise bir sorun ya da stres algılandığında ortaya çıkan kaygı ve endişeyi tanımlar. Sürekli kaygı durumunda kişi yaşadığı stresi bir tehdit biçiminde algılar. Böylece Sürekli Kaygı kişinin psikolojik yapısı haline gelerek Kronik Anksiyete için risk oluşturur[18].

Kaygı, bireyde fiziksel değişiklikler, kişisel stres veya özgüvensizlik gibi belirtilerle başlar[19].

Kaygı yoğun bir noktaya geldiğinde, kişi zihinsel karmaşa, taşikardi, hiperventilasyon, nedensiz eylem, içe kapanma, kontrolsüz konuşma, vertigo, emezis, uykusuzluk, ajitasyon ya da korku yaşayabilir. Endişe düzeyi alarmı geçtiğinde, hezeyan ve halüsinasyonlar başlayabilir. Kişi yoğun izolasyon ve eylemsizlik ya da şiddetli ajitasyon gösterebilir. Bunu dekadans (çöküntü) takip eder[20,21].

Depresyon; derin acılı bir duygulanım halinde düşünme, konuşma ve eylemlerde yavaşlık ve durağanlık, değersiz hissetme, acizlik, motivasyon eksikliği,

umutsuzluk, intihar isteği gibi duygu ve davranış belirtileriyle karakterize bir sendromdur. Depresif durum, bilişsel ve duygusal alanları içeren birçok semptomu kapsamaktadır. Bu semptomlar hafiften başlayıp şiddetli seviyelere ilerleyebilir[22,23].

Depresyonun biyolojik nedenlerine dair ilk kuram 1970'lerde geliştirilen, Özellikle noradrenalin ve serotonin olmak üzere monoamin nörotransmitterlerin yetersizliğinin depresyona neden olduğunu iddia eden "Monoamin Hipotezi"dir. Nörotransmitterleri azaltan ya da bitiren bazı ilaçlar depresyona neden olabilmektedirler[24].

Beyin görüntüleme yöntemleriyle yapılan çalışmalar; depresyon vakalarında hipokampal hacimde azalma olduğunu göstermiştir. Bu durum hipokampustaki nöroenez ve nörotrofik faktör ekspresyonunda stresle indüklenen değişikliklere bağlı olabilir[24,25].

4.2. Stres ve Gebelik İlişkisi

Gebelik, üreme çağında her kadın tarafından yaşanabilecek fizyolojik bir olaydır. Ancak; bir kadın olarak, gebelikten etkilenen sadece gebenin kendisi değildir. Gebelik sürecindeki kadının etrafındaki tüm bireyler de bu olaydan etkilenir[26].

Gebelik, bir kadının mevcut kaygısını daha da kötüleştirebilecek bir olaydır[20].

Doğum eylemi nedeniyle hastaneye kaldırılan gebe kadında strese neden olabilecek etmenler; ağrı, gerginlik, korku, çaresizlik, kontrol kaybı, sevdiklerinden ayrılma, anlayamadığı müdahaleler, yabancı çevre, cerrahi işlem korkusu, umutsuzluk ve yabancı insanlardır. Gebeliğin riskli tanımını takiben, bir dizi inceleme ve izleme yöntemi gündemdedir. Yeni teknolojiler ve birçok uzman görüşü gerekmektedir. Bütün bunlar gebenin belirsizlik düşüncelerini artırır[27,28].

Eşini desteklemeyen bir erkeğin varlığı, anne adayının diğer sorunlarına eklendiğinde depresyona neden olabilir[29].

Gebeler için aile üyeleriyle ilişkilerde değişiklikler olumsuz fiziksel etkileri belirgin şekilde ortaya çıkarır[21].

Bazı faktörler ailenin gebelik ve adaptasyona tepkisini etkiler. Bunlara; Gebeliğin planlanıp planlanmadığı, finansal durum, kaç çocuğu olduğu ve yaşları, sosyal destek, sağlık sistemi, stresle başa çıkmak, yeterli ve dengeli beslenme, sigara ve alkol, egzersiz ve stres durumları dahildir[30]. Simon Baron-Cohen çalışmasında, stres düzeyi yüksek gebelerin testosteron salgılama olasılığının da yüksek olduğunu saptamıştır. Testosteron; bebeğin sosyal ilişki kurma ve konuşma yeteneğini olumsuz yönde etkilemektedir[31].

Kadınların gebelik süreci üzerinde; ebeveynleri ve aileleriyle ilişkileri, yaşam tecrübeleri, davranış kalıpları ve bunlar arasındaki etkileşim de stres üzerinde etkilidir. Gebelik sevinç, olgunluk, kendini gerçekleştirmenin yanı sıra kaygı ve endişeli beklentilerin kaynağı da olabilir[32].

Birey için gerektiğinde duygusal, fiziksel ve bilişsel yardım sağlayan tüm ilişkiler, sosyal destek kaynakları olarak kabul edilir ve insanların yaşamlarında önemli bir yere sahiptir. Bir gruba ait olma, sevilme, saygı görme gibi temel gereksinimleri karşılayan sosyal desteğin; kişinin ruh sağlığı ve mutluluğunda önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Bir çalışmada, sosyal desteğin stresli yaşam olaylarının olumsuz etkilerini hafifleterek veya dengeleyerek bir tampon görevi gördüğü öne sürülmüştür[33].

4.3. Stresin Maternal ve Fetal Etkileri

Literatürde çok sayıda araştırma perinatal endişe ve depresyonun anne ve bebek sağlığını önemli derecede etkilediğini saptamıştır[34].

Adler ve arkadaşları; çalışmalarında anksiyete ve depresyonu, obstetrik süreç, fetal ve yenidoğan sağlığında olumsuz sonuçlarla ilişkili bulmuşlardır[35].

Bir çalışmada; depresyon nedeniyle maternal norepinefrin ve kortizol düzeylerinin yükseldiği, yükselmiş norepinefrin ve kortizolün uterusu kan akımını

azaltarak fetal ve maternal çok ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlara neden olduğu gösterilmiştir[12 , 36, 37].

Özellikle, gebelikte annenin yoğun strese maruz kalması, doğum sonrası süreçte yaşam tarzı ve anksiyete bozukluklarının varlığı; bebeklerin HPA Aksis Modülasyon ve Calming sistemlerinin programlanmasının olumsuz etkilenmesine neden olur[38,39]. Benzer şekilde, bebekte var olan kronik veya tekrarlayan stres; gelişmekte olan hipokampus ve amigdalayı ciddi düzeyde etkileyerek, sonraki süreçlerde yaşam tarzı bozuklukları ve anormal HPA aks aktivitesi olasılığını artırır[40,41]. Dayan'ın çalışması prenatal stres ile erken doğum veya düşük doğum ağırlığı ya da her ikisi arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir[42].

Amerika'da Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile yapılan bir çalışmada; depresyon yaşayan gebelerde depresyon yaşamayanlara göre preterm doğum insidansının %13, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma insidansının %15 yükseldiği saptanmıştır[36].

Bir diğer meta-analiz çalışmasında, gebelikte depresyon ile düşük doğum ağırlığı ve preterm eylem arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir[43]. Doğum eyleminin zamanının belirlenmesinde en önemli rol CRH salınımındadır. Maternal kronik stres varlığında hipotalamik aks uyarılır ve zamansız olarak CRH salgılanmaya başlar. Strese yanıt olarak yüksek düzeyde üretilen biyokimyasalların arasında plasental CRH da yer almaktadır. Adrenallerden salınan kortizol artışı plasental oksitosin, prostaglandin E2, prostaglandin F2 ve plasental CRH'ı da artırır. Böylelikle uterus kontraksiyonu ve servikal olgunlaşma başlar[44]. Rahman ve arkadaşları da benzer şekilde, depresyonda olan annelerin bebeklerinde doğum ağırlığını depresyonda olmayan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığına göre 1,9 kat daha düşük bulmuşlardır[45].

Başka bir çalışmada; prenatal stres, postpartum dönemde annede depresyon ve anksiyete, fetal gelişme geriliği ve müdahaleli doğum ile ilişkili bulunmuştur[46].

Voltrath ve arkadaşlarının çalışması, gebelikte yüksek düzeyde Sürekli Kaygı varlığında, geç preterm ve erken dönem doğumların yüksek prevalanslarını ortaya koymuştur[47].

Antenatal kaygı, gebelik sonucu ve bebeğin sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir[20].

Voltrath'ın çalışmasında bulguladığı etkileşim analizlerinde, çok yüksek kaygısı olan kadınların, geç preterm doğum oranının %80, erken term doğum oranının %40 daha yüksek olduğunu bulgulamıştır[47]. Bir çalışmada da benzer şekilde, preterm doğum insidansının yükselmesi ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki saptanmıştır[48,49]. Dole ve ark. çalışmasında, gebelikte depresyonun preterm doğuma neden olmadığını, buna karşılık anksiyetenin preterm doğum olasılığını iki kata çıkardığını bulgulamıştır[50]. Voltrath'ın çalışmasında ayrıca; fizyolojik olarak aracılık eden risklerin ötesinde; kadınlardaki kaygı deneyiminin gebelikte ek tanı ve tetkikleri veya tıbbi olarak endikasyonu olmayan sezaryen talebini arttırabileceği gösterilmiştir[47].

Wagas ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyumlu olarak, Howard ve arkadaşları da çalışmasında sezaryen ile doğuran annelerin önemli bir bölümünün tüm değerlendirmelerde yüksek depresif belirtiler veya yüksek/ çok yüksek kaygı bildirdiklerini göstermiştir[51,52].

Zuckerman ve arkadaşlarının çalışmasında, depresif duygulanımlı annelerden doğan bebeklerde kortizol ve katekolamin düzeyinde yükselişe bağlı sık ağlama ve geç sakinleşme semptomları yaşadıkları saptanmıştır[53]. Koroner arter hastalığı, diyabet, hipertansiyon gibi erişkinlerde görülen birçok hastalığın fetal dönemden kaynaklandığı bilinmekte ve bu bulgular literatürde Baker Hipotezi adıyla anılmaktadır. Glukokortikoidlerin plasentayı kolaylıkla geçebildiği ve olumsuz duygulanımlı kadınların büyüme kısıtlanmasında rol oynayabileceği bilinmektedir[53].

Son yıllarda epigenetik alanında yapılan çalışmalar prenatal stresin olumsuz fiziksel etkilerinden daha ilginç ve ciddi etkilerini ortaya koymaktadır. Gebe farelerle

yapılan bir çalışma; anne stresinin yavru fareler üzerinde kalıcı ve derin etkilerini göstermiştir. Beynin prenatal stresle mücadele etmeye çalışan alanlarının cinsel davranışların kontrolünü sağlayan hipotalamik alanlar olduğunu ve yoğun prenatal stresin erkek yavru farelerde cinsel davranışların demaskülenleştirilmesine neden olduğu ve dişileştirdiği saptanmıştır[54].

Welberg, prenatal strese ilişkin çalışmasında; 1940 yılında savaş sırasındaki vakaları inceleyen bir epigenetik çalışma sonuçlarının ilginç bir şekilde, insan yavrularında antenatal dönemde fetal stresin beyinde monoamin düzeylerinin değişiklikleriyle oluşan nörogelişimsel bozukluğa ve bunun da şizofreni riskinin artmasına neden olduğunun saptandığını belirtmiştir[55,56].

Nöroendokrin sistemin programlanmasında stres, glukokortikozoidler ve dış etkenler rol oynamaktadır. Bu nedenle, nöroendokrin sistemin programlanmasında erken yaşam olaylarının sonuçlarını en aza indirme ya da tersine çevirme yaklaşımları terapötik öneme sahip olabilir[55].

4.4. Gebelikte Distres

Distres, doğurganlık yıllarındaki birçok kadının ortak bir sorunu olmaktadır. Gebelikte fizyolojik, sosyal ve duygusal değişiklikler; başkalarıyla olan ilişkiler, vücut imajının bozulması, uyum sağlayamama, ebeveyn olma kaygısı, finansal gereksinimler, sosyal destek eksikliği ve psikolojik süreçler ile etkileşim içindedir[57]. Gebelik sırasında uzun süreli distres, depresyon ve anksiyete hem anne hem de bebek için olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Prenatal distres, depresyon ve anksiyetenin preeklampsiye, düşük doğum ağırlığına, prematüre/operatif/ zor doğum eylemlerine neden olduğu bilinmektedir. Fetal/ Neonatal etkiler arasında fetal kalp atım hızı değişiklikleri, neonatal süreçte bebekte olumsuz reaktivite ve bebeğin olumsuz mizaç özellikleri gösterilmektedir. Buna ek olarak, gebelik kaygısı ve depresyon bebeğin davranışsal gelişimi üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir ve düşük entelektüel zekâ oranları, öğrenme ve hafıza eksiklikleri, sosyal gelişimde gecikmeler meydana gelebilir[58].

Gebelik sırasında şiddetli distres, özellikle organogenezis döneminde konjenital malformasyonlara neden olabilir. Doğum öncesi yüksek kaygı, hiperaktivite/dikkat eksikliği gibi çocuklar üzerinde uzun süreli etkilere sahip olabilir. Doğum öncesi stres, anksiyete ve depresyon, annede yüksek kortizol seviyeleri ile ilişkilidir. Erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve düşük apgar skorlarının yüksek prenatal maternal kortizol ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Doğum öncesi depresyon ve anksiyete, doğum sonrasında depresyon yaşama olasılığını arttırır[59,60,61].

Doğum öncesi psikolojik sorunlar yaşama sürecinde kadınların deneyimleri hakkında çok az şey bilinmektedir. Bir çalışmada, gebe kadınlar mantıksız duygular hissetme, işlevsizlik düşünceleri, anksiyete ve sosyal çekilme belirtileriyle depresyon deneyimlerini tanımlamışlardır. Diğer çalışmalar; gebe kadınlarla ilgili olarak finansal durumlara ve bir bebekle başa çıkma gibi endişelere odaklanmıştır. Kadınlar ayrıca kendi sağlıkları, bebeğin sağlığının kalitesi ve doğum öncesi ve sonrası bakım desteği hakkında endişelerini dile getirmişlerdir. Geleneksel olarak, sağlık sistemi doğum sonrası depresyona odaklanır. Bununla birlikte literatür, prenatal distres ile ilişkili risklere odaklanmaya başlamıştır[60,61].

4.5. Gebelikte Anksiyete ve Depresyon

Depresyon günümüzün en yaygın hastalıklardan biridir. Sık görülmesinin, hayatı etkilemesinin, işverimi kaybına neden olmasının önemi her geçen gün artmaktadır. Depresif ruh hali, bir semptom, sendrom ya da bozukluk belirtisi olabilir. Depresyon, hafif mizaç bozukluğu, huzursuzluk, kilo kaybı ve kendini kınama, ilgisizlik, umutsuzluk, değersizlik duygusu, intihar düşüncesi gibi öznel semptomlarla karakterizedir[62,63]. Depresyon, kişinin hayatında olumsuz semptomlara yol açabilecek tekrarlayan ve yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak kabul edilir. Primer duygulanım bozukluğu şeklinde ortaya çıkabilir ve birçok psikiyatrik ve tıbbi koşulda ikincil olarak görülebilir. Gebelik, kadın hayatında önemli biyolojik, psikososyal değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Bu nedenle gebelikte; strese neden olabilecek, sıklıkla da anksiyete ya da depresyon ile ilişkili birçok faktörle karşılaşma riski yüksektir[35,64,65].

Gebelik, geçmişte ruhsal bozukluklar için koruyucu bir dönem olarak görülürken, bu görüş son yıllarda kabul edilmemektedir. Çünkü gebelik, kadınlar için bir sevinç, memnuniyet, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olabileceği gibi kaygılı, endişeli bir beklenti ve yük süreci de olabilir[57]. Doğurganlık dönemi, kadınlarda depresyonun başlangıcı açısından yüksek riskli bir dönemdir ve neredeyse hiçbir yaşam olayı, gebelik ve doğumun neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerle rekabet edemez. Birçok araştırmacı, gebeliğin kadının hayatındaki farklı ve yeni rollere adaptasyon gerektiren bir kriz dönemi olduğunu belirtmiştir[66].

Gebelerdeki depresif belirti ve bulguların; gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ve yakınmalarıyla benzer özellikte olması ve semptomsuz ilerleyebilmesi nedeniyle gebelik depresyonunu tanılamak güç olabilir[28]. Gebeliğin birinci trimesterindeki başlıca depresif belirti ve bulgular; uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğüdür. Benzer şekilde gebeliğin üçüncü trimesterinde anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, doğumla ilgili kaygılar görülebilmektedir. Bu depresif belirtiler gebeliğin ikinci trimesterinde daha az görülmektedir[28].

Gebelikte depresyon riskini yükselten etmenlerden biri de beslenmedir. Beslenme, nörotransmitter geçiş için ana unsurları temin ederek HPA ekseninin fonksiyonlarını düzenlemesini sağlar[67].

Vitamin B6 ve B12, çinko, magnezyum vb. minerallerin gebelikte yeterli konsantrasyonda alınması, serotoninin düzenli ve yeterli salınımını sağlayarak depresyon riskini azaltır ve önlenmesine yardımcı olur[68].

Bir çalışmada; omega-3 yağ asidi seviyesinin gebelikte yetersiz seyretmesi prenatal ve postpartum dönemde gebenin depresif davranışlarıyla uyumlu bulunmuştur[69].

Bir çalışma; depresif belirtilerin gebe ve lohusalarda farklı olmadığını ama gebelerde en az lohusalarda veya gebe olmayanlardaki kadar sık ve yoğun olduğunu bildirmiştir[70].

Gebelikte görülen depresif semptomlar depresyonun klasik semptomlarıyla aynı olmasının yanı sıra; depresif duygulanımlı gebelerde gebe olmayan depresyonlu kişilere göre emezis, gastrik ağrı, hızlı solunum, baş ağrısı gibi şikâyetler fark edilir şekilde fazla görülmektedir. Gebelikte fizyolojik olarak ortaya çıkabilen bu semptomlara depresyon eklendiğinde, hüzün etkisi ve keyif alamama duygusu da eşlik eder. Gebeliğin normal fizyolojik semptomlarında ise depresif duygulanım görülmez[28].

Psikiyatrik hastalıkların annede duygu durumu etkileyerek, gebelikle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği ve tedavi almayanlarda anne ölümü ve hastalık hızını hatta intihar girişimlerini arttırdığı bilinmektedir[8]. Yapılan çalışmalarda depresyona müdahale edilmediği takdirde çeşitli obstetrik komplikasyonlara ve doğumsal patolojilere yol açabileceği bulunmuştur[28].

Bir çalışmada depresif annelerin; gebelik sırasında tıbbi olarak daha az bakım aldığı ve kendi öz bakımına daha az özen gösterdiği bildirilmektedir. Antenatal bakımdaki bu azalma sonucu gebelerde ağrı ve rahatsızlıklar daha fazla görülebilmektedir[8].

Literatürde gebelik esnasında meydana gelen depresyonun sonuçları ile ilgili önemli çalışmalar mevcuttur. Diego, BDÖ ile yaptığı bir çalışmada; gebelikte depresyon yaşayanlarda, depresyon yaşamayanlara göre preterm eylem görülme insidansının %13, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma insidansının %15 artmış olduğunu göstermiştir. Yine aynı çalışmada, gebelikte depresyon tanısı alanlarda prenatal kortizol düzeylerinin daha yüksek, fetüslerin gestasyon haftasına göre daha küçük olduğu belirtilmiştir[36].

Rahman ve ark. depresyondaki annelerin bebeklerinin ağırlıklarının, depresyonda olmayan annelerin bebeklerine oranla 1,9 kat daha düşük olduğunu saptamışlardır[45].

Gebeliğin, anneliğe psikolojik bir hazırlık olduğu belirtilmektedir. Kadının gebelik rolüne hazırlanması, postpartum uyum ve annelik rolünden memnuniyetini

de etkilemektedir. Prenatal uyumları yüksek olan kadınların, postpartum uyumları da yüksek olmaktadır[71].

Uyumları yüksek olan kadınlar, doğuma daha hazırdır, doğum deneyimlerinde daha kontrollüdür, eş ilişkileri daha iyidir ve eşlerinin bebek bakımına katılımları daha yüksektir. Aynı zamanda annelik rolünden memnuniyetleri ve annelik görevleriyle baş etmede kendine güvenleri daha iyidir[30].

Bir çalışmada da doğum öncesi ve sonrası ruh sağlığı bakımının bir parçası olan sağlık personelinin, en çok tıbbi muayene, rahatsızlıklar ve komplikasyonlar için zaman ayırdığı, ruhsal durumları ise yeterince ele almadıkları belirtilmiştir[72].

Depresyon, primer bir duygudurum bozukluğu olabileceği gibi, diğer duygulanım bozukluklarına komorbid olarak da gelişebilir[73].

4.6. Gebelik ve Posttravmatik Stres Bozukluğu İlişkisi

Posttravmatik stres bozukluğu ciddi travmatik etkiden sonraki süreci ifade etmektedir. Posttravmatik stres bozukluğu kliniği ise bireyin olayı tekrar tekrar hatırlaması veya olaylar ile ilgili rüyalar görmesiyle karakterizedir[74].

Posttravmatik stres bozukluğu olan bireyler sıklıkla yaşadıkları kötü deneyimleri kâbus olarak tekrar tekrar yaşarlar. Anıların tekrar hatırlanmasına çoğu kez uyku bozukluğu, kimlik kargaşası, kopuk mod ve yabancılaşma hissi eşlik etmektedir. Bunlar yeni travmatik etkiler de oluşturabileceği için süreç, gitgide bireylerin yaşam bütünlüğünü tehdit eder hale gelir. Bu süreçlerin tümü sadece bireye yönelik değil, bireyle ilişkide bulunan diğer bireyler için de travmatik süreçler yaratabilir[75].

Doğum eyleminde fiziksel hareketlilik sırasında ciddi yaralanma ve ölüm korkusu olasılığıyla posttravmatik stres bozukluğunun gebelikteki teşhisi önemlidir[75].

Postpartum posttravmatik stres bozukluğunun etyolojisi üzerine yapılan bir çalışmada, Posttravmatik stres bozukluğuna, kırılganlık, önceki psikiyatrik sorunlar, travma geçmişi, doğum sırasında gelişen ciddi komplikasyonlar, kadınların olumsuz

yaşam deneyimleri ve destek eksikliği gibi etmenlerin neden olduğu bulunmuştur[75].

Yapılan bir araştırmada, kadınların %1 ila 7'si doğumla ilişkili olarak gelişen posttravmatik stres bozukluğu bildirmiştir[76].

Doğum eylemi bunlara ek olarak, posttravmatik stres bozukluğunun olası nedeni olan, doğumdan önce ve sonraki risk faktörlerinin birleşimidir ve kadının daha az güvende hissettiği bir süreçtir[77].

Posttravmatik stres bozukluğu insidansı, preterm veya ölü doğum öyküsü olan veya önceki gebelik veya doğum sırasında komplikasyonları olan kadınlarda hiç doğurmamışlara oranla daha yüksektir[77].

Buna ek olarak, çalışmalar müdahaleci doğumların ve acil sezaryenin posttravmatik stres bozukluğu riskini artırdığını göstermiştir[77].

Posttravmatik stres bozukluğu gebeliğin yanı sıra doğum ve lohusalık döneminde de görülebilir. Genellikle gebelik sırasında istismar veya diğer travmalar gibi olaylardan kaynaklanmaktadır[76].

Doğum yapan kadınların çoğu doğumu "hayatın içindeki en önemli an" olarak tanımlamaktadır. Ama doğum bazı kadınlar için travmatik bir deneyim olabilir[78].

Bir araştırmada, kadınların yarısından fazlası doğumlarını travmatik bir deneyim olarak kabul etmiştir[79].

Doğum deneyiminin psikolojik sağlık üzerinde çok önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Doğumda kadının psikolojik sağlığını korumak için, zihninde olumlu doğum anıları olması ve doğumunu hatırladığı zaman olumlu duygular hissetmesi beklenmektedir[80]. Travmatik doğum yaşayanlar doğum sürecini umutsuzluk ve korku dolu bir an olarak tanımlar. Bu deneyim; travma sonrası stres bozukluğuna neden olabilir[77].

Bazı kadınlar doğumda kendini tehdit altında hissederler, kontrol kaybı hissi yaşarlar ve bu kötü doğum anını unutamazlar[81].

Travmatik doğum deneyimi olan kadınların doğumla ilgili çelişkili duyguları olduğu bulunmuştur. Kadınlar doğum anında panik, öfke, saldırganlık, yardım alamama ve çaresizlik gibi olumsuz duygulanım yaşarlarken bir yandan da mutluluk, sürpriz, heyecan ve şükran gibi olumlu duygular yaşarlar. Doğum sürecinde kadınların algısı, yorumu ve anlamlandırışı birbirinden farklı olabilir[82,77].

Travmatik doğum tecrübesinden sonra bile anneler bebeğini kucağına aldığı anda sağlıklı olduğunu gördüklerinde doğum deneyimini olumlu olarak tanımlayabilir[77].



5. MATERYAL VE METOD

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Amaç; Primipar ve Multipar gebelerin 2.trimesterde stres düzeylerini, nedenlerini ve gebelerin demografik ve obstetrik özelliklerine göre stresle baş etme tercihlerini saptamaktır. Çalışma; tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte; kesitsel bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul ili Avcılar İlçesinde bulunan İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 19 Aile Sağlığı Merkezi'nde 15 Mart – 15 Haziran 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın Evrenini; 15 Mart – 15 Haziran 2019 tarihleri arasında Avcılar'da bulunan 2. Trimester gebeler oluşturmuştur.

Çalışmada; %5 birinci tip hata, 0.30 standardize etki büyüklüğü, 1 gruplara dağılım oranı ve %80 güç ile gerekli minimum örneklem büyüklüğü her bir grup için 176 ve toplam en az 352 gebenin dahil edilmesinin yeterli olacağı G-Power programı yardımı ile belirlenmiştir. Örneklemine ise Avcılar'da hizmet veren 19 Aile Sağlığı Merkezi'ne antenatal izlem için başvuran, çalışmaya alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden rastgele seçilen 426 gebe oluşturmuştur. Gebelerin 26'sı verileri formlarını uygun şekilde yanıtlamadıklarından dolayı çalışmaya dahil edilmemiştir. 200 Multipar ve 200 Primipar olmak üzere toplam 400 gebe örneklemi oluşturmuştur. Çalışmaya başlarken 20 gebeye ön uygulama yapılmış ve bu 20 gebe Örneklemeye dahil edilmemiştir.

Örneklem Seçim Kriterleri:

12. gebelik haftasını doldurmuş olup 29. gebelik haftasından henüz gün almamış olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmek.

Tablo 5.3.1. Cohen Standardize Etki

<i>Test</i>	<i>Etki Büyüklüğü</i>	<i>Küçük</i>	<i>Orta</i>	<i>Büyük</i>
<i>İki Ortalama arasındaki fark (Student test)</i>	D	0.20	0.50	0.80
<i>İkiden fazla Ortalama arasındaki fark* (ANOVA)</i>	F	0.10	0.25	0.40
<i>İki Oran arasındaki fark (Ki Kare)</i>	W	0.10	0.30	0.50
<i>Koralyon</i>	P	0.10	0.30	0.50

*Cohen Standardize Etki [83]

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; “Kişisel Veri Formu”(Ek 1) ve Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ) (Ek 2) kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Veri Formu: Form gebelerin; demografik, obstetrik ve kişisel özelliklerini belirleyecek toplam 25 soru olarak literatür rehberliğinde çalışmacı tarafından oluşturulmuştur.

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ): Ölçeği, Pop ve ark., gebelerde distresi belirlemek amacıyla geliştirmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını, Çapık ve Pasinlioğlu yapmıştır. Ölçek toplam 16 maddeden oluşmaktadır. 4'lü likert tipinde (çok sık=0 puan, oldukça sık=1 puan, ara sıra=2 puan, nadiren veya hiç=3 puan) derecelendirilmektedir. “Olumsuz Duygulanım” ve “Eş Katılımı” olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu: 11 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 3,5,6,7,9,10,11,12,13,14 ve 16. maddelerdir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 33'tür. Eş Katılımı Alt Boyutu: 5 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 1,2,4,8 ve 15. maddelerdir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 15'tir. Ölçeğin 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 48'tir. Ölçek 12 hafta ve üzeri gebeliği olanlara uygulanmaktadır. Ölçeğin belli kesme noktaları mevcuttur. Bu kesme noktaları; Ölçeğin toplamı için 28 ve üzeri, Olumsuz

Duygulanım alt boyutu için 22 ve üzeri, Eş Katılımı alt boyutu için 10 ve üzeridir. Ölçekten alınan puanın bu kesme noktalarının üzerinde olması distres (stres, anksiyete, depresyon) yaşayan gebelerin belirlenmesini sağlamaktadır.

Ölçeğin geçerlilik-güvenirlilik çalışmasında Cronbach Alfa değeri 0.83 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.80 olarak saptanmıştır.

Tablo 5.4.1 Ölçeklere Ait Tanımlayıcı Bilgiler

<i>Ölçekler</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Standart Sapma</i>
<i>Olumsuz Duygulanım</i>	400	12,00	32,00	22,9900	4,25678
<i>Eş Katılımı</i>	400	5,00	17,00	11,7075	2,70652
<i>Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği</i>	400	18,00	42,00	34,6975	4,72725

Tabloya göre araştırmaya katılan gebelerin Toplam Ölçekte distres ortalaması $34,6975 \pm 4,72725$ olarak hesaplandı. Stres ölçeğinin alt boyutları açısından bakıldığında ise Olumsuz Duygulanım ortalaması $22,9900 \pm 4,25678$ iken, Eş Katılımı ortalaması $11,7075 \pm 2,70652$ olarak hesaplandı.

5.5. Araştırmanın Yasal ve Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel olmayan Etik Kurulundan yazılı olarak (Etik kurul izin no: E.21640) izin alınmıştır. (Ek 5)

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışmayı yürütebilme izni alındı. (Ek 6) Katılımcılara Bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek “Gönüllülük Onam Formu” (Ek 4) imzalatıldı ve böylelikle “Gizliliğin Korunması” ilkesi ve “Aydınlatılmış Onam” etik kurallarına uyuldu.

5.6. Araştırma Soruları (Önermeler)

1. Primipar ve Multipar gebelerde stres düzeyi değişir.
2. Primipar gebelerde stres düzeyi eğitim düzeyine göre değişir.
3. Multipar gebelerde stres düzeyi eğitim düzeyine göre değişir.

4. Primipar gebelerde stres düzeyi doğum ve gebelik sürecine ilişkin bilgilendirilmeye göre değişir.
5. Multipar gebelerde stres düzeyi doğum ve gebelik sürecine ilişkin bilgilendirilmeye göre değişir.
6. Primipar ve Multipar gebelerde stres nedenleri değişir.
7. Primipar gebelerde stres düzeyleri stres nedenlerine göre değişir.
8. Multipar gebelerde stres nedenleri stres düzeyine göre değişir.
9. Primipar ve Multipar gebelerde stresle baş etme yöntemleri değişir.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS paket programı yardımı ile değerlendirildi. Çalışmada gebelerin demografik ve obstetrik özellikleri ile stresle baş etme yöntemleri, stres nedenleri ve stres düzeylerine ilişkin araştırma sorularına yer verildi. Bu kapsamda ikili grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Ayrıca kategorik verilerin hipotez testi için ise Ki-kare testinden yararlanıldı. Bu testlerin seçilmesinin nedeni ise veri setinin numerik verilerinin bir diğer ifade ile stres ölçeğinin ve alt boyutlarının normal dağılım göstermemesidir. Normal dağılım uygunluk testi için ise Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. Sonuçlar aşağıdaki tabloda görülmektedir.

Tablo 5.7.1 Normallik Testi

	<i>Kolmogorov-Smirnov^a</i>			<i>Shapiro-Wilk</i>		
	<i>Statistic</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>	<i>Statistic</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
<i>Toplam Stres</i>	0,167	400	0,000	0,880	400	0,000
<i>Olumsuz Duygulanım</i>	0,107	400	0,000	0,973	400	0,000
<i>Eş Katılımı</i>	0,146	400	0,000	0,946	400	0,000

Kolmogorov Smirnov testinin significant değeri 0.05'in altında olduğu için veri setinin normal dağılım koşulunu sağlamadığı tespit edildi. Bu nedenle de hipotez testleri için parametrik olmayan yöntemler olan Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Çalışma, İstanbul İli Avcılar İlçesinde hizmet veren ASM'lere başvuran gebelerle yürütüldüğünden kapsamı Avcılar ilçesi ile sınırlı olup sonuçları genellemez.

Ancak; çalışmanın Örneklem sayısının güç analizine göre minimum sayıdan fazla olması ve literatürde Primipar gebeler ile Multipar gebeler arasındaki stres nedenlerini ve stresle baş etme yollarını ayrı ayrı inceleyerek sosyo demografik ve obstetrik parametrelerle karşılaştıran az sayıda çalışmanın olması bu çalışmanın güçlü yönünü oluşturmaktadır.

6. BULGULAR

İstanbul ilinde Avcılar bölgesinde 19 ASM’de yapılması planlanan ve gerçekleşen bu çalışmada elde edilenler aşağıda tablolar eşliğinde özetlenmektedir.

6.1. Katılımcıların Demografik ve Obstetrik Özelliklerine ilişkin Bulgular

Bu bölümde gebelere ait yaş, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, en çok strese sokan unsur, özel yaşam bilgisi ve evde kimlerle yaşadığı hakkındaki bilgilere ait dağılımlar açıklanmıştır.

Tablo 6.1.1 Gebelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

<i>Demografik Özellikler</i>	<i>Frekans (n)</i>	<i>Yüzde %</i>
<i>Yaş</i>		
15-20	3	0,75
21-25	153	38,25
26-30	19	4,75
31-35	138	34,5
36 ve üzeri	87	21,75
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Çalışma Durumu</i>		
Evet	126	31,5
Hayır	274	68,5
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Eğitim Durumu</i>		
İlköğretim	82	20,5
Lise	107	26,75
Üniversite	211	52,75
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Eşin Eğitim Durumu</i>		
İlköğretim	36	9,0
Lise	134	33,5
Üniversite	230	57,5
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Özel Yaşam</i>		
Evli	308	77,0
Birlikte yaşıyor	11	2,75
Boşanmış	12	3,0
Evli ama eşi uzakta	69	17,25
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Evde Kimlerle Yaşıyor</i>		
Eşim/çocuklarım	283	70,75
Kendi ailem	35	8,75
Sadece çocuklarım	8	2,0
Eşim ve eşimin ailesi	42	10,5
Tek başıma	32	8,0
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>

Çalışmada katılımcıların % 38,3'ünün 21-25 yaş aralığında olduğu, %68,5 oranında çoğunluğun çalışmadığı, % 52,8'inin Üniversite mezunu ve %57,5'inin eşi Üniversite mezunu olduğu görüldü. Çalışmaya katılan tüm gebelerin %77'sinin evli olduğu ve %70,8'inin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı belirlendi. Bu verilere göre; katılımcıların çoğunluğunu 21-25 yaş aralığında, çalışmayan, hem kendi hem eşi üniversite mezunu olan, evli, eşi ve çocuklarıyla aynı evde yaşayan gebeler oluşturdu.

Ayrıca; gebelerin gebelik türüne göre eğitim durumu analizleri yapılmış ve aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 6.1.2 Eğitim Düzeyi ve Gebelik Türü

<i>Eğitim Düzeyi</i>	<i>Gebelik türü</i>		<i>Toplam</i>
	<i>Primipar</i>	<i>Multipar</i>	
<i>İlköğretim</i>	19	63	82
	9,5%	31,5%	20,5%
<i>Lise</i>	57	50	107
	28,5%	25,0%	26,75%
<i>Üniversite</i>	124	87	211
	62,0%	43,5%	52,75%
Toplam Sayı	200	200	400
	100,0%	100,0%	100,0%

Eğitim durumu Primipar ve Multipar gebeler için ayrı ayrı incelendiğinde en çok ilköğretim mezunu olanların Multipar oldukları; üniversite mezunlarınınsa çoğunluğunun Primipar olduğu görüldü.

Aşağıdaki tabloda gebelerin gebelik türüne göre çalışıp çalışmadıklarına ilişkin analizler sunulmaktadır.

Tablo 6.1.3 Çalışma Durumu ve Gebelik Türü

<i>Çalışma Durumu</i>	<i>Gebelik Türü</i>		<i>Toplam</i>
	<i>Primipar</i>	<i>Multipar</i>	
<i>Çalışıyor</i>	59	67	126
	29,5%	33,5%	31,5%
<i>Çalışmıyor</i>	141	133	274
	70,5%	66,5%	68,5%
Toplam	200	200	400
	100,0%	100,0%	100,0%

Çalışma durumu incelendiğindeyse gebelerin çoğunun çalışmadığı; Primipar ve Multipar gebeler için ayrı ayrı analiz edildiğinde çalışanların en çok Multipar gebeler olmakla birlikte Primipar gebelerle çok fark bulunmadığı görüldü.

Gebelerin Obstetrik özelliklerine göre yapılan analizler aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 6.1.4 Gebelerin Obstetrik Özellikleri

<i>Obstetrik Özellikler</i>	<i>Frekans (n)</i>	<i>Yüzde %</i>
<i>Gebelik Sayısı</i>		
<i>1</i>	119	29,75
<i>2</i>	184	46,0
<i>3</i>	22	5,5
<i>4 ve üzeri</i>	75	18,75
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Doğum Sayısı</i>		
<i>0</i>	230	57,5
<i>1</i>	57	14,25
<i>2</i>	44	11,0
<i>3 ve üzeri</i>	69	17,25
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Bu gebeliği İsteme Durumu</i>		
<i>İstiyorum</i>	301	75,25
<i>İstemiyorum</i>	99	24,75
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Önceki Gebelik Sonucu</i>		
<i>Düşük</i>	114	28,5
<i>Küretaj</i>	34	8,5
<i>Normal doğum</i>	158	39,5
<i>Suni sancılı vb. ile Normal doğum</i>	42	10,5
<i>Gerekli sezaryen</i>	39	9,75
<i>İsteğinizle sezaryen</i>	13	3,25
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Bu gebeliğinizdeki Risk Durumu</i>		
<i>Risk Var</i>	62	15,5
<i>Risk Yok</i>	338	84,5
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>

Obstetrik özelliklere baktığımızda, çalışmada katılımcıların %46,0'ının ikinci ve üzeri gebeliğini yaşadığı, %57,5'inin hiç doğum yapmadığı, %75,3'ünün bu gebeliği istediği görüldü. Önceki gebeliğini Normal Doğum ile sonuçlandıranların oranı %39,5 saptandı. Mevcut gebeliği Riskli olan %15,5 ve Riskli olmayan %84,5 katılımcı oluşturdu. Bu verilere göre; katılımcıların çoğunluğunu, daha önce en az bir gebelik geçirmiş ancak hiç doğum yapmamış olanlar oluşturmuştu. Önceki gebeliği doğumla sonuçlananların ise çoğunluğu Normal Doğum yapmıştı. Çoğunluğun mevcut gebeliği Riskli değildi.

Aşağıdaki tablo, gebelerin gebelik süreci ve doğuma ilişkin bilgi edinmek istediklerinde hangi kaynaklardan yararlanmayı öncelikli olarak tercih ettiklerine ilişkin analizleri göstermektedir.

Tablo 6.1.5 Gebelerin Gebelik ve Doğuma İlişkin Bilgilenme Durumlarının Dağılımı

<i>Gebelerin Bilgilenme Durumları</i>	<i>Frekans (n)</i>	<i>Yüzde %</i>
<i>Gebeliğe İlişkin Bir Bilginiz Var mıdır?</i>		
<i>Evet</i>	284	71,0
<i>Hayır</i>	116	29,0
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Doğuma İlişkin Bir Bilginiz Var mıdır?</i>		
<i>Evet</i>	277	69,25
<i>Hayır</i>	123	30,75
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Doğumdan Korkuyor musunuz?</i>		
<i>Evet</i>	140	35,0
<i>Hayır</i>	260	65,0
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Gebelik ve doğum sürecine ilişkin bilgi ve eğitimleri en sık hangi kaynaktan alıyorsunuz?</i>		
<i>Medya</i>	51	12,75
<i>İnternet</i>	84	21,0
<i>Kitap, Dergi, Ansiklopedi</i>	56	14,0
<i>Ailem ve arkadaşlarım</i>	60	15,0
<i>Gebe takibimi yapan sağlık mensubu</i>	149	37,25
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Gebelik ve doğum sürecine ilişkin bilgilenmede en çok kimden yararlandınız?</i>		
<i>Aile hekimi</i>	169	42,25
<i>Ebe</i>	101	25,25
<i>Hemşire</i>	20	5,0
<i>Kadın Doğum Uzmanı</i>	110	27,5
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>

%71,0'inin gebeliğe ilişkin bilgisi ve %69,3'ünün doğuma ilişkin bilgisi vardı. Gebelerin %65'i doğumdan korkmadığını ifade etti. %37,3 gebenin gebelik ve doğum sürecine ilişkin bilgi ve eğitimleri en sık gebe takibini yapan sağlık mensubundan aldığı; %42,3 gebenin ise gebelik ve doğum sürecine ilişkin bilgilenmede en çok Aile Hekimliğinden yararlandığı görüldü.

Gebelerin ruh sağlığına ilişkin durumlarıyla ilgili analiz sonuçları aşağıdaki tabloda özetlenmektedir.

Tablo 6.1.6 Gebelerin Ruh Sağlığı Durumlarının Dağılımı

<i>Ruh Sağlığı Durumları</i>	<i>Frekans (n)</i>	<i>Yüzde %</i>
<u>Geçmişte hiç antidepresan kullandınız mı?</u>		
<i>Evet</i>	109	27,25
<i>Hayır</i>	291	72,75
<u>Toplam</u>	<u>400</u>	<u>100</u>
<u>Geçmişte hiç depresyon ya da baş edemediğiniz stres gibi bir nedenle psikolojik bir tanı aldınız mı?</u>		
<i>Evet</i>	93	23,25
<i>Hayır</i>	307	76,75
<u>Toplam</u>	<u>400</u>	<u>100</u>
<u>Geçmişte cinsellik ya da gebelik ile ilgili kötü bir şey yaşadınız mı?</u>		
<i>Evet</i>	22	5,5
<i>Hayır</i>	378	94,5
<u>Toplam</u>	<u>400</u>	<u>100</u>

Ruh sağlığına ilişkin analizlerde, gebelerin %72,8'inin geçmişte hiç antidepresan kullanmadığını, %76,8'inin geçmişte hiç depresyon ya da baş edemediği stres gibi bir nedenle psikolojik tanı almadığını, %94,5'inin geçmişte cinsellik ya da gebelik ile ilgili kötü bir şey yaşamadığını ifade ettiğini belirtti.

Çalışmada Kişisel Veri Formunun içine dahil edilen stres skalaları ile gebelerin strese ilişkin algıları farklı yaşam dönemleri için sorgulanmış ve stresin gebelik öncesinde mi gebelikle birlikte mi daha fazla algılandığı ortaya koyulmak amaçlanmıştır. Gebelerin evlilik öncesi, gebelik öncesi ve mevcut gebeliklerindeki stres algılarına ilişkin veriler aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 6.1.7 Gebelerin Yaşam Dönemlerine Göre Stres Düzeylerinin Dağılımı

<i>Yaşam Dönemlerine Stres</i>	<i>Frekans (n)</i>	<i>Yüzde %</i>
<i>Evlilik öncesini düşündüğünüzde genelde günlük stres durumunuzu nasıl tanımladınız?</i>		
<i>Çok mutlu</i>	91	22,75
<i>Mutlu</i>	159	39,75
<i>Sıkılmış</i>	64	16,0
<i>üzgün/mutsuz</i>	65	16,25
<i>Kontrolünü kaybetmiş</i>	21	5,25
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Evliliğinizde genelde günlük stres durumunuzu nasıl tanımladınız?</i>		
<i>Çok mutlu</i>	30	7,5
<i>Mutlu</i>	177	44,25
<i>Sıkılmış</i>	50	12,5
<i>Sinirli/öfkeli</i>	122	30,5
<i>Kontrolünü kaybetmiş</i>	21	5,25
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Gebelikte genelde günlük stres durumunuzu tanımladınız?</i>		
<i>Çok mutlu</i>	17	4,25
<i>Mutlu</i>	165	41,25
<i>Sıkılmış</i>	50	12,5
<i>üzgün/mutsuz</i>	79	19,75
<i>Sinirli/öfkeli</i>	89	22,25
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>
<i>Günlük iş yükünüzü 1'den 10'a kadar puanlasanız kaç puan verirsiniz?</i>		
<i>1</i>	6	1,5
<i>2</i>	40	10,0
<i>3</i>	1	0,25
<i>4</i>	23	5,75
<i>5</i>	1	0,25
<i>6</i>	66	16,5
<i>7</i>	117	29,25
<i>8</i>	59	14,75
<i>9</i>	3	0,75
<i>10</i>	84	21,0
<i>Toplam</i>	<i>400</i>	<i>100</i>

Gebelerin Stres Skalası ile ifade ettikleri duygularına göre evlilik öncesinde %39,8'inin mutlu olduğu, evliliğinde %44,3'ünün mutlu olduğu ve mevcut gebelikte %41,3'ünün mutlu olduğu görüldü. Günlük iş yükünün 1'den 10'a kadar puanlamasında %29,3 gebenin günlük iş yükünü 7 puanla ifade ettiği saptandı.

Gebelerin stresin yüksek olduğu durumlarda stresle baş etmede kendilerini en çok rahatlatan ve öncelikli tercih ettikleri yöntemin belirlenmesine yönelik analiz sonuçları aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 6.1.8 Gebelerin Stresle Baş Etme Tercihleri

<i>Stresle Baş Etme Tercihleri</i>	<i>Frekans (n)</i>	<i>Yüzde %</i>
<u>Aşağıdakilerden hangisi sizi rahatlatır?</u>		
<i>Nefes egzersizleri</i>	57	14,25
<i>Yoga</i>	40	10,0
<i>Bağırıp öfkemi kusmak</i>	22	5,5
<i>Sessiz kalmak</i>	85	21,25
<i>Ağlamak</i>	13	3,25
<i>Yürüyüşe çıkmak</i>	80	20,0
<i>Müzik dinlemek</i>	34	8,5
<i>Eşimin, ailemin desteği</i>	69	17,25
<u>Toplam</u>	<u>400</u>	<u>100</u>

Tabloda görüldüğü üzere gebelerin çoğunluğunun (%21,3) stres durumunda “Sessiz kalmak” ile rahatladığı belirlendi.

Çalışmanın bulgularına dair buraya kadar olan bölümde, gebelerin özelliklerine ilişkin analizler özetlenmiş olup TGDÖ ile yapılan karşılaştırmalar bundan sonraki bölümlerde açıklanmaktadır.

6.2. Gebelerin Sosyo Demografik ve Obstetrik Özellikleri ile Stres Düzeylerine, Nedenlerine, Baş etme Yöntemlerine İlişkin Önerme Testleri

Gebelerin sosyo demografik ve obstetrik özellikleri ile TGDÖ kullanılarak yapılan karşılaştırmaları bu bölümde açıklanmaktadır.

Aşağıdaki tablo gebelerin, TGDÖ Toplam Ölçek puan sıralamaları ile Olumsuz Duygulanım ve Eş Katılımı alt boyutlarından alınan ölçek puan sıralamalarını özetlemektedir.

Tablo 6.2.1 Primipar Gebelerin Ölçek Kesme Noktalarına göre Stres Puan Ortalamaları

TGDÖ-PRİMİPAR	Frekans (n)	Yüzde %
<u>Olumsuz Duygulanım</u>		
<i>Düşük Stres</i>	67	33,5
<i>Yüksek Stres (22 ve üzeri)</i>	133	66,5
<u>Toplam</u>	<u>200</u>	<u>100</u>
<u>Eş Katılımı</u>		
<i>Düşük Stres</i>	32	16
<i>Yüksek Stres (10 ve üzeri)</i>	168	84
<u>Toplam</u>	<u>200</u>	<u>100</u>
<u>Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Toplam</u>		
<i>Düşük Stres</i>	0	0
<i>Yüksek Stres (28 ve üzeri)</i>	200	100,0
<u>Toplam</u>	<u>200</u>	<u>100</u>

Çalışmaya katılan Primipar gebelerin TGDÖ ölçek kesme noktalarına göre puanlarında; Olumsuz Duygulanım için %66,5 gebenin puan ortalamasının yüksek olduğu; Eş Katılımı için %84,0 gebenin puan ortalamasının yüksek olduğu, tüm ölçeğin toplam değerlendirmesinde %100 gebenin puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı.

Tablo 6.2.2 Multipar Gebelerin Ölçek Kesme Noktalarına göre Stres Puan Ortalamaları

TGDÖ-MULTİPAR	Frekans (n)	Yüzde %
<u>Olumsuz Duygulanım</u>		
<i>Düşük Stres</i>	61	30,5
<i>Yüksek Stres (22 ve üzeri)</i>	139	69,5
<u>Toplam</u>	<u>200</u>	<u>100</u>
<u>Eş Katılımı</u>		
<i>Düşük Stres</i>	43	21,5
<i>Yüksek Stres (10 ve üzeri)</i>	157	78,5
<u>Toplam</u>	<u>200</u>	<u>100</u>
<u>Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Toplam</u>		
<i>Düşük Stres</i>	27	13,5
<i>Yüksek Stres (28 ve üzeri)</i>	173	86,5
<u>Toplam</u>	<u>200</u>	<u>100</u>

Çalışmaya katılan Multipar gebelerin TGDÖ ölçek kesme noktalarına göre puanlarında; Olumsuz Duygulanım için %69,5 gebenin puan ortalamasının yüksek olduğu; Eş Katılımı için %78,5 gebenin puan ortalamasının yüksek olduğu, tüm ölçeğin toplam değerlendirmesinde %86,5 gebenin puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı.

6.3. Primipar ve Multipar Gebelerde Stres Düzeyleri

Araştırma Sorusu (Önerme) 1: Primipar ve Multipar Gebelerde Stres Düzeyleri Değişir.

Primipar ve Multipar Gebelerin gebelik türü ile stres düzeylerine yönelik önermelerin sınanabilmesi için yapılan Mann Whitney U testine ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 6.3.1 Primipar ve Multipar Gebelerde Stres Düzeyleri

<i>Gebelik Tipi</i>	<i>N</i>	<i>Sıra Değer Ortalaması</i>	<i>Mann Whitney U</i>	<i>P</i>	<i>Gruplar arası fark</i>
<u>Olumsuz Duygulanım</u>					
<i>Primipar</i>	200	206,27	18847,000	0,317	-
<i>Multipar</i>	200	194,74			
<u>Toplam</u>	<u>400</u>				
<u>Eş Katılımı</u>					
<i>Primipar</i>	200	189,40	17779,000	0,052	-
<i>Multipar</i>	200	211,61			
<u>Toplam</u>	<u>400</u>				
<u>Toplam Stres</u>					
<i>Primipar</i>	200	193,46	18591,500	0,220	-
<i>Multipar</i>	200	207,55			
<u>Toplam</u>	<u>400</u>				

Çalışmada, Olumsuz Duygulanım ve Eş Katılımı açısından, Primipar gebeler ile Multipar gebeler arasında anlamlı fark yoktu.

Toplam Stres puanı açısından da Primipar gebeler ile Multipar gebeler arasında anlamlı fark bulunamadı. Primipar gebelerin puan ortalaması 193,46 iken Multiparların 207,55 idi. Bu verilere göre; daha önce doğum yapmış olmak ya da hiç doğurmamış olmak stres düzeyleri üzerinde etkili olmadığı saptandı.

Araştırma Sorusu (Önerme) 2: Primipar gebelerde stres düzeyi eğitim düzeyine göre değişir.

Primar gebelerin eğitim durumları ile stres düzeylerine yönelik hipotezlerin sınanabilmesi için yapılan Kruskal Wallis testine ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 6.3.2 Primipar Gebelerde Eğitim Düzeyine Göre Stres Düzeyleri

<i>Eğitim Düzeyi</i>	<i>N</i>	<i>Sıra Değer Ortalaması</i>	<i>KW İstatistik</i>	<i>P</i>	<i>Gruplar Arası Fark</i>
<u>Olumsuz Duygulanım</u>					
<i>İlköğretim (1)</i>	19	130,32	64,828	0,000	1*2 2*3
<i>Lise (2)</i>	57	57,89			
<i>Üniversite (3)</i>	124	115,52			
<u>Toplam</u>	<u>200</u>				
<u>Eş Katılımı</u>					
<i>İlköğretim (1)</i>	19	72,00	44,712	0,000	1-2* 1-3*
<i>Lise (2)</i>	57	95,81			
<i>Üniversite (3)</i>	124	107,02			
<u>Toplam</u>	<u>200</u>				
<u>Toplam Stres</u>					
<i>İlköğretim (1)</i>	19	116,39	6,839	0,000	1-2* 2-3*
<i>Lise (2)</i>	57	48,74			
<i>Üniversite (3)</i>	124	121,86			
<u>Toplam</u>	<u>200</u>				

*İkili Karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile ayrı ayrı yapıldı.

Çalışmada Primipar gebelerin stres düzeyleri ile eğitim düzeylerinin ilişkisi ayrı ayrı incelendiğinde; Primipar gebelerin hem Olumsuz Duygulanım hem Eş Katılımı hem de Toplam Stres puanı sıralamalarında anlamlı fark bulundu. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için Kruskal Wallis Post Hoc analiz olarak Mann Whitney U testi ikili olarak kullanılmıştır.

Olumsuz Duygulanım distres puan ortalamalarının ilköğretim mezunu Primipar gebelerin lise mezunlarına göre daha yüksek olduğu, benzer şekilde üniversite mezunu Primipar gebelerin lise mezunlarına göre daha yüksek olduğu

sonucuna ulaşıldı. İlköğretim mezunları ile üniversite mezunlarının karşılaştırmasında ise ilköğretim mezunlarının stres puan ortalaması daha yüksekti. Buna göre en yüksek stres puan ortalaması ilköğretim mezunu Primipar gebelerde görülürken en düşük lise mezunlarındadır. Gruplar arasında yapılan ikili Post Hoc analizlerde İlköğretim ve lise mezunu Primiparlar arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Benzer olarak lise ve üniversite mezunu Primiparlar arasında da fark olduğu görüldü. Ancak; ilköğretim mezunları ile üniversite mezunları arasında anlamlı fark bulunamadı.

Eş Katılımı açısından da Primipar lise mezunu gebelerin puan ortalamalarının ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek olduğu, benzer şekilde üniversite mezunu gebelerin de lise mezunlarına göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı. İlköğretim mezunları ile üniversite mezunlarının karşılaştırmasında ise üniversite mezunlarının stres puan ortalaması daha yüksekti. Buna göre, Eş katılımı açısından en yüksek distres puan ortalaması üniversite mezunu Primiparlarda görülürken en düşük ilköğretim mezunlarındadır. Gruplar arasında yapılan ikili Post Hoc analizlerde İlköğretim ve lise mezunu Primiparlar arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Benzer olarak ilköğretim mezunu ve üniversite mezunu Primiparlar arasında da fark olduğu görüldü. Ancak; lise ile üniversite mezunları arasında anlamlı fark bulunamadı.

Toplam Stres puanı açınsındansa ilköğretim mezunu Primipar gebelerin toplam distres puan ortalamalarının lise mezunlarına göre daha yüksek olduğu, benzer şekilde üniversite mezunu gebelerin de Toplam Stres puan ortalamalarının lise mezunlarına göre daha yüksek olduğu saptandı. İlköğretim mezunları ile üniversite mezunlarının karşılaştırmasında ise üniversite mezunlarının stres puan ortalaması daha yüksekti. Buna göre; en yüksek distres düzeyi üniversite mezunu Primiparlarda görülürken en düşük ilköğretim mezunlarındadır. Gruplar arasında yapılan ikili Post Hoc analizlerde İlköğretim ve lise mezunu Primiparlar arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Benzer olarak lise ve üniversite mezunu Primiparlar arasında da fark olduğu görüldü. Ancak; ilköğretim mezunları ile üniversite mezunları arasında anlamlı fark bulunamadı.

Araştırma Sorusu (Önerme) 3: Multipar gebelerde stres düzeyi eğitim düzeyine göre değişir.

Multipar gebelerin eğitim durumları ile stres düzeylerine yönelik hipotezlerin sınanabilmesi için yapılan Kruskal Wallis testine ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 6.3.3 Multipar Gebelerde Eğitim Düzeyine Göre Stres Düzeyleri

<i>Eğitim Düzeyi</i>	<i>N</i>	<i>Sıra Değer Ortalaması</i>	<i>KW İstatistik</i>	<i>p</i>	<i>Gruplar Arası Fark</i>
<u>Olumsuz Duygulanım</u>					
<i>İlköğretim (1)</i>	63	128,68	26,057	0,000	1-2* 1-3*
<i>Lise (2)</i>	50	73,84			
<i>Üniversite (3)</i>	87	96,61			
<u>Toplam</u>	<u>200</u>				
<u>Eş Katılımı</u>					
<i>İlköğretim (1)</i>	63	115,68	23,998	0,000	1-3* 2-3*
<i>Lise (2)</i>	50	121,59			
<i>Üniversite (3)</i>	87	78,79			
<u>Toplam</u>	<u>200</u>				
<u>Toplam Stres</u>					
<i>İlköğretim (1)</i>	63	122,40	14,529	0,001	1-2* 1-3*
<i>Lise (2)</i>	50	82,62			
<i>Üniversite (3)</i>	87	96,13			
<u>Toplam</u>	<u>200</u>				

*İkili Karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile ayrı ayrı yapıldı.

Çalışmada Multipar gebelerin stres düzeyleri ile eğitim düzeylerinin ilişkisi ayrı ayrı incelendiğinde; Multipar gebelerin hem Olumsuz Duygulanım hem Eş Katılımı hem de Toplam Stres puanı sıralamalarında anlamlı fark bulundu.

Olumsuz Duygulanım distres puan ortalamalarında ilköğretim mezunu Multipar gebelerin lise mezunlarına göre daha yüksek olduğu, benzer şekilde üniversite mezunu Multipar gebelerin lise mezunlarına göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre en yüksek stres puan ortalamaları ilköğretim

mezunu Multipar gebelerde görülürken en düşük lise mezunlarındadır. Gruplar arasında yapılan ikili Post Hoc analizlerde İlköğretim ve lise mezunu Multiparlar arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Benzer olarak ilköğretim mezunu ve üniversite mezunu Multiparlar arasında da fark olduğu görüldü. Ancak; lise mezunları ile üniversite mezunları arasında anlamlı fark bulunamadı.

Eş Katılımı açısından da Multipar lise mezunu gebelerin puan ortalamalarının hem ilköğretim mezunlarına hem de üniversite mezunlarına göre daha yüksek olduğu, benzer şekilde ilköğretim mezunu gebelerin de üniversite mezunlarına göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, Eş Katılımı açısından en yüksek distres puan ortalamaları lise mezunu Multiparlarda görülürken en düşük üniversite mezunlarındadır. Tabloya göre cümle yanlıştır. Gruplar arasında yapılan ikili Post Hoc analizlerde İlköğretim ve üniversite mezunu Multiparlar arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Benzer olarak lise mezunu ve üniversite mezunu Multiparlar arasında da fark olduğu görüldü. Ancak; ilköğretim mezunları ile lise mezunları arasında anlamlı fark bulunamadı.

Toplam Stres puanı açısından üniversite mezunu Multipar gebelerin toplam distres puan ortalamalarının lise mezunlarına göre daha yüksek olduğu, benzer şekilde ilköğretim mezunu Multipar gebelerin de toplam distres puan ortalamalarının üniversite mezunlarına göre daha yüksek olduğu saptandı. Buna göre; en yüksek distres puan ortalamaları ilköğretim mezunu Multiparlarda görülürken en düşük lise mezunlarındadır. Gruplar arasında yapılan ikili Post Hoc analizlerde İlköğretim ve lise mezunu Multiparlar arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Benzer olarak ilköğretim mezunu ve üniversite mezunu Multiparlar arasında da fark olduğu görüldü. Ancak; lise mezunları ile üniversite mezunları arasında anlamlı fark bulunamadı.

Araştırma Sorusu (Önerme) 4: Primipar gebelerde stres düzeyi; doğum ve gebelik sürecine ilişkin bilgilendirilmeye göre değişir.

Primipar gebelerin bilgi kaynakları ile stres düzeylerine yönelik hipotezlerin sınanabilmesi için yapılan Kruskal Wallis testine ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 6.3.4 Primipar Gebelerde Bilgi Kaynağına göre Stres Düzeyleri

<i>Bilgi Kaynağı</i>	<i>N</i>	<i>Sıra Değer Ortalaması</i>	<i>KW İstatistik</i>	<i>P</i>	<i>Gruplar arası fark</i>
<u>Olumsuz Duygulanım</u>					
<i>Medya(1)</i>	33	30,20	106,458	0,000	1*2
<i>İnternet(2)</i>	44	143,35			1*3
<i>Kitap, Dergi, Ansiklopedi(3)</i>	17	51,88			1*4
<i>Ailem ve arkadaşlarım(4)</i>	29	75,55			1*5
<i>Gebe takibimi yapan sağlık mensubu(5)</i>	77	126,27			2*3
					2*4
			2*5		
<u>Toplam</u>	<u>200</u>				3*5
					4*5
<u>Eş Katılımı</u>					
<i>Medya(1)</i>	33	102,95	78,558	0,000	1*2
<i>İnternet(2)</i>	44	46,90			1*4
<i>Kitap, Dergi, Ansiklopedi(3)</i>	17	121,50			2*3
<i>Ailem ve arkadaşlarım(4)</i>	29	164,33			2*4
<i>Gebe takibimi yapan sağlık mensubu(5)</i>	77	101,40			2*5
					3*4
			4*5		
<u>Toplam</u>	<u>200</u>				
<u>Toplam Distres</u>					
<i>Medya(1)</i>	33	22,23	100,838	0,000	1*2
<i>İnternet(2)</i>	44	117,80			1*3
<i>Kitap, Dergi, Ansiklopedi(3)</i>	17	54,91			1*4
<i>Ailem ve arkadaşlarım(4)</i>	29	103,34			1*5
<i>Gebe takibimi yapan sağlık mensubu(5)</i>	77	133,16			2*3
					3*4
			3*5		
<u>Toplam</u>	<u>200</u>				4*5

Çalışmada Primipar gebelerin stres düzeyleri ve gebelik sürecine ilişkin bilgilenme tercihlerinin ilişkisi ayrı ayrı incelendiğinde; Primipar gebelerde hem Olumsuz Duygulanım hem Eş Katılımı hem de Toplam Stres puanları ortalamasında anlamlı fark saptandı. Olumsuz Duygulanım açısından, bilgi kaynağının “İnternet” olduğunu ifade eden Primipar gebelerin puan ortalaması en yüksek iken, bilgi kaynağını “Medya” olarak ifade eden Primiparların distres puan ortalaması en düşük olarak bulundu. Eş Katılımı alt boyutunda en yüksek stres puan ortalaması “Aile ve Arkadaşları”ndan bilgi alan Primiparlarda iken en düşük “İnternet” kullanan Primiparlardı. Toplam Stres puanında en yüksek stres puan ortalamalarına sahip olanlar “Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu”ndan bilgi alan Primiparlar iken en düşük “Medya”yı kullanan Primiparlar olduğu saptandı.

Tabloya göre Primipar gebelerde Olumsuz Duygulanım açısından bilgi kaynağı Medya olanların; bilgi kaynağı İnternet/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi/ Ailem ve Arkadaşlarım/ Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı Medya olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının diğer tüm bilgi kaynaklarından yararlananlara göre daha düşük olduğu görüldü.

Bilgi kaynağı İnternet olanların; bilgi kaynağı Medya/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi/ Ailem ve Arkadaşlarım/ Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı İnternet olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının diğer tüm bilgi kaynaklarından yararlananlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Bilgi kaynağı Kitap, Dergi, Ansiklopedi olanların; bilgi kaynağı Medya/ İnternet/ Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olanlarla yapılan karşılaştırmasına göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı Kitap, Dergi, Ansiklopedi olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının Medya olanlara göre daha yüksek, İnternet olanlara göre daha düşük, Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanlara göre daha düşük olduğu görüldü. Ancak; Aile ve arkadaşları tarafından bilgilenenlerle istatistiksel fark görülmedi.

Bilgi kaynağı Aile ve arkadaşlar olanların; bilgi kaynağı Medya/ İnternet/ Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanlarla yapılan karşılaştırmasına göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı Aile ve arkadaşları olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının Medya olanlara göre daha yüksek, İnternet olanlara göre daha düşük, Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanlara göre daha düşük olduğu görüldü. Ancak; Kitap, Dergi, Ansiklopedi tarafından bilgilenenlerle istatistiksel fark görülmedi.

Bilgi kaynağı Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanların; bilgi kaynağı Medya/ İnternet/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi/ Ailem ve arkadaşlarım olanlarla yapılan karşılaştırmasına göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanların stres puan ortalamasının Medya/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi/ Ailem ve

arkadaşlarım olanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. İnternet olanlara göre ise anlamlı olarak düşük olduğu görüldü.

Tabloya göre Primipar gebelerde Eş Katılımı açısından bilgi kaynağı Medya olanların; bilgi kaynağı İnternet/ Ailem ve Arkadaşlarım olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı Medya olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının İnternet olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu; Ailem ve arkadaşlarım olanlara göre anlamlı olarak düşük olduğu görüldü. Ancak; Kitap, Dergi, Ansiklopedi olanlar ve Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olanlara göre karşılaştırmalarında anlamlı fark görülmedi.

Bilgi kaynağı İnternet olanların; bilgi kaynağı Medya/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi/ Ailem ve Arkadaşlarım/ Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı İnternet olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının diğer tüm bilgi kaynaklarından yararlananlara göre daha düşük olduğu görüldü.

Bilgi kaynağı Kitap, Dergi, Ansiklopedi olanların; bilgi kaynağı İnternet olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu; Ailem ve arkadaşlarım olanlara göre anlamlı olarak düşük olduğu görüldü. Bilgi kaynağı Medya olanlarla ve Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olanlarla yapılan karşılaştırmalarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

Bilgi kaynağı Ailem ve Arkadaşlarım olanların; bilgi kaynağı Medya/ İnternet/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi/ Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı olan Ailem ve Arkadaşlarım olanlar Primipar gebelerin stres puan ortalamasının diğer tüm bilgi kaynaklarından yararlananlara göre daha düşük olduğu görüldü.

Bilgi kaynağı Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olanların; bilgi kaynağı İnternet olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu; Ailem ve arkadaşlarım olanlara göre anlamlı olarak düşük olduğu görüldü. Bilgi kaynağı Medya olanlarla ve Kitap,

Dergi, Ansiklopedi olanlarla yapılan karşılaştırmalarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

Tabloya göre Primipar gebelerde Toplam Ölçek Stres Puanı açısından bilgi kaynağı Medya olanların; bilgi kaynağı İnternet/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi/ Ailem ve Arkadaşlarım/ Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı Medya olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının diğer tüm bilgi kaynaklarından yararlananlara göre daha düşük olduğu görüldü.

Bilgi kaynağı İnternet olanların; bilgi kaynağı Medya/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı İnternet olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının Medya olanlara göre ve Kitap, Dergi, Ansiklopedi olanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Bilgi kaynağı İnternet olanlarla Ailem ve Arkadaşlarım olanlar ve Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olanlarla yapılan karşılaştırmalarda anlamlı fark bulunamadı.

Bilgi kaynağı Kitap, Dergi, Ansiklopedi olanların; bilgi kaynağı diğer olan tüm gruplarla yapılan karşılaştırmalarına göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı Kitap, Dergi, Ansiklopedi olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının Medya olanlara göre daha yüksek, diğer tüm gruplara göre daha düşük olduğu görüldü.

Bilgi kaynağı Aile ve arkadaşlar olanların; bilgi kaynağı Medya/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi/ Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanlarla yapılan karşılaştırmalarına göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı Aile ve arkadaşları olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının Medya Kitap, Dergi, Ansiklopedi olanlara göre daha yüksek; Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanlara göre daha düşük olduğu görüldü. Ancak; İnternet tarafından bilgilenenlerle istatistiksel fark görülmedi.

Bilgi kaynağı Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanların; bilgi kaynağı Medya/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi/ Ailem ve arkadaşlarım olanlarla yapılan karşılaştırmalarına göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı

görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanların stres puan ortalamasının Medya/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi/ Ailem ve arkadaşlarım olanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Ancak; İnternet tarafından bilgilenenlerle istatistiksel fark görülmedi.

Araştırma Sorusu (Önerme) 5: Multipar gebelerde stres düzeyi doğum ve gebelik sürecine ilişkin bilgilendirilmeye göre değişir.

Multipar gebelerin bilgi kaynakları ile stres düzeylerine yönelik hipotezlerin sınanabilmesi için yapılan Kruskal Wallis testine ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 6.3.5 Multipar Gebelerde Bilgi Kaynağına göre Stres Düzeyleri

<i>Bilgi Kaynağı</i>	<i>N</i>	<i>Sıra Değer Ortalaması</i>	<i>KW İstatistik</i>	<i>p</i>	<i>Gruplar arası fark</i>
<u>Olumsuz Duygulanım</u>					
<i>Medya</i>	18	58,06	60,506	0,000	1*2 1*5 2*4 2*5 4*5
<i>İnternet</i>	40	155,94			
<i>Kitap, Dergi, Ansiklopedi</i>	39	95,62			
<i>Ailem ve arkadaşlarım</i>	31	63,56			
<i>Gebe takibimi yapan sağlık mensubu</i>	72	99,49			
<u>Toplam</u>	<u>200</u>				
<u>Eş Katılımı</u>					
<i>Medya</i>	18	86,00	116,285	0,000	1*3 1*4 1*5 2*3 2*4 3*4 3*5 4*5
<i>İnternet</i>	40	93,68			
<i>Kitap, Dergi, Ansiklopedi</i>	39	39,28			
<i>Ailem ve arkadaşlarım</i>	31	185,69			
<i>Gebe takibimi yapan sağlık mensubu</i>	72	105,88			
<u>Toplam</u>	<u>200</u>				
<u>Toplam Distres</u>					
<i>Medya</i>	18	46,94	49,753	0,000	1*2 1*4 1*5 2*3 2*4 2*5 3*4 3*5
<i>İnternet</i>	40	138,28			
<i>Kitap, Dergi, Ansiklopedi</i>	39	65,99			
<i>Ailem ve arkadaşlarım</i>	31	109,48			
<i>Gebe takibimi yapan sağlık mensubu</i>	72	108,60			
<u>Toplam</u>	<u>200</u>				

Çalışmada Multipar gebelerin stres düzeyi ile doğum ve gebelik sürecine ilişkin bilgilendirme kaynağı tercihlerinin ilişkisi değerlendirildiğinde; Multipar gebelerde hem Olumsuz Duygulanım hem Eş Katılımı hem de Toplam Stres puanları ortalamasında anlamlı fark saptandı. Olumsuz Duygulanım açısından, bilgi

kaynağının “İnternet” olduğunu ifade eden Multipar gebelerin puan ortalaması en yüksek iken, bilgi kaynağını “Medya” olarak ifade eden Multiparların distres düzeyi en düşük olarak bulundu. Eş Katılımı alt boyutunda en yüksek stres puan ortalaması “Aile ve Arkadaşları”ndan bilgi alan Multiparlarda iken en düşük “Kitap, Dergi, Ansiklopedi” kullanan Multiparlardı. Toplam Stres puanında en yüksek stres puan ortalamalarına sahip olanlar “İnternet”ten bilgi alan Multiparlar iken en düşük “Medya”yı kullanan Multiparlar olduğu saptandı.

Tabloya göre Multipar gebelerde Olumsuz Duygulanım açısından bilgi kaynağı Medya olanların; bilgi kaynağı İnternet ve Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı Medya olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının İnternet olan gruba ve Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü. Bilgi kaynağı Medya olanların bilgi kaynağı Kitap, Dergi, Ansiklopedi olanlarla ve Ailem ve arkadaşlarım olanlarla arasında anlamlı fark bulunamadı.

Bilgi kaynağı İnternet olanların; bilgi kaynağı Medya/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi/ Ailem ve Arkadaşlarım/ Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre bilgi kaynağı İnternet olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının diğer tüm bilgi kaynaklarından yararlananlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Bilgi kaynağı Kitap, Dergi, Ansiklopedi olanların; bilgi kaynağı İnternet olan grupla yapılan karşılaştırmasına göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı Kitap, Dergi, Ansiklopedi olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının İnternet olanlara göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. Ancak; Medya, Gebe Takibini yapan Sağlık Mensubu, Aile ve arkadaşları tarafından bilgilenenlerle yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel fark görülmedi.

Bilgi kaynağı Aile ve arkadaşlar olanların; bilgi kaynağı İnternet/ Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanlarla yapılan karşılaştırmasına göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı Aile

ve arkadaşları olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının hem İnternet olanlara göre hem de Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanlara göre daha düşük olduğu görüldü. Ancak; Kitap, Dergi, Ansiklopedi tarafından bilgilenenlerle ve Medya ile bilgilenenlerle istatistiksel fark görülmedi.

Bilgi kaynağı Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanların; bilgi kaynağı Medya/ İnternet/ Ailem ve arkadaşları olanlarla yapılan karşılaştırmasına göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olan Multiparların stres puan ortalamasının Medya/ Ailem ve arkadaşları olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. İnternet olanlara göre ise anlamlı olarak düşük olduğu görüldü. Kitap, Dergi, Ansiklopedi grubuyla yapılan karşılaştırmada istatistiksel anlamlı fark bulunamadı.

Tabloya göre Multipar gebelerde Eş Katılımı açısından bilgi kaynağı Medya olanların; bilgi kaynağı Kitap, Dergi, Ansiklopedi olanlar ve Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre bilgi kaynağı Medya olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının Kitap, Dergi, Ansiklopedi olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu; Ailem ve arkadaşları olanlarla Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanlara göre anlamlı olarak düşük olduğu görüldü. Ancak; İnternet olanlara göre karşılaştırmada anlamlı fark görülmedi.

Bilgi kaynağı İnternet olanların; bilgi kaynağı Kitap, Dergi, Ansiklopedi olan grup ve Ailem ve Arkadaşları olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre bilgi kaynağı İnternet olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının Kitap, Dergi, Ansiklopediden yararlananlara göre daha yüksek olduğu; Aile ve arkadaşlarından yararlananlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü. Medya ve Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanlarla yapılan karşılaştırmalara göre istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

Bilgi kaynağı Kitap, Dergi, Ansiklopedi olanların; bilgi kaynağı İnternet, Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu, Ailem ve arkadaşları olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Bilgi kaynağı Kitap, Dergi,

Ansiklopedi olanların İnternet, Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu, Ailem ve arkadaşlarım olanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü. Bilgi kaynağı Medya olanlarla yapılan karşılaştırmaya göre istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

Bilgi kaynağı Ailem ve Arkadaşlarım olanların; bilgi kaynağı Medya/ İnternet/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi/ Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre bilgi kaynağı Ailem ve Arkadaşlarım olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının diğer tüm bilgi kaynaklarından yararlananlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.

Bilgi kaynağı Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olan grubun; bilgi kaynağı Medya/ Ailem ve arkadaşlarım/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre bilgi kaynağı Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olanların Medya olan grup ve Kitap, Dergi, Ansiklopedi olan gruba göre anlamlı olarak yüksek olduğu; Ailem ve arkadaşlarım olan gruba göre ise anlamlı olarak düşük olduğu görüldü. Bilgi kaynağı İnternet olanlarla yapılan karşılaştırmaya göre istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

Tabloya göre Multipar gebelerde Toplam Ölçek Stres Puanı açısından bilgi kaynağı Medya olanların; bilgi kaynağı İnternet/ Ailem ve Arkadaşlarım/ Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre bilgi kaynağı Medya olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının İnternet/ Ailem ve Arkadaşlarım/ Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olanlara göre daha düşük olduğu görüldü. Kitap, Dergi, Ansiklopedi grubuyla yapılan karşılaştırmada anlamlı fark bulunamadı.

Bilgi kaynağı İnternet olanların; bilgi kaynağı diğer tüm Bilgi kaynaklarını kullanan gruplarla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre bilgi kaynağı İnternet olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının diğer tüm bilgi kaynağı gruplarına göre daha yüksek olduğu görüldü.

Bilgi kaynağı Kitap, Dergi, Ansiklopedi olanların; bilgi kaynağı İnternet/ Ailem ve Arkadaşlarım/ Gebe takibimi yapan Sağlık Mensubu olanlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre bilgi kaynağı Kitap,

Dergi, Ansiklopedi olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının İnternet/ Ailem ve Arkadaşlarım/ Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanlara göre daha düşük olduğu görüldü. Ancak; Medya grubuyla yapılan karşılaştırmada anlamlı fark bulunamadı.

Bilgi kaynağı Aile ve arkadaşlar olanların; bilgi kaynağı Medya/ İnternet/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi olan gruplarla yapılan karşılaştırmalarına göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre bilgi kaynağı Aile ve arkadaşları olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının Medyadan bilgilenen gruba ve Kitap, Dergi, Ansiklopediden bilgilenenlere göre anlamlı farkla daha yüksek; İnternette bilgilenenlere göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. Ancak; Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu tarafından bilgilenenlerle istatistiksel fark görülmedi.

Bilgi kaynağı Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanların; bilgi kaynağı Medya/ Kitap, Dergi, Ansiklopedi/ İnternet olanlarla yapılan karşılaştırmalarına göre istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir. Buna göre bilgi kaynağı Gebe takibini yapan Sağlık Mensubu olanların stres puan ortalamasının Medyadan bilgilenenlerle Kitap, Dergi, Ansiklopediden bilgilenenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu; İnternet tarafından bilgilenenlere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü. Ancak; bilgi kaynağı Ailem ve arkadaşlarım olanlarla istatistiksel fark görülmedi.

6.4. Gebelerin Stres Nedenleri

Araştırma Sorusu (Önerme) 6: Primipar ve Multipar gebelerde stres nedenleri değişir.

Primipar ve Multipar gebelerin stres nedenlerine yönelik hipotezlerin sınanabilmesi için yapılan Ki-Kare testine ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 6.4.1 Primipar ve Multipar Gebelerin Stres Nedenleri

	<i>Ev işleri</i>	<i>Eşimle diyalog</i>	<i>Çalışma hayatı</i>	<i>Diğer çocuklarım</i>	<i>Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar</i>	<i>Doğum süreci</i>	<i>İyi bir anne olamama kaygısı</i>	<i>Toplam</i>	
<i>Primipar</i>	0	40	31	0	18	28	82	200	
	0%	20%	15,5%	0%	9,0%	14,0%	41,0%	100,0%	
<i>Multipar</i>	22	37	49	26	27	15	26	200	
	11,0%	18,5%	24,5%	13%	13,5%	7,5%	13,0%	100,0%	
<i>Ki Kare</i>	Pearson Chi-Square						93,850		
	P						0,000		

Stres nedenlerinin Primipar ve Multipar gebelerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı gözlemlendi. Buna göre; Primar gebelerin çoğunluğu (%41) en yüksek stres nedeni olarak “İyi bir anne olamama Kaygısı”ni Multipar gebelerin çoğunluğu (%24,5) ise en yüksek stres nedenlerini “Çalışma hayatı” olarak ifade ettiği görüldü.

Gebelerin eğitim durumlarına göre stres nedenlerine yönelik hipotezlerin sınanabilmesi için yapılan Ki-Kare testine ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 6.4.2 Gebelerin Eğitim Durumuna göre Stres Nedenleri

	<i>Ev işleri</i>	<i>Eşimle diyalog</i>	<i>Çalışma hayatı</i>	<i>Diğer çocuklarım</i>	<i>Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar</i>	<i>Doğum süreci</i>	<i>İyi bir anne olamama kaygısı</i>	<i>Toplam</i>	
<i>İlköğretim</i>	21	29	15	0	0	14	0	79	
	26,6%	36,70%	18,98%	0,0%	0,0%	17,72%	0,0%	100,0%	
<i>Lise</i>	0	37	0	0	22	0	54	113	
	0,0%	32,7%	0,0%	0,0%	19,5%	0,0%	47,8%	100,0%	
<i>Üniversite</i>	1	11	65	26	23	29	53	208	
	0,5%	5,3%	31,3%	12,5%	11,0%	13,9%	25,5%	100,0%	
<i>Ki Kare</i>	Pearson Chi-Square						270,391		
	P						0,000		

Gebelerde eğitim düzeyi ile stres nedenlerine yönelik olarak gerçekleştirilen Ki-kare testinde stres nedenlerinin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı gözlemlendi. Buna göre ilköğretim mezunu gebelerde en yüksek stres nedeni “Eşimle Diyalog” iken, lise mezunu gebelerde “İyi bir anne olamama kaygısı”, üniversite mezunu gebelerde ise “Çalışma hayatı” olduğu belirlendi.

Gebelerin stres nedenleri ile stres düzeylerine yönelik hipotezlerin sınanabilmesi için yapılan Kruskal Wallis testine ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 6.4.3 Primipar Gebelerin Stres Nedenine göre Stres Düzeyleri

<i>Stres Nedenleri</i>	<i>N</i>	<i>Sıra Değer Ortalaması</i>	<i>KW İstatistik</i>	<i>p</i>	<i>Gruplar arası fark</i>
<i>Olumsuz Duygulanım</i>					
<i>Eşimle diyalog</i>	40	135,37	38,802	0,000	1*2
<i>Çalışma hayatı</i>	31	109,26			1*3
<i>Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar</i>	18	81,47			1*4
<i>Doğum süreci</i>	28	51,32			1*5
<i>İyi bir anne olamama kaygısı</i>	82	100,09			2*3
<i>Toplam</i>	<i>200</i>				2*4
<i>Eş Katılımı</i>					
<i>Eşimle diyalog</i>	40	60,08	103,814	0,000	1*2
<i>Çalışma hayatı</i>	31	150,00			1*3
<i>Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar</i>	18	93,83			1*4
<i>Doğum süreci</i>	28	175,41			1*5
<i>İyi bir anne olamama kaygısı</i>	82	80,07			2*3
<i>Toplam</i>	<i>200</i>				2*4
<i>Toplam Stres</i>					
<i>Eşimle diyalog</i>	40	119,21	35,214	0,000	1*3
<i>Çalışma hayatı</i>	31	146,88			1*4
<i>Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar</i>	18	72,81			1*5
<i>Doğum süreci</i>	28	88,21			2*3
<i>İyi bir anne olamama kaygısı</i>	82	84,56			2*4
<i>Toplam</i>	<i>200</i>				2*5

Primipar gebeler arasında stres düzeyleri ile stres nedenleri karşılaştırıldığında yapılan değerlendirmede, hem Olumsuz Duygulanım hem Eş Katılımı hem de Toplam Distres puan ortalamaları açısından, anlamlı fark bulundu. Olumsuz Duygulanım açısından stres ortalaması en yüksek olan grup “Eşimle diyalog” diyen Primiparlar iken, en düşük grup ise “Doğum süreci” diyenler oldu. Eş Katılımı açısından stres ortalaması en yüksek olan grup “Doğum süreci” diyen Primiparlar iken, en düşük grup ise “Eşimle diyalog” diyen gruptu. Toplam Stres puanı açısındansa stres ortalaması en yüksek olan grup “Çalışma Hayatı” diyen Primiparlar iken, en düşük grup ise “Bebeğimin sağlığı ile ilgili kaygılar” diyen grup oldu.

Tabloya göre Primipar gebelerde Olumsuz Duygulanım açısından en çok stres nedeni Eşimle Diyalog olanların; stres nedeni Çalışma hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı olmak üzere tüm diğer stres nedeni gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni Eşimle Diyalog olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının diğer tüm en çok stres nedeni gruplarına göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu görüldü.

En çok stres nedeni Çalışma hayatı olanların, en çok stres nedeni Eşimle Diyalog/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci olan gruplara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni Çalışma hayatı olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Eşimle Diyalog olan gruba göre anlamlı farkla daha düşük, Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar diyen grup ve Doğum süreci olan gruba göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. İyi bir anne olamama kaygısı diyen grupla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar olanların, en çok stres nedeni Eşimle Diyalog/ Çalışma Hayatı/ Doğum süreci olan gruplara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Eşimle Diyalog olan gruba ve Çalışma hayatı olan gruba göre anlamlı farkla daha düşük, Doğum Süreci diyen gruba göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu görüldü. İyi bir anne olamama kaygısı diyen grupla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni Doğum Süreci olanların, stres nedeni Eşimle Diyalog/ Çalışma hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ İyi bir anne olamama kaygısı olmak üzere tüm diğer stres nedeni gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni Doğum Süreci olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının diğer tüm en çok stres nedeni gruplarına göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü.

En çok stres nedeni İyi bir anne olamama kaygısı olanların, en çok stres nedeni Eşimle Diyalog olanlar ve Doğum süreci olanlara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni İyi bir anne olamama kaygısı olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Eşimle Diyalog olan gruba göre anlamlı farkla daha düşük, Doğum Süreci diyen gruba göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu görüldü. En çok stres nedeni Çalışma Hayatı olan grup ve Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar diyen grupla karşılaştırmalarda anlamlı fark görülemedi.

Tabloya göre Primipar gebelerde Eş Katılımı açısından en çok stres nedeni Eşimle Diyalog olanların; stres nedeni Çalışma hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı olmak üzere tüm diğer stres nedeni gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni Eşimle Diyalog olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının diğer tüm en çok stres nedeni gruplarına göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü.

En çok stres nedeni Çalışma hayatı olanların, en çok stres nedeni Eşimle Diyalog/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı olmak üzere tüm diğer stres nedeni gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni “Çalışma hayatı” olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni “Eşimle Diyalog” olan gruba, İyi bir anne olamama kaygısı diyen gruba ve “Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar diyen gruba göre anlamlı farkla daha yüksek, Doğum süreci olan gruba göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü.

En çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar olanların, en çok stres nedeni Eşimle Diyalog/ Çalışma Hayatı/ Doğum süreci olan gruplara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Eşimle Diyalog olan gruba göre anlamlı farkla daha yüksek, Doğum Süreci ve Çalışma hayatı olan gruba göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. İyi bir anne olamama kaygısı diyen grupla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni Doğum Süreci olanların, stres nedeni Eşimle Diyalog/ Çalışma hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ İyi bir anne olamama kaygısı olmak üzere tüm diğer stres nedeni gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni Doğum Süreci olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının diğer tüm en çok stres nedeni gruplarına göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu görüldü.

En çok stres nedeni İyi bir anne olamama kaygısı olanların, en çok stres nedeni Eşimle Diyalog olanlar, Çalışma Hayatı olanlar ve Doğum süreci olanlara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni İyi bir anne olamama kaygısı olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Eşimle Diyalog olan gruba göre anlamlı farkla daha yüksek, Doğum Süreci diyen gruba ve Çalışma Hayatı diyen gruba göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. En çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar diyen grupla karşılaştırmada anlamlı fark görülemedi.

Tabloya göre Primipar gebelerde Toplam Ölçek Stres Puanları açısından en çok stres nedeni Eşimle Diyalog olanların; en çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı diyen gruplara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni Eşimle Diyalog olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar diyen gruba, Doğum süreci diyen gruba ve İyi bir anne olamama kaygısı diyen gruba göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu görüldü. Çalışma hayatı diyen grupla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni Çalışma hayatı olanların, en çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı olan gruplara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni Çalışma hayatı olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar olan gruba, Doğum süreci olan gruba ve İyi bir anne olamama kaygısı olan

göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu görüldü. Eşimle Diyalog diyen grupla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar olanların, en çok stres nedeni Eşimle Diyalog/ Çalışma Hayatı olan gruplara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Eşimle Diyalog olan gruba ve Çalışma hayatı olan gruba göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. En çok stres nedeni Doğum süreci diyen grup ve İyi bir anne olamama kaygısı diyen grupla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni Doğum Süreci olanların, stres nedeni Eşimle Diyalog/ Çalışma hayatı gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni Doğum Süreci olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Eşimle Diyalog olan gruba ve Çalışma hayatı olan gruba göre anlamlı olarak düşük olduğu görüldü. Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar diyen grupla ve İyi bir anne olamama kaygısı diyen grupla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni İyi bir anne olamama kaygısı olanların, en çok stres nedeni Eşimle Diyalog olanlar ve Çalışma Hayatı olanlara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni İyi bir anne olamama kaygısı olan Primipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Eşimle Diyalog olan gruba ve Çalışma Hayatı olanlara göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. En çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar diyen grup ve Doğum süreci diyen grupla karşılaştırmalarda anlamlı fark görülemedi.

Araştırma Sorusu (Önerme) 8: Multipar gebelerde stres nedenleri stres düzeyine göre değişir.

Multipar gebelerin stres nedenleri ile stres düzeylerine yönelik hipotezlerin sınanabilmesi için yapılan Kruskal Wallis testine ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 6.4.4 Multipar Gebelerde Stres Nedenine göre Stres Düzeyleri

<i>Stres Nedenleri</i>	<i>N</i>	<i>Sıra Değer Ortalaması</i>	<i>KW İstatistik</i>	<i>p</i>	<i>Gruplar arası fark</i>								
<i>Olumsuz Duygulanım</i>													
<i>Ev işleri</i>	22	113,61	50,727	0,000	1*4								
<i>Eşimle diyalog</i>	37	108,03			1*5								
<i>Çalışma hayatı</i>	49	102,27			1*6								
<i>Diğer çocuklarım</i>	26	154,79			1*7								
<i>Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar</i>	27	61,42			2*4								
<i>Doğum süreci</i>	15	52,46			2*5								
<i>İyi bir anne olamama kaygısı</i>	26	72,45			2*6								
<i>Toplam</i>	<i>200</i>				2*7	4*5	4*6	4*7					
<i>Es Katılımı</i>													
<i>Ev işleri</i>	22	139,00	125,073	0,000	1*3								
<i>Eşimle diyalog</i>	37	127,16			1*4								
<i>Çalışma hayatı</i>	49	47,68			1*5								
<i>Diğer çocuklarım</i>	26	139,00			1*6								
<i>Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar</i>	27	41,84			1*7								
<i>Doğum süreci</i>	15	174,15			2*3								
<i>İyi bir anne olamama kaygısı</i>	26	81,09			2*5								
<i>Toplam</i>	<i>200</i>				2*6	2*7	3*4	3*6	3*7	4*5	4*6	4*7	5*6
<i>Toplam Stres</i>													
<i>Ev işleri</i>	22	135,50	125,459	0,000	1*2								
<i>Eşimle diyalog</i>	37	113,63			1*3								
<i>Çalışma hayatı</i>	49	75,80			1*4								
<i>Diğer çocuklarım</i>	26	183,19			1*5								
<i>Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar</i>	27	39,08			1*6								
<i>Doğum süreci</i>	15	80,73			1*7								
<i>İyi bir anne olamama kaygısı</i>	26	52,66			2*3								
<i>Toplam</i>	<i>200</i>				2*4	2*5	2*6	2*7	3*4	4*5	4*6	4*7	5*6

Multipar gebeler arasında stres düzeyleri ile stres nedenleri karşılaştırıldığında hem Olumsuz Duygulanım hem Eş Katılımı hem de Toplam Distres puan ortalamaları açısından, anlamlı fark bulundu. Olumsuz Duygulanım açısından stres ortalaması en yüksek olan grup “Diğer çocuklarım” diyen Multiparlar iken, en düşük

grup ise “Doğum süreci” diyenler oldu. Eş Katılımı açısından stres ortalaması en yüksek olan grup “Doğum süreci” diyen Multiparlar iken, en düşük grup ise “Bebeğin Sağlığıyla ilgili Kaygılar” diyen grup oldu. Toplam Stres puanı açınsındansa stres ortalaması en yüksek olan grup “Diğer çocuklarım” diyen Multiparlar iken, en düşük ise “Bebeğimin sağlığı ile ilgili kaygılar” diyen gruptu.

Tabloya göre Multipar gebelerde Olumsuz Duygulanım açısından en çok stres nedeni Ev işleri olanların, stres nedeni Diğer çocuklarım/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum Süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni Doğum Süreci olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Diğer çocuklarım grubuna göre anlamlı farkla daha düşük olduğu; Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum Süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. En çok stres nedeni Eşimle Diyalog olan grup ve Çalışma hayatı gruplarıyla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni Eşimle Diyalog olanların; stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı/ Diğer Çocuklarım stres nedeni gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni Eşimle Diyalog olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı gruplarına göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu; Diğer Çocuklarım grubuna göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. En çok stres nedeni Ev işleri olan grup ve Çalışma Hayatı olan grupla yapılan karşılaştırmalarda anlamlı fark görülmedi.

En çok stres nedeni Çalışma hayatı olanların, en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer Çocuklarım/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci/ İyi bir Anne Olamama Kaygısı olmak üzere tüm gruplara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak fark bulunamadı.

En çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar olanların, en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım olan gruplara göre

karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım olan gruba göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. Çalışma Hayatı/ Doğum Süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı diyen grupla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni Doğum Süreci olanların, stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni Doğum Süreci olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının diğer tüm en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım gruplarına göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. Çalışma hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ İyi bir anne olamama kaygısı gruplarıyla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni İyi bir anne olamama kaygısı olanların, en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım olanlara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni İyi bir anne olamama kaygısı olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım olan gruplara göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. En çok stres nedeni Çalışma Hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci diyen gruplarla yapılan karşılaştırmalarda anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni Diğer Çocuklarım olanların, stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci/ İyi bir Anne olamama kaygısı gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni olan Diğer çocuklarım olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum Süreci/ İyi bir Anne olamama kaygısı gruplarına göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. Çalışma hayatı/ grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

Tabloya göre Multipar gebelerde Eş Katılımı açısından en çok stres nedeni Ev işleri olanların, stres nedeni Çalışma Hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ İyi bir anne olamama kaygısı gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni Ev İşleri olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Çalışma hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ İyi bir anne olamama kaygısı gruplarına göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu; Doğum süreci grubuna göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. En çok stres nedeni Eşimle Diyalog/ Diğer Çocuklarım olan gruplarla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni Eşimle Diyalog olanların; stres nedeni Çalışma Hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı stres nedeni gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni Eşimle Diyalog olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Çalışma Hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ İyi bir anne olamama kaygısı gruplarına göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu; Doğum süreci grubuna göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. En çok stres nedeni Ev işleri/ Diğer Çocuklarım olan grupla yapılan karşılaştırmalarda anlamlı fark görülmedi.

En çok stres nedeni Çalışma hayatı olanların, en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer Çocuklarım/ Doğum süreci/ İyi bir Anne Olamama Kaygısı olan gruplara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni Çalışma Hayatı olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım/ Doğum Süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı olmak üzere tüm gruplara göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar diyen grupla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni Diğer Çocuklarım olanların, stres nedeni Çalışma Hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci/ İyi bir Anne olamama kaygısı gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni olan Diğer çocuklarım olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Çalışma Hayatı/

Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ İyi bir Anne olamama kaygısı gruplarına göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu; Doğum süreci grubuna göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. Ev işleri/ Eşimle Diyalog gruplarıyla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar olanların, en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım/ Doğum Süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı olan gruplara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım/ Doğum Süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı olan gruplara göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. Çalışma Hayatı diyen grupla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni Doğum Süreci olanların, stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Çalışma Hayatı/ Diğer çocuklarım/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ İyi bir anne olamama kaygısı olmak üzere diğer tüm stres nedeni gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni Doğum Süreci olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının diğer tüm en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ İyi bir anne olamama kaygısı gruplarına göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu görüldü.

En çok stres nedeni İyi bir anne olamama kaygısı olanların, Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Çalışma Hayatı/ Diğer çocuklarım/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ İyi bir anne olamama kaygısı olmak üzere diğer tüm stres nedeni gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni İyi bir anne olamama kaygısı olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım/ Doğum süreci olan gruplara göre anlamlı farkla daha düşük olduğu; Çalışma Hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar olan gruplara göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu görüldü.

Tabloya göre Multipar gebelerde Toplam Stres Ölçek puanları açısından en çok stres nedeni Ev işleri olanların, stres nedeni Eşimle Diyalog/ Çalışma Hayatı/ Diğer çocuklarım/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum Süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı olmak üzere diğer tüm stres nedeni gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni Ev işleri olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Diğer çocuklarım gruplarına göre anlamlı farkla daha düşük olduğu; Eşimle Diyalog/ Çalışma hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum Süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.

En çok stres nedeni Eşimle Diyalog olanların; stres nedeni Ev işleri/ Çalışma Hayatı/ Diğer Çocuklarım/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar / Doğum süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı olmak üzere diğer stres nedeni gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni Eşimle Diyalog olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Çalışma Hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum Süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu; Ev işleri/ Diğer Çocuklarım gruplarına göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü.

En çok stres nedeni Çalışma hayatı olanların, en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer Çocuklarım gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni Çalışma Hayatı olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer Çocuklarım gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci/ İyi bir Anne Olamama Kaygısı gruplara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak fark bulunamadı.

En çok stres nedeni Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar olanların, en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım/ Doğum Süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı olan gruplara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni

Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım/ Doğum Süreci/ İyi bir anne olamama kaygısı olan gruplara göre anlamlı farkla daha düşük olduğu görüldü. Çalışma Hayatı diyen grupla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni Doğum Süreci olanların, stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ İyi bir anne olamama kaygısı olan gruplara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni Doğum Süreci olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım/ olan gruplara göre anlamlı farkla daha düşük olduğu; Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ İyi bir anne olamama kaygısı olan gruplara göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu görüldü. Çalışma Hayatı diyen grupla karşılaştırıldığında anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni İyi bir anne olamama kaygısı olanların, en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci olanlara göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre en çok stres nedeni İyi bir anne olamama kaygısı olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Diğer çocuklarım/ Doğum süreci olan gruplara göre anlamlı farkla daha düşük; Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar olan gruba göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu görüldü. En çok stres nedeni Çalışma Hayatı diyen grupla yapılan karşılaştırmada anlamlı fark görülemedi.

En çok stres nedeni Diğer Çocuklarım olanların, stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Çalışma Hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum süreci/ İyi bir Anne olamama kaygısı olmak üzere tüm diğer stres gruplarına göre karşılaştırmalarında stres düzeylerinin istatistiksel olarak farklı olduğu sonucuna ulaşıldı. Buna göre stres nedeni olan Diğer çocuklarım olan Multipar gebelerin stres puan ortalamasının en çok stres nedeni Ev işleri/ Eşimle Diyalog/ Çalışma Hayatı/ Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar/ Doğum Süreci/ İyi bir Anne olamama kaygısı gruplarına göre anlamlı farkla daha yüksek olduğu görüldü.

6.5. Gebelerin Stresle Baş etme Yöntemleri

Gebelerin stresin yüksek olduğu durumlarda kendilerini nelerin rahatlattığı ve stresle baş etmek için tercih ettikleri öncelikli yöntemin ne olduğunun diğer parametrelerle yapılan karşılaştırmalarına yönelik analizler bu bölümde açıklanmaktadır.

Gebelerin Eğitim Durumuna Göre Stresle Baş etme Yöntemleri:

Gebelerin eğitim durumuna göre stresle baş etme yöntemlerine yönelik hipotezlerin sınanabilmesi için yapılan Ki-Kare testine ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 6.5.1 Gebelerin Eğitim Durumuna göre Stresle Baş etme Yöntemleri

	<i>Nefes egzersizleri</i>	<i>Yoga</i>	<i>Bağırıp öfkemi kusmak</i>	<i>Sessiz kalmak</i>	<i>Ağlamak</i>	<i>Yürüyüşe çıkmak</i>	<i>Müzik dinlemek</i>	<i>Eşimin, ailemin desteği</i>	<i>Toplam</i>
<i>İlköğretim</i>	46	0	1	0	0	0	19	16	82
	56,1%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	23,2%	19,5%	100,0%
<i>Lise</i>	0	20	0	60	6	0	0	21	107
	0,0%	18,7%	0,0%	56,1%	5,6%	0,0%	0,0%	19,6%	100,0%
<i>Üniversite</i>	11	20	21	25	7	80	15	32	211
	5,2%	9,5%	10,0%	11,8%	3,3%	37,9%	7,1%	15,2%	100,0%
<i>Ki Kare</i>	Pearson Chi-Square					355,562			
	P					0,000			

Tablo incelendiğinde ortaya çıkan sonuçlar aşağıdaki gibidir:

Gebelerde eğitim düzeyi ile stresle baş etme yöntemlerine yönelik olarak gerçekleştirilen Ki-kare testinde baş etme yöntemlerinin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı gözlemlendi. Buna göre ilköğretim mezunu gebelerde en yüksek stresle baş etme yöntemi “Nefes egzersizleri” iken, lise mezunu gebelerde “Sessiz kalmak”, üniversite mezunu gebelerde ise “Yürüyüşe çıkmak” olduğu belirlendi.

Araştırma Sorusu (Önerme) 9: Primipar ve Multipar gebelerde stresle baş etme yöntemleri değişir.

Primipar ve Multipar gebelerin stresle baş etme yöntemlerine yönelik hipotezlerin sınanabilmesi için yapılan Ki-Kare testine ilişkin bulgular aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 6.5.2 Primipar ve Multipar Gebelerde Stresle Baş etme Yöntemleri

	<i>Nefes egzersizleri</i>	<i>Yoga</i>	<i>Bağırıp öfkemi kusmak</i>	<i>Sessiz kalmak</i>	<i>Ağlamak</i>	<i>Yürüyüşe çıkmak</i>	<i>Müzik dinlemek</i>	<i>Eşimin, ailemin desteği</i>	<i>Toplam</i>
<i>Primipar</i>	24 12,0%	32 16,0%	1 0,5%	61 30,5%	13 6,5%	52 26,0%	8 4,0%	9 4,5%	200 100,0%
<i>Multipar</i>	33 16,5%	8 4,0%	21 10,5%	24 12,0%	0 0,0%	28 14,0%	26 13,0%	60 30,0%	200 100,0%
Ki Kare	Pearson Chi-Square P					117,500 0,000			

Tablo incelendiğinde ortaya çıkan sonuçlar aşağıdaki gibidir:

Primipar ve Multipar gebelerde stresle baş etme yöntemlerine yönelik olarak gerçekleştirilen Ki-kare testinde baş etme yöntemlerinin Primipar ve Multipar gebelerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaştığı gözlemlendi. Buna göre Primar gebelerde stresle baş etmede kullanılan öncelikli yöntem %30 ile sessiz kalmak iken, Multipar gebelerde stresle baş etmede kullanılan öncelikli yöntem “Eş, aile desteği” olduğu belirlendi.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Gebelik sırasında psikolojik durumun değerlendirilmesi çok önem taşımaktadır. Bazı ülkelerde, doğum öncesi tarama protokolleri anksiyete ve depresyonu taramak için geliştirilmiştir. Ancak; anksiyete ve depresyona zemin oluşturan distres taraması hala gereken ilgiyi görmemektedir. Anksiyete ve depresyon ani travmatik bir durumla ortaya çıkabilir. Gebelikte ortaya çıkan anksiyete, depresyon ve diğer duygudurum bozukluklarının çoğunun gebelik öncesinde var olan stresli yaşam koşulları ve distres zemininden geliştiği bilinmektedir[84].

Gebelerin davranış değişikliğine ilişkin öneri ve girişimlerle birlikte, farkındalığın yükseltilmesi anksiyete ve depresyonu azaltmada antenatal ve postpartum tarama, gebe ve yeni doğan sağlığıyla birlikte kadınların tüm yaşam süreçlerini iyileştirmede sağlık sisteminin iyi bir projesi olarak faydalı olabilir[34].

Gebelikte depresyon, fetal ve maternal sağlığı olumsuz etkilemesi ve postpartum depresyon riskini arttırması nedeniyle önem verilmesi ve erken tanılanıp müdahale edilmesi gereken bir sorundur[85,86].

Bu çalışmada, gebelikte maruz kalınan distres düzeyleri demografik ve obstetrik parametrelerle kıyaslanarak incelenmiştir. Ayrıca kişisel özelliklere ve stres düzeylerine göre stres yükseldiğinde rahatlama tercihleri değerlendirilmiştir.

Rahman, Iqbal ve Harrington (2003) tarafından yapılan çalışmada stresli kadınların prenatal ve postpartum kaygı ve depresyon sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır[84]. Virit ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışma, depresif semptomların gebelerde en az postpartum sürecindeki veya gebe olmayanlardaki kadar sık ve yoğun olduğunu belirtmektedir[87].

Literatüre bakıldığında gebelik döneminde stresle ilgili pek çok parametre ile yapılan çalışmanın mevcut olduğu görüldü. Ancak, demografik ve obstetrik özelliklere göre nedenlerle birlikte rahatlama tercihlerini belirlemek üzere yapılmış az sayıda çalışmaya rastlandı.

Bu çalışma için özellikle ikinci trimester dönemindeki gebeler örneklem olarak seçildi. Literatürdeki bazı çalışmalarda; gebelikte Olumsuz Duygulanım için en düşük riskli dönem olarak ikinci trimester gösterilmektedir. Bunevicius ve ark. yaptıkları çalışmada birinci trimesterde duygulanım bozukluğunun arttığını göstermiştir[86].

Figueiredo ve Conde'nin (2011) yaptığı çalışmada ise prenatal depresif bozuklukların en az görüldüğü dönem ikinci trimester olmasına karşılık en yüksek üçüncü trimester olduğu saptanmıştır[88]. Bennet ve arkadaşları (2004) Edinburg ve Beck Depresyon ölçeği ile yaptıkları çalışmada depresyon yaygınlığını; ilk trimesterde %7,4, ikinci trimesterde %12,8 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bulgulamışlardır[64]. Akçalı Aslan ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada; kadınlarda toplam depresif bozukluk oranı en yüksek oranda gebeliğin ilk üç ayında ve %16,8 görüldüğünü belirlenmiştir[89].

Karataylı (2007) çalışmasında üçüncü trimesterde depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı göstermiştir[90].

Bu çalışmada, Tilburg Prenatal Distres Ölçeği ile ölçülen stres düzeyleri Olumsuz Duygulanım alt boyutunda çalışmaya katılan tüm gebeler için değerlendirildiğinde %68'inde Yüksek Distres saptandı. Tüm gebelerin %81,3'ünün ölçeğin Eş katılım alt boyutuna ilişkin yüksek puan ortalamaları bulguları. Ölçeğin tamamı ile yapılan değerlendirmede ise çalışmaya katılan gebelerin %93,3'ünün çeşitli nedenlerle yüksek strese puan ortalaması olduğu belirlendi.

Çapık'ın çalışmasında (2013); 30 gebe örnekleme alınmış ve ölçeğin kesme noktası ile yapılan analizde, gebelerin %10,9'unun distres açısından riskli bulunmuştur[28]. Çapık (2013); TGDÖ alt boyutlarıyla yaptığı bu çalışmasında; Olumsuz Duygulanım, Eş Katılımı ve Toplam Stres puanı açısından Primipar gebeler ile Multipar gebeler arasında anlamlı farklılık bulamamıştır[28].

Çapık'ın (2013) çalışmasında, yaşayan çocuk sayısına göre TGDÖ puan ortalamalarında; çocuğu olmayanların puan ortalaması ile bir çocuğa sahip olanların

puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır[28].

Arslan B. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2011) DDSEÖ ölçeği kullanılmış ve puan ortalamalarında; tüm gebelerin endişe seviyesi orta derece saptanmış, Primipar gebelerde ise en yüksek bulgulanmıştır[99].

Buna karşılık Akpınar'ın çalışmasında; üç ve daha fazla sayıda doğum yapan kadınların distresi en yüksek bulunmuştur[92].

Gebelik sürecinde yaşanan distres, anksiyete ve depresyonu azaltmak ve önlemek için nedenlerine yönelik çalışmalara gereksinim vardır. Bu çalışmada, demografik ve obstetrik özelliklerin bazılarına göre nedenler ele alındı.

Bu çalışmada ruh sağlığına ilişkin analizler, tüm gebelerin %72,8'inin geçmişte hiç antidepresan kullanmadığını, %76,8'inin geçmişte hiç depresyon ya da baş edemediği stres gibi bir nedenle psikolojik tanı almadığını gösterdi. Bu verilere göre gebelerin %4'ü ruh sağlığına yönelik bir tanı almadığı halde antidepresan kullandığı bulguları. Bu veriler gebelerin distresi algılama düzeyi ile gerçekte yaşadıkları distres düzeylerinin farklı olabileceğini göstermektedir.

Suudi Arabistan'da Alqahtani ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada ise abort öyküsünün depresyon oranını arttırdığı saptanmıştır[2]. Bu çalışmada ise katılan tüm gebeler arasında, %28,5 abort ve % 8,5 küretaj öyküsü oranlarına rağmen geçmişte cinsellik ya da gebeliğe ilişkin olumsuz bir deneyim yaşadığını ifade edenlerin oranı %5,5 olarak bulguları. Bu çalışmada bulguları geçen geçmişte yaşanan olumsuz deneyimi algılama ya da ifade edebilme durumu kısmen eğitim düzeyi ile ilişkili olabilir[93].

Çalışmada, tüm gebelerin çoğunluğunu oluşturan %52,8'inin üniversite mezunu olduğu görüldü. Üniversite mezunlarında çoğunluğunu Primiparlar oluşturmaktayken, ilköğretim mezunları en çok Multiparlardı. Lise mezunlarında Multipar/ Primipar oranı birbirine yakın olmakla birlikte Primiparlar biraz daha fazlaydı. Çalışmaya katılan tüm gebeler arasında ilköğretim mezunu gebelerin Toplam TGDÖ puanı lise mezunlarına göre daha yüksek saptandı. Ayrıca, üniversite

mezunu gebelerin TGDÖ puanlarının lise mezunlarına göre daha yüksek olduğu görüldü.

Borcherding çalışmasında; lise mezunu gebelerin üniversite mezunu gebelere göre daha fazla kaçınmacı davrandıklarını tespit etmiştir[94]. Bu çalışmada, lise mezunlarının distres puanlarının üniversite mezunlarına göre daha düşük çıkmasının nedeni Borcherding'in bulgularına benzer şekilde lise mezunlarının duygularını fark etmede zayıf ya da ifade etmede çekingen kalmaları olabilir.

Primipar gebelerin eğitim düzeylerine göre stres düzeyleri karşılaştırıldığında tüm gebelerdekine benzer olarak, Olumsuz Duygulanım alt boyutunda ilköğretim mezunu Primiparlar en yüksek puana sahipken lise mezunu Primiparlar en düşük Olumsuz Duygulanım puanına sahipti. Eş Katılımına ilişkin en yüksek üniversite mezunlarının ve en düşük ilköğretim mezunlarının puanlarıydı. Toplam Stres puanı açısından en yüksek üniversite mezunu Primiparların stres puanlarıydı. Lise mezunları her iki alt boyutta da toplam puanlamada da en düşük olarak bulundu.

Multipar gebelerde ise Primiparlardan farklı olarak, Olumsuz Duygulanım boyutunda en yüksek distres puanı üniversite mezunlarınınındı. En düşük puan ise Olumsuz Duygulanım alt boyutunda Primiparlara benzer şekilde lise mezunlarının puanlarıydı. Eş Katılımı alt boyutu karşılaştırmasında bu kez en yüksek puan ortalaması lise mezunları en düşük puan ortalaması üniversite mezunlarınınındı. Toplam Stres puanlarında da Primiparlardan farklı şekilde en yüksek puan ortalamasının ilköğretim mezunlarında en düşük ise yine benzer şekilde lise mezunlarında bulguları. Multiparlar ile Primiparlar arasında benzer bulgu tüm karşılaştırmalarda lise mezunlarının distres puan ortalamasının en düşük olmasıydı.

Çapık ve Pasinlioğlu (2015) tarafından yapılan benzer bir çalışmada, distresin belirlenmesine odaklanılmış ve çalışma sonucunda eğitim düzeyi üniversite olanların toplam TGDÖ puanlarının düşük olduğu ancak farkın istatistiksel anlamlı olmadığı saptanmıştır[94].

Kaplan, Bahar ve Sertbaş'ın (2007) yaptığı bir çalışmada eğitim durumu ile prenatal ve postnatal kaygı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır[95].

Aytaç ve Yazıcı (2016) çalışmalarında depresyon görülme oranının eğitim seviyesi üniversite ve üzeri olanların diğer değişkenlere göre daha az olduğunu saptamıştır[96].

Gözüyeşil, Şirin ve Çetinkaya (2008) çalışmalarında ise gebelerde depresyon ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkide üniversite mezunlarının daha düşük depresyon oranları olduğunu saptanmışlardır[97].

Çakır ve Can (2012) çalışmalarında da eğitim düzeyi yükseldikçe depresyon oranının düştüğünü belirlemişler, ancak eğitim ile anksiyete arasında ilişki saptamamışlardır[98].

Arslan ve arkadaşları (2011) çalışmalarında gebelerin eğitim düzeyi arttıkça depresyon puanının düştüğünü belirlemişlerdir[99].

Üst ve Pasinlioğlu (2017) çalışmasında da gebelerin eğitim seviyesi arttıkça TGDÖ Eş Katılımı alt boyutunda puan ortalamasının da azaldığı görülmüştür. Eğitim seviyesi daha yüksek gebeler sosyal destekleri sağlamada daha çok özbeceriye sahip olduklarından Eş desteğine daha az ihtiyaç duyuyor olabilir[92].

Bu çalışmaya göre; gebeliğe ve doğum sürecine ilişkin bilgi edinmek için bilgi kaynağı olarak “İnternet”ten yararlanan tüm gebelerin hem TGDÖ Olumsuz Duygulanımın alt boyutunda hem de Ölçeğin Toplam Stres puanı açısından en yüksek iken, bilgi kaynağını “Medya” olarak ifade eden gebelerin distres düzeyi daha düşük olarak bulundu.

Primipar gebelerde Olumsuz Duygulanım açısından, bilgi kaynağının “İnternet” olduğunu ifade eden gebelerin toplam distres puan ortalaması en yüksek iken, bilgi kaynağını “Medya” olarak ifade eden gebelerin distres puan ortalaması daha düşük olarak bulundu. Eş Katılımı açısından bilgi kaynağını “Ailem ve arkadaşlarım” olarak ifade edenlerin puan ortalaması en yüksek iken “İnternet” olanların en düşüktü. Ölçeğin Toplam Stres puanı açısından ise “Gebe takibini yapan sağlık mensubu”nu bilgi kaynağı olarak kullananların puan ortalaması en yüksek ve “Medya”yı kullananların en düşük bulguları.

Multipar gebelerde Primiplarlara benzer şekilde Olumsuz Duygulanım açısından, bilgi kaynağının “İnternet” olduğunu ifade eden gebelerin toplam distres puan ortalaması en yüksek iken, bilgi kaynağını “Medya” olarak ifade eden gebelerin distres puan ortalaması en dşk bulunmuştur. Eş Katılımı açısından bilgi kaynağını “Ailem ve arkadaşlarım” olarak ifade edenlerin puan ortalaması en yüksekken “Kitap, dergi, broşur” olanların en dşkt. Ölçeğin Toplam Stres puanı açısından ise “İnternet”i bilgi kaynağı olarak kullananların puan ortalaması en yüksek ve “Medya”yı kullananların en dşk bulgulandı.

Sertbaş ve arkadaşlarının 2007’de yaptığı bir çalışmada gebelikte bilgi alma durumu ile durumluluk kaygısı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yine aynı çalışmada; çalışmaya katılan gebelerin %67’sinin gebelikte bilgilendiği ve gebelikte bilgilenenlerin çoğunun Hekim tarafından bilgilendirildiği (%70,7) belirtilmiştir[95].

Bu çalışmada da gebelik ve doğum sürecine ilişkin en çok hangi sağlık personelinin kendisini bilgilendirdiği, gebelere ayrıca soruldu. Çalışma sonucu; TGDÖ Toplam Stres puanı açısından gebelik ve doğum sürecine ilişkin bilgilenede Aile Hekimi, Ebe, Hemşire, Kadın Doğum Uzmanından yararlanan gebeler arasında anlamlı fark bulunmadı. %42,5’lik oğunluk Aile Hekiminden yararlandığını ifade ederken en az yararlanılan sağlık personeli olarak Hemşireden yararlandığını ifade edenler %5,0 olarak saptandı. Çalışmanın bu verisinde, Aile Hekiminden kasıt Aile Hekiminin birlikte çalıştığı Ebe ve Hemşire ile tüm ekiptir. Mevcut Aile Hekimliği sistemimizde bir Aile Hekimi ile birlikte alışan Ebe, Hemşire ya da diğer personelin unvan tanımları farklı olmasına rağmen “Aile Sağlığı alışanı” adıyla aynı görev tanımına sahip olması nedeniyle Aile Sağlığı Merkezlerinde antenatal izlem, bakım, tarama ve eğitimler tüm Aile Sağlığı alışanları tarafından verilmektedir. Bu durum nedeniyle gebeler çoğu kez Aile Hekimliği hizmeti kapsamında aldıkları antenatal hizmetleri hangi ünvana sahip bir Aile Sağlığı çalışanından aldıklarını ayırt edemeyerek “Aile Hekimliği hizmeti olarak değerlendirmektedirler. Ebe ve Hemşireden hizmet almak ifadesi ise gebeler tarafından sıklıkla, serbest çalışan ya da hastanede görev yapan Ebeler için kullanılmaktadır.

Ayrıca; 2013 TNSA verilerimizin gösterdiği Antenatal Bakım alma durumunda da Antenatal Bakımın %90 Hekimden alındığı görülmektedir. Ebe ve Hemşire tarafından verilen Antenatal Bakımın payı 2013 TNSA'ya göre %4'tür[100]. Hem bu çalışmada hem TNSA verilerinde Antenatal Bakım ve bilgilendirmede yüksek payın Hekimlerde bulgulanmasının nedeni hem Aile Hekimliği sisteminde hem de hastanelerde Ebe ve Hemşirelerin yaptığı uygulamaların tüm kayıtlarının Hekim üzerine kaydedilmesi olabilir. Mevcut mevzuata göre işlem kayıtları, performansa dayalı sistem ve Ebe/ Hemşirelerin malpraktis mevzuatına tabii olmamaları nedeniyle Hekim üzerine işlenmektedir.

Tüm gebelerin stres nedenleri araştırıldığında; Olumsuz Duygulanım açısından stres ortalaması en yüksek olan grup “Diğer çocuklarım” diyen gebeler iken, en düşük grup ise “Doğum süreci” diyenler olduğu görüldü. Eş Katılımı açısından stres ortalaması en yüksek olan grup “Doğum süreci” diyen gebeler iken, en düşük grup ise “Bebegimin sağlığıyla ilgili kaygılar” diyenler olduğu bulgularlandı. Toplam Ölçek Stres puanı açısından ise stres ortalaması en yüksek olan grup “Diğer çocuklarım” diyen gebeler iken, en düşük grup ise “Bebegimin sağlığı ile ilgili kaygılar” diyen grup olduğu belirlendi.

Çalışmada tüm gebelerde eğitim düzeyi ile stres nedenleri karşılaştırıldığında ilköğretim mezunu gebelerde en yüksek stres nedeni “Ev işleri” iken, lise mezunu gebelerde “İyi bir anne olamama kaygısı”, üniversite mezunu gebelerde ise “Çalışma hayatı” olduğu belirlendi.

Primipar ve Multipar gebeler arasında en yüksek stres nedenleri incelendiğindeyse Primar gebelerde en yüksek stres nedeni “İyi bir anne olamama kaygısı” iken Multipar gebelerde en yüksek stres kaygısı “Çalışma hayatı” olarak ifade edildiği görüldü. Çalışan gebelerin Primipar/ Multipar oranları birbirine yakın olsa da en çok Multiparlardı. Ancak; hem Primipar gebelerin çoğunluğu hem de Multipar gebelerin çoğunluğu çalışmıyordu.

Bu bulgu, eğitim düzeylerine göre lise mezunu olanlarda en yüksek bulunan “İyi bir anne olamama kaygısı” ve üniversite mezunlarında en yüksek bulunan “Çalışma hayatı” kaygısı ile benzerdir. Bu benzerliğin; lise mezunlarının ilköğretim

mezunlarına göre daha eğitimli oldukları için bebeğin sağlığını daha önemstedikleri ancak kendilerini yeterli bilgi ve beceri düzeyinde hissetmedikleri gibi Primiparların da kendilerini ebeveynlik konusunda tecrübesiz hissetmelerinden kaynaklanabileceği şekilde yorumlanabilir. Üniversite mezunları ile Multiparların en yüksek stres nedenlerinin aynı olması ise üniversite mezunlarının çoğunluğunun çalışma hayatında olması gerekliliği ve ebeveynlik yükünün ağırlığı; Multiparların da çalışmak zorunda olanlarının diğer çocukların bakımında zorlanmaları şeklinde açıklanabilir.

Aytaç ve Yazıcı (2016) çalışmasında da Küçükaya ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında da; trimesterler parite ile DDSEÖ kullanılarak karşılaştırıldığında, birinci trimester ve ikinci trimesterde Primipar gebelerin Multipar gebelerden daha çok gebelik, doğum ve sonrasına ilişkin endişe yaşadığı bulunmuştur[96,101].

Bu çalışmada ayrıca; tüm gebelerin stres düzeylerine göre stres nedenleri alt boyut karşılaştırmaları yapıldı. Olumsuz Duygulanım açısından, stres ortalaması en yüksek olan grup “Diğer çocuklarım” diyen gebeler iken, en düşük grubun ise “Doğum süreci” diyen grup olduğu saptandı. Burada da en az bir çocuğa sahip Multipar gebelerin en çok stres nedeninin “Diğer Çocukları”yla ilgili durumlar olduğu görölmektedir. Bu veri, Multipar gebelerin en çok stres nedeni olarak “Çalışma Hayatı”nı göstermesiyle paraleldir.

Eş Katılımı açısından da gebelerde stres nedenleri arasında anlamlı fark bulundu. Eş desteği açısından stres ortalaması en yüksek olan grup “Doğum süreci” diyen gebeler iken, en düşük grup ise “Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar” diyen grup olduğu görüldü.

Toplam Stres puanı açısından da stres düzeyi ile stres nedenleri farklı olan gebeler arasında anlamlı fark bulunmaktaydı. Toplam Stres puanı açısından stres ortalaması en yüksek olan grup “Diğer çocuklarım” diyen gebeler iken, en düşük grup ise “Bebeğin sağlığı ile ilgili kaygılar” diyen grup olduğu bulguları.

Üst ve Pasinlioğlu’nun (2012) çalışmasında; Primipar ve Multipar gebelerin tümünde DDSEÖ’nin alt boyutlarıyla yapılan karşılaştırmalarda en yüksek kaygı

düzeyinin “Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler” olduğu belirlenmiştir[102].

Husain, Creed ve Tomenson’un (2000) Pakistan’da yaptığı bir çalışmada gebelikte stres faktörlerinin, eş ile zayıf bir ilişkiden, çeşitli sosyal sorunlara yayılan geniş bir perspektifte değişebileceğini gösterilmiştir[103].

Literatürde yapılmış çalışmalar da paraleldir. Çalık ve Aktaş (2011) çalışmalarında, gebelerin sosyal desteği ile depresyon arasında negatif yönde güçlü bir ilişkiyi ortaya koymuştur[8].

Mermer ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada; 25-29 yaş grubu gebelerde sosyal destek algısı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur[104].

Aytaç ve Yazıcı’nın (2016) yaptığı çalışmada da sosyal desteğin gebelik ve postpartum süreçte annelik rolüne adaptasyon, bebekle bağlanma ve süreci algılama açısından oldukça önem taşıdığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada gebelik ve postpartum süreçte sosyal destek varlığının postpartum depresyonu azaltmada önemli rol oynadığı saptanmıştır[96].

Altınay (1999) çalışmasında, gebelerde eş desteği eksikliğinin ya da yakın çevre ile zayıf etkileşimin depresyona zemin hazırladığını göstermiştir[105].

Benzer şekilde Bacacı ve Apay da çalışmasının (2018) sonucunda, TGDÖ Eş Katılımı alt boyutunda puan ortalamasında gebelerin eş desteği ile ilgili distressi azaldıkça kendini daha olumlu hissetmesinin arttığını önermiştir[106].

Aytaç ve Yazıcı (2016) çalışmasında ise aileden algılanan sosyal destek algısının istatistiksel açıdan anlamlı olarak; İlkokul-okuryazar olanlarda çok düşük buna karşılık üniversite ve üzeri olanlarda ise arkadaştan algılanan sosyal desteğin daha yüksek olduğu bulunmuştur[96].

Bu çalışmada; Primipar ve Multipar gebelerde stresle baş etme yöntemleri de incelendi ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Primar gebelerde stresle baş etmede kullanılan öncelikli yöntem %30 ile “Sessiz kalmak” iken, Multipar

gebelerde stresle baş etmede kullanılan öncelikli yöntem “Eş, aile desteği” olarak belirlendi.

Bu bulgu, eğitim durumu daha düşük gebelerle Multipar olanların sosyal desteğe daha çok ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Özellikle eş ve aile desteği sosyal desteğin en iyi biçimidir. Multiparların TGDÖ Eş Katılımı alt boyu puanlamasında da “Doğum Süreci”nin en yüksek stres nedeni puanını alması ve toplam TGDÖ puanında en yüksek stres nedeni olarak “Diğer çocuklar”ı göstermiş olmaları Eş ve aile desteğine ne kadar ihtiyaç duyduklarının başka bir göstergesidir.

Tüm gebelerde eğitim düzeyi ile stresle baş etme yöntemleri karşılaştırıldığında ise ilköğretim mezunu gebelerde en yüksek stresle baş etme yöntemi “Nefes egzersizleri” iken, lise mezunu gebelerde “Sessiz kalmak”, üniversite mezunu gebelerde ise “Yürüyüşe çıkmak” olarak bulgularlandı.

Kaplan, Bahar ve Sertbaş (2007) çalışmasında da, eğitimi yüksek gebelerin stres ile baş etmede daha etkili yöntemler kullandıklarını belirtilmiştir[95].

Yılmaz ve Beji [2010] yaptıkları çalışmada; stresle baş etmede eğitimin olumlu etkisi olduğunu ve eğitim düzeyi yükseldikçe gebelerin stresle baş etmede daha etkin davrandıkları bulgulamışlardır[107]. Benzer şekilde; Borcharding’in (2009) çalışmasında; lise mezunu gebelerde üniversite mezunu gebelere göre daha fazla kaçınmacı tutum sergilediklerini, yükseköğrenim görmüş gebelerin ise dua etme ve dikkatini başka yöne verme puanlarının daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır[93].

8. SONUÇ

Bu çalışmanın amacı; Primipar ve Multipar gebelerin stres düzeylerinin nedenlere göre ve rahatlama tercihlerinin stres düzeylerine göre nasıl değiştiğini saptayarak gebelikte sunulan izlem; danışmanlık ve taramaları daha verimli kılacak Ebelik hizmetlerinin geliştirilmesine katkıda bulunmaktır.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre; çalışmanın başında ortaya koyduğumuz araştırma sorularının sonuçları aşağıda özetlenmiştir:

1. “Primipar ve Multipar gebelerde stres düzeyi değişir” önermemiz; TGDÖ ile yapılan analizde ölçeğin hiçbir alt boyutunda ve Toplam Ölçek puanında anlamlı fark bulunamamış ve doğrulanamamıştır.
2. “Primipar gebelerde stres düzeyi eğitim düzeyine göre değişir” önermemiz; TGDÖ Toplam Ölçek puanında ve tüm alt boyutlarında anlamlı fark saptanmış ve doğrulanmıştır.
3. “Multipar gebelerde stres düzeyi eğitim düzeyine göre değişir” önermemiz; TGDÖ Toplam Ölçek puanında ve tüm alt boyutlarında anlamlı fark saptanmış ve doğrulanmıştır.
4. “Primipar gebelerde stres düzeyi doğum ve gebelik sürecine ilişkin bilgilendirilmeye göre değişir” önermemiz; TGDÖ Toplam Ölçek puanında ve tüm alt boyutlarında anlamlı fark saptanmış ve doğrulanmıştır.
5. “Multipar gebelerde stres düzeyi doğum ve gebelik sürecine ilişkin bilgilendirilmeye göre değişir” önermemiz; TGDÖ Toplam Ölçek puanında ve tüm alt boyutlarında anlamlı fark saptanmış ve doğrulanmıştır.
6. “Primipar ve Multipar gebelerde stres nedenleri değişir” önermemiz; TGDÖ Toplam Ölçek puanında ve tüm alt boyutlarında anlamlı fark saptanmış ve doğrulanmıştır.

7. “Primipar gebelerde stres düzeyleri strese nedenlerine göre değişir” önermemiz; TGDÖ Toplam Ölçek puanında ve tüm alt boyutlarında anlamlı fark saptanmış ve doğrulanmıştır.

8. “Multipar gebelerde stres nedenleri strese düzeyine göre değişir” önermemiz; TGDÖ Toplam Ölçek puanında ve tüm alt boyutlarında anlamlı fark saptanmış ve doğrulanmıştır.

9. “Primipar ve Multipar gebelerde stresle baş etme yöntemleri değişir” önermemiz; TGDÖ Toplam Ölçek puanında ve tüm alt boyutlarında anlamlı fark saptanmış ve doğrulanmıştır.

Sonuç olarak; Primipar ve Multipar gebelerin stres düzeyleri Primipar ve Multipar olmalarına göre farklılık göstermemektedir. Ancak; Primipar ve Multipar gebelerde stres nedenleri, eş desteği, bilgilendikleri kaynaklar, eğitim düzeylerine göre değişim göstermektedir. Çalışmada ayrıca; Primipar ve Multipar gebelerin stresle baş etmede tercih ettikleri rahatlama yönteminin farklı olduğu ve eğitim düzeylerinden etkilendiği saptanmıştır.

Bu çalışmanın sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, gebelerin stresinin değerlendirilmesinde pek çok faktörün rol oynadığı görülmektedir. Prenatal Stresin belirlenmesi için standartlar oluşturulurken literatür ışığında gebenin farklı özellikleri değerlendirilmelidir. Ayrıca; Antenatal bakım planlanırken, gebenin stresle baş etmesinde tercih ettiği yöntemler dikkate alınmalı, gerekli eğitim ve destek hem gebeye hem diğer aile bireyelerine sağlanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Genelgesi de antenatal hizmetler kapsamında gebenin ilk izleminde Duygusal ve Sosyal değerlendirmesinin yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu değerlendirmelere yönelik çevrimiçi görüşme ve risk değerlendirme formları hem Aile Hekimliği hem hastane sistemlerine entegre edilmiştir. Ancak; 15-49 yaş kadınların psikososyal değerlendirmesine ilişkin bir yaklaşım bulunmamaktadır. Ayrıca; kadınların stres değerlendirmesine yönelik Hizmetiçi Eğitimler çok yetersizdir. Bu nedenlerle; gebelikte ve hatta öncesinde

distresin değerlendirilmesi ve riskli grupların belirlenerek öncül müdahalelerin yapılabilmesi çok mümkün olmamaktadır.

Ebelerin, gebe izlemleri sırasında distres, anksiyete ve depresyonu değerlendirerek riskli grupları ve öncül müdahaleleri belirlemesi ve kendi alanı sınırlarında uygun ve etkin yöntemle destek sağlayabilmesi distres ve duygudurum bozukluklarının maternal ve fetal olumsuz sonuçlarını azaltabilir.

Ebelerin gebe distresini hem gebelikte hem de gebelik öncesi tarama ve azaltmaya yönelik kendi disiplinlerinde yöntemler geliştirebilmeleri için bu konuya ilişkin daha farklı perspektiflerde ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.



9. KAYNAKLAR

1. Taşkın L. Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutları. In: Taşkın L, editör. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2012. s. 215:20.
2. Alqahtani AH, Al Khedair K, Al-Jeheiman R, Al-Turki HA and Al Qahtani NH. Anxiety and depression during pregnancy in women attending clinics in a university hospital in eastern province of Saudi Arabia: Prevalence and associated factors. *International Journal of Women's Health* 2018; 10: 101.
3. Köse S, Pasinlioğlu T. Gebelere verilen doğum ve doğum sonu eğitimin bu dönemlere ilişkin endişeyi azaltmaya etkisi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi* 2015; 2: 49-63.
4. Egelioğlu Cetişli N, Denizci Zirek Z ve Bakılan Abalı F. Childbirth and postpartum period fear in pregnant women and the affecting factors. *Aquichan J* 2016; 16 (1): 32-42.
5. Serçekuş P ve Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery j* 2009; 25(2): 155-162.
6. Yücel P, Çayır Y ve Yücel M. Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2013; 16(2): 83-87.
7. Balkaya Akdolun N, Vural G ve Eroğlu K. Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014; 1(1): 6-16.
8. Çalık Yeşilçiçek K ve Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatrik Güncel Yaklaşımlar Dergisi* 2011; 3: 142-162.
9. Selye H. Stress and the general adaptation syndrome. *British medical journal*, 1950; 1(4667): 1383. /doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4667.1383>
10. Serban G. Ed. *Psychopathology of human adaptation*. Springer Science & Business Media 2012. ISBN 978-1-4684-2238-2
11. Elizabeth N. Maternal role development: the impact of maternal distress and social support following childbirth. *Midwifery J* (2011) 27 (2): 265–272)
12. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during

- antenatal and postpartum obstetric care. *Obstetrics and Gynecology Clinics J* 2009; 36 (4): 771-788. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2009.10.006>
13. Bıdzınka JE. Stres Factors in Deffective Diseases. *British Journal of Psychiatry* 1984; 144: 161-166.
 14. Hanna E. (Eds.). Horwitz AV. Anxiety: A Short History. *Sociology of Health and Illness J* 2015; 37(1): 164-165.
 15. Ehtiyar R ve Üngüren E. Turizm eğitimi alan öğrencilerin umutsuzluk ve kaygı seviyeleri ile eğitime yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2008; 1(4): 159-181.
 16. Spielberger CD. State-Trait anxiety inventory. *The Corsini encyclopedia of psychology* 2010; 1-1.
 17. Güveli GM ve İşeri E. Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi - Özel Konular* 2016; 2(3): 7-13.
 18. Kranner I, Minibayeva FV, Beckett RP and Seal CE. What is stress? Concepts, definitions and applications in seed science. *New Phytologist J* 2010; 188(3): 655-673.
 19. Stojanow K, Rauchfuss M, Bergner A and Maier B. Anxiety in high-and low-risk pregnancies and its influence on perinatal outcome. *Mental Health and Prevention J* 2017; 6: 51-56.
 20. Atwood AL. Antenatal Anxiety: Origins, effects, and interventions. *International Journal of Childbirth Education* 2013; 28(3).
 21. Wolters K, Lippincott WW. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). *Obstetrics and Gynecology*. 7nd Ed. Philadelphia: 2014.
 22. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E ve Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000;11(1): 3-16.
 23. Çelik FH ve Hocaoğlu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2016; 6(1): 51-66.
 24. Kotan Z, Sarandöl A, Eker SS ve Akkaya C. Depresyon, nöroplastisite ve nörotrofik faktörler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi* 2009; 1(1): 36-44.

25. Zhongming Z, Linong L, Xiaona Y, Wangqiang Z and Wei L. Scientific and Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) 2017; [10CT60-76].
26. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S and Beck CT. Nursing care for postpartum depression, Part 1: Do nurses think they should offer both screening and counseling? MCN Am J Matern Child Nurs. 2010 Jul–Aug; 35(4): 220–225.
27. Moel JE, Buttner MM, O'Hara MW, Stuart S and Gorman L. Sexual function in the postpartum period: Effects of maternal depression and interpersonal psychotherapy treatment. Archives of women's mental health 2010; 13(6): 495-504.
28. Çapık A. Tilburg gebelikte distres ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Atatürk Üniversitesi, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, Erzurum, 2013.
29. Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. Health Psychology J 2008, 27:604-615. 25.
30. Akkaş Çobanlar S. Gebelik döneminde eşler arası uyum. Adnan Menderes Üni. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2014.
31. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y and Plumb I. The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 2001; 42(2): 241-251.
32. Havutçu G. Yüksek riskli gebeliklerin doğum öncesi ebeveyn bağlanmasına etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2019.
33. Öztürk S. Annelerin doğum sonu dönemde yaşam kalitesi ve desteklerinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2014.
34. Aryal KK et al. Anxiety and Depression among Pregnant Women and Mothers of Children Under one Year in Sindupalchowk District, Nepal. Journal of Nepal Health Research Council 2018; 16(2): 195-204.

35. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I and Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2007; 20(3): 189-209.
36. Diego MA et al. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early human development* j 2009; 85(1): 65-70.
37. Bowen A and Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2006; 35(4): 491-498.
38. Gutteling BM, de Weerth C and Buitelaar JK. Prenatal stress and children's cortisol reaction to the first day of school. *Psychoneuroendocrinology* 2005. 30(6): 541-549.
39. Lyons-Ruth K, Wolfe R and Lyubchik A. Depression and the parenting of young children: making the case for early preventive mental health services. *Harvard review of psychiatry* j 2000; 8(3): 148-153.
40. McKinlay C. Early school age outcomes after exposure to repeat antenatal glucocorticoids. The University of Auckland, Doctoral Dissertation, New Zealand, 2011.
41. McGowan PO et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience* 2009; 12(3): 342.
42. Dayan J et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *American Journal of Epidemiology* 2002; 155(4): 293-301.
43. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S and Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of general psychiatry* j 2010; 67(10): 1012-1024.
44. Latendresse G. The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. *Journal of midwifery and women's health* 2009; 54(1): 8-17

45. Rahman A, Bunn J, Lovel H and Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 115(6): 481-486.
46. Ibanez G and Eden Mother-Child Cohort Study Group. Effects of antenatal maternal depression and anxiety on children's early cognitive development: a prospective cohort study. 2015; 10(8): e0135849.
47. Vollrath ME, Sengpiel V, Landolt MA, Jacobsson B and Latal B. Is maternal trait anxiety a risk factor for late preterm and early term deliveries? *BMC pregnancy and childbirth J* 2016; 16(1): 286.
48. Copper RL et al. The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. *American journal of obstetrics and gynecology* 1996; 175(5): 1286-1292.
49. Orr ST and Miller CA. Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings. *Epidemiologic reviews J*, 1995; 17(1): 165-171.
50. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ and Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *American journal of epidemiology* 2003; 157(1):14-24.
51. Waqas A, Raza N, Lodhi HW, Muhammad Z, Jamal M and Rehman A. Psychosocial factors of antenatal anxiety and depression in Pakistan: is social support a mediator? *PloS one*, (2015). 10(1): e0116510. Doi:10.1371/journal.pone.0116510
52. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K and Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2013; 10(5): e1001452doi:10.1371/journal.pmed.1001452
53. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H and Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *Amerikan Jurnal of Obstetrics and Gynecology* 1989; 160(5): 1107-1111.
54. Holson RR, Gough B, Sullivan P, Badger T and Sheehan DM. Prenatal dexamethasone or stress but not ACTH or corticosterone alter sexual behavior in male rats. *Neurotoxicology and teratology* 1995; 17(4): 393-401.

55. Welberg LA and Seckl JR. Prenatal stress, glucocorticoids and the programming of the brain. *Journal of neuroendocrinology* 2001; 13(2): 113-128
56. Quenstedt M and Parshall A. Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 1998; 173(2): 183-183.
57. Kitapçioğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü and Yüksel D. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 9(1): 47-54
58. Serçekuş P. Doğum korkusuna müdahale: hypnobirthing. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011; 10.2: 239-242.
59. Pop VJ, Pommer AM, Pop-Purceleanu M, Wijnen HA, Bergink V and Pouwer F. Development of the Tilburg pregnancy distress scale: the TPDS. *BMC pregnancy and childbirth* 2011; 11(1): 80.
60. Jomeen J. The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: A literature review. *Clinical Effectiveness in Nursing J* 2004; 8(3-4): 143-155.
61. Matthey S et all. Routine psychosocial assessment of women in the antenatal period: frequency of risk factors and implications for clinical services. *Archives of Women's Mental Health J* 2004; 7(4): 223-229
62. Oates M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *British medical bulletin* 2003; 67(1): 219-229.
63. Austin MP, Kildea S and Sullivan E. Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. *Medical Journal of Australia* 2007; 186(7): 364-367.
64. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G and Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics and Gynecology J* 2004; 103(4): 698-709.

65. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M and Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *American journal of epidemiology* 2004; 159(9): 872-881.
66. Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca H ve Muhcu M. Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2014; 45(2): 71-77.
67. Leung BM and Kaplan BJ. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link—a review of the literature. *Journal of the American Dietetic Association* 2009; 109(9): 1566-1575.
68. Pinto E, Barros H and dos Santos Silva I. Dietary intake and nutritional adequacy prior to conception and during pregnancy: a follow-up study in the north of Portugal. *Public health nutrition j* 2009; 12(7): 922-931.
69. Borja-Hart NL and Marino J. Role of omega-3 fatty acids for prevention or treatment of perinatal depression. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy* 2010; 30(2): 210-216.
70. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S and Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323(7307): 257-260.
71. Bilgin Z ve Alpar ŞE Kadınların Maternal Bağlanma Algısı ve Anneliğe İlişkin Görüşleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2018; 5(1): 6-15.
72. Türkyılmaz S. Sağlık personelinin annelik hüznü ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamaları. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2014.
73. Marakoğlu K ve Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi* 2008; 28.4: 525-532.
74. Moel JE, Buttner MM, O'Hara MW, Stuart S and Gorman L. Sexual function in the postpartum period: Effects of maternal depression and interpersonal psychotherapy treatment. *Archives of women's mental health* 2010; 13(6): 495-504.

75. Güdücü N, Kayan B, İŒçi H, BaŒgl Yiğiter A ve Dnder İ. Sezaryenle ve normal doğum yapan kadınlarda postpartum posttravmatik stres bozukluğu. JOPP Derg 2013; 5(3):114-117. Doi:10.5222/JOPP.2013.114 (2013).
76. Lotfi S ve BaŒcılar M. Travma sonrası stres bozukluğu ve sosyal hizmet. İstanbul GeliŒim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; (3): 275-286.
77. İsbir GG ve İnci F. Travmatik doğum ve hemŒirelik yaklaŒımları. Kadın Sağlığı HemŒirelięi Dergisi 2014; 1(1): 29-40.
78. Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME and Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. Archives of women's mental health 2013; 16(1): 1-10.
79. Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P and Montazeri A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. BMC pregnancy and childbirth j (2012); 12(1) 88.
80. Susan A, Harris R, Sawyer A, Parfitt Y and Ford E. Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. Journal of affective disorders 2009; 119(1-3): 200-204.
81. Goldbort JG. Women's lived experience of their unexpected birthing process. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing 2009; 34(1): 57-62.
82. Ayers S. Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. Birth J 2007; 34(3): 253-263.
83. Cohen J. Statistical Power Analysis. Current Directions in Psychological Science 1992;1(3):98- 101. [https:// journals.sagepub.com/ doi/ abs/ 10.1111/ 1467-8721.ep10768783](https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/1467-8721.ep10768783)
84. Rahman A, Iqbal Z and Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. Psychological medicine j 2003; 33(7): 1161-1
85. Ayvaz S, Hocoğlu Ç, Tiryaki A ve Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki iliŒkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4): 243-251.A
86. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, and Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica J 2009; 88(5): 599-605.

87. Virit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G ve Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi J* 2008; 45(1): 9-13.
88. Figueiredo B and Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: parity differences and effects. *Journal of affective disorders* 2011; 132(1-2): 146-157.
89. Akçalı Aslan P, Aydın N, Yazıcı E, Aksoy AN, Kırkan TS ve Daloğlu GA. Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. *International Journal of Social Psychiatry* 2014; 60(8): 809-817.
90. Karataylı S. Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2007.
91. Üst ZD, Pasinlioğlu T. Primipar ve multipar gebelerde doğum ve doğum sonu döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. *Journal of Health Sciences and Professions* 2017; 2(3): 306-17.
92. Akpınar FZ ve Ejder Apay S. Gebelikte yaşanan distres ile gebelikteki yakınmalar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Y.Lisans Tezi, Erzurum, 2018.
93. Borcharding KE. Coping in healthy primigravidae pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2009; 38(4): 453-462.
94. Çapık A, Ejder Apay S, Sakar T. Gebelerde Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 18(3).
95. Kaplan S, Bahar A ve Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007; 10(1): 113-121, 167.
96. Aytaç HS ve Yazıcı S. Sosyal Desteğin Gebelik ve Doğum Sonu Depresyona Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik AD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.
97. Gözüyeşil EY, Şirin A ve Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008; 3(9): 40-62.

98. Çakır L ve Can H. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Aile Hekimliği Dergisi* 2012; 3: 35-42.
99. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K ve Mungan MT. Gebelik anksiyete ve depresyonunda Risk faktörleri: 452 olguda Değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi* 2011; 21(2): 79-84.
100. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2014.
101. Küçükkaya B, Dindar İ, Erçel Ö ve Yılmaz E. Gebelik Dönemlerine Göre Gebelerin Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeleri. *JAREN/Journal of Academic Research in Nursing* 2018; 4(1): 28-36.
102. Üst Z ve Pasinlioğlu T. Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2012; 2(3): 306-317.
103. Husain N, Creed F and Tomenson B. Depression and social stress in Pakistan. *Psychological medicine j* 2000; 30(2): 395-402.
104. Mermer G, Bilge, A, Yücel U ve Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*; 2010; 1(2): 71-76.
105. Altınay S. Gebelikte depresyon prevalansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi Aile Hekimliği, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara, 1999.
106. Bacacı H ve Apay SE. Gebelerde beden imajı algısı ve distres arasındaki ilişki. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2018; 8(2): 76-82.
107. Yılmaz SD ve Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi* 2010; 20(3).

10.EKLER

1. Kişisel Veri Formu
2. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)
3. TGDÖ Kullanma İzni
4. Gönüllülük Onam Formu
5. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzni



KİŞİSEL VERİ FORMU

1) Yaşınız?

- a) 15-20
- b) 20-25
- c) 25-30
- d) 30-35
- e) 35 üzeri

2) Eğitim durumunuz?

- a) İlkokul
- b) Ortaokul
- c) Lise
- d) Üniversite

3) Eşinizin eğitim durumu?

- a) İlkokul
- b) Ortaokul
- c) Lise
- d) Üniversite

4) Çalışıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

5) Sizi en çok hangisi strese sokar?

- a) Ev işleri
- b) Eşimle diyalog
- c) Çalışma hayatı
- d) Diğer çocuklarım
- e) Diğer kişilerle iletişim
- f) Gebelikte kendi sağlığımla ilgili sorunlar
- g) Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygılar
- h) Doğum süreci
- e) İyi bir anne olamama kaygısı

6) Özel yaşamınız?

- a) Evliyim ama eşim uzakta
- b) Birlikte yaşıyorum
- c) Ayrıldım
- d) Evliyim ama eşim uzakta

7) Evde kimlerle yaşıyorsunuz?

- a) Eşim/ çocuklarım
- b) Kendi Ailem
- c) Sadece çocuklarım
- d) Eşim ve eşimin ailesi
- e) Tek başıma

8) Gebelik Sayınız?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 ve üzeri

9) Doğum Sayınız?

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3 ve üzeri

10) Bu gebeliği isteme durumunuz?

- a) İstiyorum
- b) İstemiyorum

11) Önceki gebeliklerinizin sonucu?

Düşük	Küretaj	Normal Doğum	Dışısı/ Suni vb. ile	Gerekli Sezaryen	İsteğinizle Sezaryen
.....KezKezKezKezKezKez

12) Bu gebeliğinizde risk?

- a) Risk var
- b) Risk yok

13) Gebeliğe ilişkin bilginiz var mıdır?

- a) Evet
- b) Hayır

14) Doğuma ilişkin bilginiz var mıdır?

- a) Evet
- b) Hayır

15) Doğumdan korkuyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

16) Gebelik ve doğum sürecine ilişkin bilgi ve eğitimleri en sık hangi kaynaktan alıyorsunuz?

- a) Medya
- b) İnternet
- c) Kitap; dergi; ansiklopedi
- d) Ailem; arkadaşlarım
- e) Gebe takibimi yapan sağlık mensubu

17) Gebelik ve doğum sürecine ilişkin bilgilendirilmede en çok kimden yararlandınız?

- a) Aile Hekimi
- b) Ebe
- c) Hemşire
- d) Kadın Doğum Uzmanı

18) Geçmişte hiç antidespresan kullandınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

19) Geçmişte hiç depresyon ya da başedemediğiniz stres gibi bir nedenle psikolojik tedavi gördünüz mü?

- a) Evet
- b) Hayır

20) Geçmişte cinsellik ya da gebelikle ilgili kötü bir şey yaşadınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

21) Aşağıdakilerden hangisi sizi rahatlatır?

- a) Nefes egzersizleri
- b) Yoga
- c) Bağırıp öfkemi kusmak
- d) Sessiz kalmak
- e) Ağlamak
- f) Yürüyüşe çıkmak
- g) Müzik dinlemek
- h) Eşimin; ailemin desteği

22) Günlük iş yükünüzü 1'den 10'a kadar puanlasanız kaç puan verirsiniz?

(1 en az/ 10 en yüksek)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----







23) Evlilik öncesini düşündüğünüzde genelde günlük stres durumunuzu nasıl tanımlardınız?

Çok Mutlu	Ortalama mutlu	Sıkılmış
1	2	3
		
Üzgün / Mutsuz	Sinirli / Öfkeli	Kontrolü kaybetmiş
4	5	6
		

24) Evliliğinizde genelde günlük stres durumunuzu nasıl tanımlardınız?

Çok Mutlu	Ortalama mutlu	Sıkılmış
1	2	3
		
Üzgün / Mutsuz	Sinirli / Öfkeli	Kontrolü kaybetmiş
4	5	6
		

25) Gebelikte genelde günlük stres durumunuzu nasıl tanımlardınız?

Çok Mutlu	Ortalama mutlu	Sıkılmış
1	2	3
		
Üzgün / Mutsuz	Sinirli / Öfkeli	Kontrolü kaybetmiş
4	5	6
		

TILBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ

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

Teşekkür ederim.

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

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği

- Ölçek toplam 16 maddeden oluşmaktadır. 4'lü likert tipinde (çok sık=0 puan, oldukça sık=1 puan, ara sıra=2 puan, nadiren veya hiç=3 puan) derecelendirilmektedir.
- “Olumsuz Duygulanım” ve “Eş Katılımı” olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır.
Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu: 11 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 3,5,6,7,9,10,11,12,13,14 ve 16. maddelerdir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 33'tür.
Eş Katılımı Alt Boyutu: 5 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 1,2,4,8 ve 15. maddelerdir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 15'tir.
- Ölçeğin 3,5,6,7,9,10,11,12,13,14 ve 16. maddeleri **ters puanlanmaktadır**. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 48'tir.
- Ölçek **12 hafta ve üzeri gebeliği olanlara** uygulanmaktadır.
- Ölçeğin belli kesme noktaları mevcuttur. Bu kesme noktaları;
 - Ölçeğin toplamı için 28 ve üzeri,
 - Olumsuz duygulanım alt boyutu için 22 ve üzeri,
 - Eş katılımı alt boyutu için 10 ve üzeridir.Ölçekten alınan puanın bu kesme noktalarının üzerinde olması distres (stres, anksiyete, depresyon) yaşayan gebelerin belirlenmesini sağlamaktadır.

Kaynaklar:

1. Çapık A, Pasinlioğlu T. Validity and reliability study of the Tilburg Pregnancy Distress Scale into Turkish. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015, 22, 260–269.
2. Pop VJM, Pommer AM, Pop-Purceanu M, Wijnen HAA, Bergink V, Pouwer F. Development of the Tilburg Pregnancy Distress Scale: the TPDS. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2011, 11:80-87.

Ek. 3



Nükte TAŞLAR <nuktetaslar@gmail.com>

ÖLÇEK İZNI

Nükte TAŞLAR <nuktetaslar@gmail.com>
Alıcı: aylakanbur28@hotmail.com

22 Mayıs 2018 11:54

----- Yönlendirilmiş ileti -----

Gönderen: **Nükte TAŞLAR** <nuktetaslar@gmail.com>
Tarih: 21 Mayıs 2018 01:25
Konu: ÖLÇEK İZNI
Alıcı: aylakanbur28@hotmail.com

Merhaba Hocam;

Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Ebelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamı Yrd.Doç.Dr. Asiye Kocatürk Hocam'ın danışmanlığıyla yürüteceğim. "Gebelerin Stres Düzeylerinin Belirlenmesi" konusunda yapacağım. Tez çalışmamda; tarafınızdan Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Türkçe formunu kullanmak istiyorum. Bu konuda bana izin vererseniz çok sevinirim.

Zaman ve ilginiz için teşekkürler.

Saygılarımla...

Nükte TAŞLAR

Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Bölümü Tezli YL.

Tel: 0 554 5660322
E-mail: ntaslar@st.medipol.edu.tr

Ek. 3



Nükte TAŞLAR <nuktetaslar@gmail.com>

ÖLÇEK İZNI

AYLA ÇAPIK <aylakanbur28@hotmail.com>
Alıcı: Nükte TAŞLAR <nuktetaslar@gmail.com>

22 Mayıs 2018 12:06

Nükte merhaba,

Sana ölçeği ve kullanım şeklini gönderiyorum. Ölçeği makaleye atıf yaparak tezinde kullanabilirsin. Ölçeği tezinde kullanmak için izin isteyen başka öğrencilerde oldu. Ama konularını bilmiyorum.

Sana tezinde başarılar dilerim.

Dr Öğr. Üyesi Ayla ÇAPIK

Atatürk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ebelik Bölümü

Gönderen: Nükte TAŞLAR <nuktetaslar@gmail.com>
Gönderildi: 22 Mayıs 2018 Salı 11:54
Kime: aylakanbur28@hotmail.com
Konu: Fwd: ÖLÇEK İZNI

[Alıntılanan metin gizlendi]



TILBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ ÇALIŞMA İZİN YAZISI.docx
17K

SAYIN KATILIMCI;

Bu çalışma; hiç doğum yapmamış gebeler ile en az bir doğum yapmış gebelerde stres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır Araştırma Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi için tasarlanmıştır. Bu amaçla size verilen anketteki soruları yanıtlamanız istenmektedir.

Vereceğiniz bilgiler araştırmacıda kalacak ve kesinlikle GİZLİ tutulacaktır. Bu bilgilerin toplanmasındaki tek amaç; hiç doğum yapmamış gebeler ile en az bir doğum yapmış gebelerde stres düzeylerinin belirlenmesidir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen GÖNÜLLÜLÜK esasına dayanmaktadır. Anketi hiç yanıtlamamak ya da istediğiniz anda sonlandırmak özgürlüğüne sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmış olmanız size hiçbir şekilde maddi ve manevi bir yükümlülük ya da kazanç getirmez.

Desteğiniz ve katkılarınız için teşekkürler...

Araştırmacı: Ebe Nükte TAŞLAR
Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Tezli Yüksek Lisans

İmza:

Tel: 0 554 5660322

E-mail: nuktetaslar@gmail.com / ntaslar@st.medipol.edu.tr

LÜTFEN AŞAĞIDAKİ İFADELERİ DİKKATLE OKUYARAK İMZALAYINIZ.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yukarıda adı belirtilen ARAŞTIRMACI tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.”

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün Adı Soyadı:

Gönüllü İmzası:

Tarih:



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
23/07/2019 09:57 - 16867222 - 604.01.01 - E 3478



00097749891

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Nükte TAŞLAR'ın
Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)
(Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No:19 Kavacık Kavşağı 34810)

İlgi : a) 06/05/2019 tarihli ve 71211201-14976 sayılı yazı.
b) 25/09/2018 tarihli ve 64222187-604.01.01-4825 sayılı yazı.
c) 18/07/2019 tarihli ve 71211201-604.01.01-37805 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik ABD Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nükte TAŞLAR'ın, Yrd. Doç. Dr. Asiye KOCATÜRK'ün danışmanlığında yürütülen "Primipar ve Multipar Gebelerde II. Trimestr Stres Düzeylerinin Belirlenmesi" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmasını, Avcılar İlçesine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerindeki gönüllü gebe hastalar ile yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

İstanbul Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Aile Hekimliği Birimi'nin ilgi b) sayılı yazısında;

"Bilindiği üzere aile hekimliği uygulaması kapsamında görev yapan aile hekimleri 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin "Kayıtların Tutulma Şekli ve Muhafazası" başlıklı 31 inci Maddesinin 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuat çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği" nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23' üncü Maddesinin 1 inci fıkrasında yer alan "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebi ile edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiç bir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimine kayıtlı nüfus ile ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişiler ile paylaşılamaz" denilmektedir.

İstanbul Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı ÇEKÜS (Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı) Birimi'nin ilgi c) sayılı yazısında;

"çalışma ile ilgili güncellemelerin yapıldığı tespiti ile anket sorularının uygun olduğu değerlendirilmiş" denilmektedir.

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Téléfon: Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK.

FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 31e9e260-6964-40f0-bc84-5b27e04236a9 kodu ile erişebilirsiniz.

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

Söz konusu araştırma, **Aile Hekimliği Birimi'nin** yukarıda belirtilen ilkelere bağlı kalmak koşulu ile ve **ÇEKÜS (Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı) Birimi'nin** uygun görüşü çerçevesinde Müdürlüğümüz tarafından onaylanmış olup, öğrenciniz **Nükte TAŞLAR'a** tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

EKLER:

1- İstanbul Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

- Aile Hekimliği Birimi
- ÇEKÜS (Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı) Birimi
(Görüş Yazıları)

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNI DİR
24.02.2013

Permin GÖRECEK
İstanbul Sağlık Müdürlüğü
Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi
Birim Sorumlusu

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Telefon: Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 31e9e260-6964-40f0-bc84-5b27e04236a9 kodu ile erişebilirsiniz.

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



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL AİLE
HEKİMLİĞİ BİRİMİ

25/09/2018 11:05 - 64222187 - 604.01.01 - E.4825



00077289975

Sayı : 64222187-604.01.01
Konu : Nükte TAŞLAR'ın
Tez Çalışma İzni Hk.

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi: 20/09/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-2842 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ekinde bulunan İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik ABD Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nükte TAŞLAR'ın, Yrd. Doç. Dr. Asiye KOCATÜRK'ün danışmanlığında yürütülen "Primipar ve Multipar Gebelerde II. Trimestr Stres Düzeylerinin Belirlenmesi" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmasını, Avcılar İlçesine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerindeki gönüllü gebe hastalar ile yapma talebi Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Aile Hekimliği Birimimizce incelenmiştir. Bilindiği üzere aile hekimliği uygulaması kapsamında görev yapan aile hekimleri 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin "Kayıtların Tutulma Şekli ve Muhafazası" başlıklı 31 inci Maddesinin 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuat çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği" nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23' üncü Maddesinin 1 inci fıkrasında yer alan "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebi ile edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiç bir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimine kayıtlı nüfus ile ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişiler ile paylaşılamaz.

Bu bağlamda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşulu ile İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik ABD Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nükte TAŞLAR'ın talebi Birimimizce uygun mütalaa edilmiştir.

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Erdoğan KOCAYİĞİT
Başkan Yardımcısı

Seyitnizam Mahallesi Mevlana Caddesi No:81-83 Zeytinburnu/İstanbul Tel:0(212)409
20 00 hsm34.istbil@saglik.gov.tr Büşra Arslan Karaduman Aile Hekimliği Birimi
Faks No:02125461350

e-Posta:busra.arslan5@saglik.gov.tr İnt.Adresi: busra.arslan5@saglik.gov.tr

Bilgi için:Büşra ARSLAN

Unvan:SÖZLEŞMELİ PERSONEL

Telefon No:02124092676

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f64de107-218d-436a-ad52-a2e1908095d3 kodu ile erişebilirsiniz.

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



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL İL
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
18/07/2019 13:44 - 71211201 - 604.01.01 - E.37805



00097480855

Sayı : 71211201-604.01.01
Konu : Nükte TAŞLAR'ın Araştırma İzni Hk.

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA
(Sağhın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 20/06/2019 tarihli ve 16867222-604.01.01-2188 sayılı yazımız

İlgi yazıya istinaden Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nükte TAŞLAR, Dr. Öğr. Üyesi Asiye KOCATÜRK'ün danışmanlığında devam eden "**Primipar ve Multipar Gebelerde II. Trimestr Stres Düzeylerinin Belirlenmesi**" başlıklı çalışması ile ilgili güncellemelerin yapıldığı tespiti ile anket sorularının uygun olduğu değerlendirilmiş olup, araştırma izin talebine dair iş ve işlemlerin yapılması hususunda;

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Abdullah Emre GÜNER
Başkan

Zeytinburnu Ek Hizmet Binası Seyitnizam Mah. Mevlana Cad. No: 81-83 Ginza
Plaza Zeytinburnu / İstanbul Tel: 0(212) 409 20 00 Dahili: 2159
hsm34.cekush@saglik.gov.tr BSKE Öznur Öner ÇEKÜS Birimi
Telefon: Faks No:

e-Posta:oznur.oner@saglik.gov.tr İnt.Adresi: oznur.oner@saglik.gov.tr

Bilgi için:Öznur ÖNER

SÖZLEŞMELİ PERSONEL

Telefon No:(0 212) 409 20 00

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2d29648-c2a1-460c-aa51-9ae2dd6d3a15 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.21640
Konu : Etik Kurulu Kararı

02/07/2018

Sayın Nükte Taşlar

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Primipar ve Multipar Gebelerde II.Trimestr Stres Düzeylerinin Belirlenmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 02.07.2018 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden FE5A6655XF kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinçler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin: bilgi@medipol.edu.tr


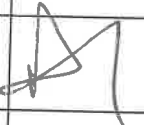
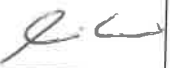


İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Primipar ve Multipar Gebelerde II.Trimestr Stres Düzeylerinin Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI İSİMİ/ADI/SOYADI	Nükte Taşlar			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebe			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	08.06.2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 369		Tarih: 27/06/2018			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCAY	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Nükte	Soyadı	TAŞLAR
Doğum Yeri	Edirne	Doğum Tarihi	22.11.1977
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	38731207450
E-Mail	nuktetaslar@gmail.com	Tel	0 554 5660322

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	
Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	2015
Önlisans	Ege Üniversitesi SYO	2000
Lise	İlhami Ertem Koleji	1996

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1. Ebe	Avcılar Merkez ASM (ASE)	2017 - 2019
2. Ebe	Esenler Doğumevi (Doğumhane)	2016 - 2017
3. Ebe (Eğitimci)	Avcılar Toplum Sağlığı Merkezinde Eğitim, AÇSAP ve Gebe Eğitim Birimleri	2015 - 2016
4. Ebe (İdari Denetmen)	İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği İzleme Değerlendirme ve Denetim Birimi	2013 - 2015
5. Ebe	Cihangir Aile Sağlığı Merkezi	2010 - 2013
6. Sorumlu Ebe	Çamlıca Alman Hastanesi Doğumhane ve KD Servisi	2009 - 2010
7. İdari Ebe (Supervisör)	Pakize Tarzi K.D. Hastanesi	2008 - 2009
8. Sorumlu Ebe	Şafak Hastanesi Doğumhane ve KD Servisi	2008 - 2008
9. Ebe	Medicana Hastanesi Doğumhane	2007 - 2008
8. Ebe	Trabzon Uzungöl Merkez Sağlık Ocağı	2006 - 2007
9. Ebe	Sındırgı Yaylabayır Köyü Sağlık Ocağı	2004 - 2006

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

Başarılımış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; YDS: Yabancı Dil Bilgisi Seviye Tespit Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	62,58861	62,98380	62,96316

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
MS Office Programları	Orta düzey

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer