T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELERDE EŞ DESTEĞİNİN ANNELİK ROLÜ, BEDEN ALGISI VE DİSTRES DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ

Ebru DOĞRUL
183278001002

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

Danışman
Dr. Öğr. Üy. Hacer ALAN DİKMEN

KONYA -2020

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELERDE EŞ DESTEĞİNİN ANNELİK ROLÜ, BEDEN ALGISI VE DİSTRES DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ

Ebru DOĞRUL
183278001002

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

Danışman
Dr. Öğr. Üy. Hacer ALAN DİKMEN

KONYA -2020

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimimim boyunca her zaman desteğini, ilgisini, rehberliğini esirgemeyen, bana rol model olan danışmanım sayın Dr. Öğr. Üy. Hacer ALAN DİKMEN'e,

Lisans eğitimimden yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşan tüm saygıdeğer hocalarıma,

Lisans eğitimimin ilk gününden bugüne kadar her zaman ve her koşulda yanımda olan çok değerli dostum Ümmügülsüm IŞIK'a

Araştırmamıza katılan değerli anne adaylarına,

Hayatımın her döneminde yanımda olup, benden maddi ve manevi desteğini esirgemeyen sevgili annem, babam, kardeşlerim ve kuzenlerime teşekkür ederim.

Ayrıca yüksek lisans tezimi tüm meslektaşlarıma ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR vi

ÖZET vii

ABSTRACT viii

1.GİRİŞ 1

1.1. Gebelik Dönemi 3

1.1.1.Gebelikte Trimestırlara Göre Değişikliler 4

1.2. Distres Kavramı ve Gebelik 7

1.2.1.Gebelik ve Stres 9

1.2.2. Gebelikte Anksiyete 10

1.2.3. Gebelikte Depresyon 11

1.3. Kendilik Algısı Kavramı 12

1.3.1.Kendilik Algısı ve Gebelik 13

1.4.Sosyal Destek 15

1.4.1.Gebelik ve Eş Desteği 17

1.5. Gebelikte Eş desteği, Kendilik Algısı ve Distres İlişkisinde Ebelik Rolleri 19

2.GEREÇ VE YÖNTEM 23

2.1.Araştırma Türü 23

2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer 23

2.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi 23

2.4.Veri Toplama Araçları 25

2.4.1.Kişisel bilgi formu (EK-A) 25

2.4.2.Eş Destek Ölçeği (EDÖ) (EK-B) 25

2.4.3. Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği (GKAÖ) (EK-C) 25

2.4.4.Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ) (EK-D) 26

2.5. İstatistiksel Analiz 27

2.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 27

2.7.Araştırmanın Etik Yönü 28

3.BULGULAR 29

Tablo 3.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri (n= 361) 29

Tablo 3.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri (n= 361) 30

Tablo 3.3. Gebelerin EDÖ ve GKAÖ Puanları (n= 361) 31

Tablo 3.4. Gebelerin TGDÖ Puanları ve Risk Durumuna Göre Dağılımı (n= 361 ... 32

Tablo 3.5. Gebelerin EDÖ Puanları ile GKAÖ ve TGDÖ Puanlarının İlişkisi (n= 361) 32

Tablo 3.6. Bağımsız Değişkenler ile TGDÖ ve GKAÖ Puanlarının İlişkisi (n=361) 34

Tablo 3.7. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre TGDÖ ve GKAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=361) 35

Tablo 3.8. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre TGDÖ ve GKAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=361) 38

Tablo 3.9. Gebelerin TGDÖ Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n= 361) 42

Tablo 3.10. GKAÖ Annelik Algısı Boyut Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n=361) 43

Tablo 3.11.GKAÖ Beden Algısı Alt Boyut Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n=361) 44

4.TARTIŞMA 46

4.1. Araştırmanın Gücü ve Sınırlılıkları 55

5. SONUÇ VE ÖNERİLER 56

5.1. Sonuç 56

5.2.Öneriler 57

KAYNAKLAR 59

7.EKLER 66

7.1.EK-A. Kişisel Bilgi Formu 66

7.2.EK 2-B Eş Destek Ölçeği (EDÖ) 67
7.3.EK 3-CTilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ) 68
7.4.EK 4-D. Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği (GKAÖ) 69
7.5. EK-E Etik Kurul Kararı 70
7.6 EK-F İl Sağlık Müdürlüğü İzni 71
7.7. E-G Tilburg Distres için posthoc güç analizi orjinal sonuçları 71
7.8. EK-H Annelik Algısı için posthoc güç analizi orjinal sonuçları 74
7.9. EK-I Beden Algısı için posthoc güç analizi orjinal sonuçları 76
7.10. EK-J Ölçek mail izinleri 78
7.11. EK-K Aydınlatılmış Onam Formu 81
8. ÖZGEÇMİŞ 82

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOG	:American College Of Obstetricians And Gynaecologists-Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği
DKÖ	:Durumluluk Kaygı Ölçeği
EDÖ	:Eş Destek Ölçeği
GKAÖ	:Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği
NST	:Nonstres Test
SKÖ	:Sürekli Kaygı Ölçeği
TGDÖ	:Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği
TNSA	:Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırmaları

ÖZET
T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Gebelerde Eş Desteğinin Annelik Rolü, Beden Algısı ve Distres Düzeyi ile İlişkisi
Ebru DOĞRUL
Ebelik Anabilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA–2020

Bu araştırma, gebelerde eş desteğinin annelik rolü, beden algısı ve distres düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapıldı. Çalışmanın örneklemini Konya ilinde Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi gebe ve NST polikliniğine başvuran 361 gebe oluşturdu. Veriler, kişisel bilgilerin yer aldığı "kişisel bilgi formu, Eş Destek ölçeği (EDÖ), Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ) ve Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği (GKAÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, Skewness ve Kurtosis, t testi, Mann Whitney U testi, (post hoc analizi Tukey HSD), Pearson ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Çalışmada gebelerin yaş ortalaması 27,04±5,04 ve gebelik haftası ortalaması 30,14±6,78'dir. Gebelerin EDÖ puan ortalamasının 70,81±7,13 ve TGDÖ puan ortalamasının 20,00±5,00 olduğu saptandı. Gebelerin EDÖ ile GKAÖ annelik algısı alt boyut puanı arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki olduğu ($p<0,001$), beden algısı alt boyutu ile EDÖ arasında negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu ($p<0,001$) belirlendi. Gebelerin yaşı, eşin yaşı, gebeliğin planlı olması ve eş ile ilişki durumlarının TGDÖ ve GKAÖ her iki alt boyutu ile aralarında anlamlı ilişki olduğu ($p<0,001$) saptandı. Çalışmada distres puanının beden algısı puanı, GKAÖ annelik algısı puanı, EDÖ puanı ($p<0,001$) ve eşin çalışma durumu ($p<0,05$) gibi bağımsız değişkenlerden etkilendiği; GKAÖ annelik algısı ve beden algısı puanının EDÖ puanı, ev işlerine yardımcı birisinin bulunması ($p<0,001$) ve gebeliği isteme durumu ($p<0,05$) gibi bağımsız değişkenlerden etkilendiği saptandı.

Çalışma sonucunda gebelerin eş desteği arttıkça distres puanları düşmektedir. Eş destek puanı arttıkça annelik algısı puanı da artmakta ve eş destek puanı arttıkça beden algısı puanı düşmektedir.

Ebe ve hemşireler kadınları gebelik sürecinde gözlemlemeli ve gebenin destek ihtiyaçlarını, distres düzeyini ve kendilik algısı durumunu belirleyip, ihtiyaçlara yönelik destek sağlamalı, ayrıca eşin destek sürecine dâhil olmasının önemini anlatmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Distres; ebelik; eş desteği; gebelik; kendilik algısı.

ABSTRACT
TR
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE
The Relationship of Spousal Support with Maternal Role, Perceived Body Image, and Distress Levels in Women with Pregnancy
Ebru DOĞRUL
The Department of Midwifery
MASTER'S THESIS / KONYA – 2020

This study was carried out in a descriptive and correlational research design to investigate the relationship between spousal support and maternal role, perceived body image, and distress levels in women with pregnancy. The sample of the study consisted of 361 women with pregnancy who presented to the maternity and NST outpatient clinics of Dr. Ali Kemal Belviranlı Obstetrics and Pediatrics Hospital. The data were collected using a personal data form, which aimed to collect personal information, the Spousal Support Scale (SSS), the Tilburg Pregnancy Distress Scale (TPDS), and the Self-Perception of the Pregnant Scale (SPPS). The data were analyzed using the following methods and analyses: numbers, percentages, mean and standard deviation values, Skewness and Kurtosis, t-test, Mann-Whitney U test, (post hoc analysis, Tukey, HSD), and Pearson and Spearman correlation analyses. According to the findings, the mean age of the women with pregnancy was 27,04 ± 5,04 years, and the mean gestational week was 30,14 ± 6,78 weeks. The mean SSS score of the women with pregnancy was 70,81 ± 7,13, and their mean TPDS score was 20,00 ± 5,00. There was a positive and strong correlation between the SSS score and the motherhood perception subscale score of the SPPS ($p < 0,001$), and a negative and moderate correlation was found between the perceived body image subscale and the SSS ($p < 0,001$). Also, a significant correlation was determined between the TPDS and both subscales of the SPPS in terms of the age of the women with pregnancy, the age of the spouse, having a planned pregnancy, and the relations with the spouse ($p < 0,001$). The distress score was found to be affected by independent variables, such as perceived body image score, motherhood perception subscale score of the SPPS, spousal support scale score ($p < 0,001$), and the employment status of the spouse ($p < 0,05$). Moreover, the motherhood perception and perceived body image subscale scores of the SPPS were affected by independent variables, such as the spousal support scale score, the presence of someone to help with housework ($p < 0,001$), and the status of having desired pregnancy ($p < 0,05$).

As a result of the study, the distress scores of the women with pregnancy were found to decrease as their spousal support increased. Also, as the spousal support score increased, the motherhood perception score increased, as well, yet the perceived body image score decreased.

Midwives and nurses should observe women during pregnancy and provide support accordingly by identifying their need for support, distress levels, and self-perception. Furthermore, they should emphasize the importance of the involvement of the spouse in the support process.

Keywords: Distress; midwifery; pregnancy; self-perception spousal support.

1.GİRİŞ

Gebelik; kadının yaşamında üretkenlik dönemine ait olan ve bu dönemdeki her kadının yaşayabileceği fizyolojik olaylardan biridir (Taşkın 2016). Ayrıca gebelik fizyolojik, nöroendokrin ve psikososyal değişimlerin diğer yaşam dönemlerine göre en çok yaşandığı bir süreçtir {Bennett 2004, Kuğu,2001, Taşkın 2016). Bu süreçte kadının dış görünüşünde meydana gelen kilo artışı, karında çatlaklar gibi beden değişikliği durumları gebe kadını psikolojik yönden etkileyebilmektedir (Cash 2002, Furber ve ark 2009, Martini ve ark 2010, Özorhan 2012).

Geçmiş yıllarda gebelik dönemi için ‘‘psikososyal sorunlar için koruyucudur’’ görüşü günümüzde kabul edilirliğini kaybetmiştir (Akdeniz ve Gönül 2004, Yanıkkerem ve ark 2004, Ayvaz ve ark 2006, Şentürk 2008, Nasreen ve ark 2011). Kadının psikososyal iyilik durumu, gebeliğin sürecini etkileyebildiği gibi, gebeliğin de psikolojik ve duygusal iyilik durumunu etkileyebileceği vurgulanmaktadır. Bu etkinin sonucu ise gebenin çevresi ile olan sosyal ilişkilerine olumsuz şekilde yansımaktadır (Ayvaz ve ark 2006, Akbaş ve ark 2008, Vırıt ve ark 2008, Yıldız 2011).

Gebelik, kadınlar için fizyolojik olan ancak psikososyal ve fiziksel değişiklikler, yeni rol ve sorumluluklar gibi nedenlerle stres, anksiyete, depresyon gibi olumsuzlukların ortaya çıkabildiği bu nedenle anne bebek sağlığının olumsuz etkilenebildiği dönemdir (Clark 2009, Kingston 2012, Taşkın 2012, Dağlar 2014, Kumcağız, 2017). Bu bağlamda fizyolojik bir süreç olan gebelik kadın için stres ve kriz dönemi haline gelmektedir. Bu dönemde gebelerin ailesi ve eşinden aldığı sosyal destek düzeyi gebelerin karşılaştıkları sorunlar ile baş etmesini kolaylaştırmakta ve gebelerin bu dönemi daha huzurlu bir süreç haline getirmesinde önemlidir (Atalay 2000, Yıldırım 2004,Virit, 2008, Furber 2009, Özorhan ve Pasinlioğlu 2010).

Psikolojik distres klinik olarak depresyon, anksiyete ve/veya stres şeklinde tanımlanır (Çapık 2013). Gebeliğe ait distres ise gebelikle gelişen vücuttaki değişiklikler, ebeveynliğe uyum endişesi gibi durumlar ile ilgili maternal korku ve endişe olarak ifade edilir. ACOG’a (American College of Obstetricians and

Gynecologist) göre distres doğurganlık döneminde bulunan her kadının önemli bir sorunudur (ACOG 2000). Bu durum, gebelik döneminde yaşam kalitesini, sosyal ilişkileri etkilemekte ve sıkıntı veren bir süreç haline gelmektedir (Çapık 2013, Vırıt 2008). Gebeliğin seyrini olumsuz etkileyen bu duruma düşük ekonomik düzey, istenmeyen gebelik, daha önce var olan depresyon öyküsü, eş ilişkisi, gebeliğin getirdiği yenilikler ve güçlükler, düşük özsaygı ve sosyal destek eksikliği gibi durumlar neden olabilir (Vırıt ve ark 2008,Marakoğlu 2008, Marcus ve ark 2009, Bonnie ve kaplan 2009).

Gebelikte distres prevalansı ile ilgili 59 çalışmanın incelendiği bir meta analizde, sanayileşmiş ülkelerde yaşayan gebelerde depresyon prevalansı %8 ile %24 arasında saptanmıştır (Bussel ve ark 2006). Gelişmiş ülkelerde yapılmış olan çalışma sonuçlarına göre kadınların %13-25'i perinatal dönemde depresyon veya anksiyete bozuklukları olmak üzere anlamlı şekilde psikolojik distres durumu yaşamaktadır (Priest ve ark 2003, Gavin ve ark 2005). Türkiye'de yapılmış olan çeşitli çalışma sonuçlarına göre ise gebelerde depresif belirti görülme prevalansı %11,9-33 (Karaçam 2009, Çapık 2015, Çiltaş 2015) olarak bulunmuştur. Yaşanan bu distres durumuna bağlı olarak gebelik döneminde preeklemsi riski, spontan abortus, erken doğum, düşük fetal ağırlık gibi olumsuz maternal ve fetal etkiler meydana gelmektedir. Ayrıca lohusalık depresyonu için risk faktörü olabilmektedir (Bennett ve ark 2004, Diego ve ark 2006, Bolten ve ark 2011, Kinston 2012).

Gebelerin psikososyal sağlık durumunun beden imajındaki değişiklikler, gebeliğin getirdiği yeni roller gibi durumlar nedeniyle etkilenmesine bağlı olarak gebelik dönemindeki kadın diğer zamanlarından farklı olarak daha çok destek ihtiyacı duymaktadır. Çünkü gebelik döneminde kadının sahip olduğu sosyal destek bu zorlu sürece uyumunu kolaylaştıran ve bu süreçle baş etmesini sağlayan en önemli faktörlerdendir. Gebenin yaşadığı sorunlar karşısında destek veren birinin olmaması gebenin anksiyete düzeyini yükseltebilir ve artmış anksiyete düzeyi gebenin sorunlarla sağlıklı baş etmesini, gebeliğe uyumunu olumsuz etkileyebilir (Aslan 1996, Altınay 2000, Dağlar 2004).

Sosyal destek bireyin eş, aile ve arkadaşları tarafından kişiye sağlanan destek şeklinde ifade edilir. Sosyal destek, kişinin sosyolojik ve psikolojik problemlerinin önlenmesi, çözümü ve tedavisinde, sıkıntılı durumlarla baş edebilmesinde önemli bir

etkendir (Gözüyeşil 2008, Özbey 2012). Özorhan ve Pasinlioğlu'nun (2012) çalışmasına göre ailede gebeyi her zaman ve her konuda destekleyerek ona yardım eden kişilerin bulunması gebelik sürecini daha güzel ve konforlu hale getirebilir (Özorhan 2012). Altınay'ın çalışmasında gebelerin annelik rolüne uyum ile özgüvenin, prenatal dönemde sosyal destek varlığı arasında pozitif bir ilişki olduğu, eşi tarafından onaylanmış ve sorunlarını eşi ile paylaşabilen kadınların daha az sorun yaşadıkları ortaya konulmuştur (Altınay 2000). Buna bağlı gebelik döneminde kadının her an yanında bulunan eşinin gebe kadına maddi manevi destek vermesi, kadının gebelik sürecine uyumunu kolaylaştırarak bu sürecin psikolojik sıkıntılardan uzak bir şekilde ilerlemesine yardımcı olabilir.

Preterm eylem, kanama, düşük doğum ağırlığı, doğum sonu depresyon gibi olumsuz etkilerinden dolayı distres ve kendilik algısının anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilediği görülmektedir (Cash 2002, Bennett ve ark 2004, Kingston 2012, Çapık 2013, Staneva 2018). Bu yüzden gebelerin sadece fiziksel değil psikolojik sağlığının da değerlendirilmesi önemlidir. Ebeler ve kadın sağlığı hemşireleri gebelerin fiziksel sağlığının yanında psikolojik sağlık durumunu da değerlendirmeli, risk grubunda olan gebeleri belirlemeli ve gebelere destek olmalıdır (Kuğu ve Akyüz 2001, Matthey 2005, Vırıt ve ark 2008) .

Literatürde gebelerin eş desteği, kendilik algısı ve distres düzeyinin birlikte incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmanın amacı gebelik döneminde eş desteğinin annelik rolü, beden algısı ve distres düzeyi ile ilişkisinin belirlenmesidir.

1.1. Gebelik Dönemi

Kadının hayatında bebeklik, gençlik, yaşlılık gibi yaşadığı dönemlerin içinde yer alan yetişkinlik dönemi, kadın hayatının en üretken olduğu; evlilik, gebelik, doğum ve annelik gibi yeniliklerin yaşandığı dönemdir. Gebelik dönemi, fertilizasyon ile başlayıp doğumla sonlanan, ortalama 40 hafta (10 lunaar ay) süren önemli fizyolojik, anatomik ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı doğal bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Arslan 2010).

Fertilizasyonla birlikte bebeğin sağlıklı bir şekilde gelişmesi ve büyümesi, hem anne hem de bebeğin sağlığının en iyi şekilde devam etmesi, doğum eylemine

uygun anatominin sağlanması için birçok değişiklik oluşmaktadır (Arslan 2010). Yaşanan bu değişikliklerin diğer yaşam dönemleri ile kıyaslanamayacak kadar fazla olması hem gebe hem de ailesi için biyolojijk ve sosyal yönden ciddi bir uyum ve adaptasyon gerektirir (Yıldız 2011, Kızılkaya Beji 2015, Taşkın 2016, Arslan ve ark 2019).

1.1.1.Gebelikte Trimestırlara Göre Değişikliler

Gebelik yaklaşık 40 hafta boyunca devam eden bir süreçtir ve bu süreç her biri üçer aydan oluşan üç ayrı bölüme ayrılmıştır ve bu bölümlere trimestır adı verilir. Gebelerde içinde bulunduğu trimestıra göre anatomik, fizyolojik ve psikolojik yönden birçok değişiklikler yaşanmaktadır. Sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonu süreci için bu değişikliklere uyum sağlanması oldukça önemlidir (Yücel ve ark 2013, Taşkın 2016, Yurdakul 2018).

1.Trimestır: Bu trimestırda kadının ilgisi bebeğinden daha çok kendi bedeni üzerinedir. Kadın için gebeliği kabul etme ve uyum sağlama dönemidir. Gebelik belirtileri açısından kadın kendini inceler ve gebeliğini doğrulamak ister. Kadın hayatına anne rolünün eklendiği bu süreçte fizyolojik birçok sorunla karşılaşabilmektedir. Gebeliğin ilerlemesiyle birlikte bazı rahatsızlıklar ortaya çıkar. Bu dönemde sık görülen rahatsızlıklar; bulantı ve kusma, burun kanaması, yorgunluk/halsizlik, sık idrara çıkma, üriner enfeksiyonlar, memelerde hassasiyet, pityalizm, vajinal akıntıda artma gibi rahatsızlıklardır. Bu rahatsızlıklarla birlikte kadının günlük hayatı etkilenmekte ve bazı durumlarda kısıtlamalara sebep olabilmektedir. Bunların yanında, kadının psikolojik yönden gebeliğe adapte olma süreci de devam etmektedir (Gabbe 2009, Altınçelep 2011, Aşcı ve Özer 2011, Yücel ve ark 2013). Gebelikle birlikte memeler büyür ve hassaslaşır, areola daha genişler, rengi koyu bir görünüm alır ve montgomery tüberkülleri görülebilir. Gebelikte böbreklerde %30 büyüme ile birlikte üreterlerde dilatasyon oluşur ve bunun sonucunda idrar akımı yavaşlayarak idrar yolu enfeksiyonlarına sebep olabilir. Gebenin mesane içi basıncı artar ve mesane kapasitesi azalır. Bu nedenlere bağlı idrar inkontinansı ve sık idrara çıkma görülür (Namık 2019, Özgen 2019). Gebelerin birçoğunda görülen bulantı ve kusma şikâyeti gebelerin günlük hayatını olumsuz etkilemektedir. Meydana gelen bulantı ve kusmanın nedeninin mide düz kasında relaksasyon ve yüksek düzeyde hCG hormonunun etkisiyle olduğu belirtilmiştir

(Gabbe 2009, Aşcı ve Özer 2011, Özen ve ark 2013). Progeston hormonunun artışına bağlı diş etlerinde yumuşama görülebilirken, tükürük yapısındaki değişmeye bağlı diş eti kanaması ile ağız kokusu görülebilir. Yorgunluk, halsizlik, sürekli uyku hali ve libidoda değişiklik gibi sorunlar hormon artışına bağlı olarak gebede görülebilir (Çalık ve Aktaş 2011, Taşkın 2016, Yurdakul 2018).

İlk trimestırda gebelerde karşılaşılan psikososyal sorunlar ambivalan (zıt duygular) duygulardır. Menstruasyonun olmaması, mide bulantılarının rahatsız edici olması, halsiz ve yorgun hissetme durumları ambivalan duyguların ortaya çıkmasına neden olur. Bunlardan dolayı kadında gebeliğin istenmemesi durumu görülebilir. Gebelerde anlık duygusal değişimler yaşanabilir. Bu dönemde kadının gebeliği kabul ederek uyum sağlaması oldukça önemlidir. Eşi, ailesi ve yakın çevresinden aldığı destek ile kadın gebeliğinin kabul edildiğini hissederek gebelik sürecini benimser ve bu sürece uyum sağlamaya başlar (Altınçelep 2011, Koyuncu 2013, Yücel ve ark 2013, Kızılkaya Beji 2015).

2. Trimestır: Bulantı kusma gibi şikâyetlerin azaldığı, uterusun büyümesi ile birlikte fetal hareketlerin hissedildiği denge dönemidir. Bu dönemde bulantı-kusma, yorgunluk gibi şikâyetlerde azalma görülmesine karşın yeni problemler de ortaya çıkmaktadır. Özafageal sifinkterde gevşemeyle birlikte reflü oluşabilir. Kolostrum salgılanması gebeliğin bu döneminde başlayabilir (Demiryay 2006, Kamalak 2015, Kızılkaya Beji 2015, Taşkın 2016). Gebelikle birlikte artmaya başlayan östrojen ve progesteron hormonları melanositleri uyararak deride pigment artışına neden olur. Böylece linea albada ve yüzde cloasma (gebelik maskesi) oluşabilir. Yine bu hormonların etkisiyle vulva-vajina bölgesindeki damarlaşmanın artması varis oluşmasına neden olabilir. Kandaki plazma hacminde %40 oranında artma meydana gelir ancak eritrosit hacmi plazma hacmi kadar artmadığından hematokrit seviyesi düşer ve ‘’fizyolojik anemi’’ durumu gelişir (Demiryay 2006, Kamalak 2015, Kızılkaya Beji 2015, Taşkın 2016). İkinci trimestırda oluşan fiziksel değişikliklerle birlikte gebede oluşan ambivalan duyguların ortadan kalkması hızlanır. Gebe içinde olduğu durumu ve bebeğini benimsemişse de, ani duygu değişiklikleri, aşırı duyarlılık ve alınganlık, huzursuzluk, ani öfkelenme ve mutluluk hali gibi değişimlerle karşılaşılabilmektedir. İlerleyen gebelik dönemi ile birlikte artan kilolardan dolayı bazı kadınlar olumsuz etkilenerek artık eşlerinin kendilerini

beğenmeyeceğini düşünebilirler. Gebenin çekiciliğini kaybettiği, cinsel aktivitenin bebeğine için zararlı olabileceği düşüncesi gibi cinsel yaşamıyla ilgili problemlerde bu dönemde ortaya çıkabilmektedir. Bebeğine ve kendine yönelen kadın gebelik ve annelikle ilgili daha fazla bilgi öğrenmeye çalışmaktadır (Gabbe 2009, Altınçelep 2011, Özen ve ark 2013, Yücel ve ark 2013, Kızılkaya Beji 2015, Yurdakul 2018).

3. Trimestır: Gebeliğin 28-42. haftalarını kapsayan dönemdir. Gebeliğin son döneminde uterus, büyüyen fetüs ile birlikte uzun bir silindir şeklini alarak boyu 32 cm, ağırlığı 1000-1500 gr ağırlığa ulaşır. İyice ağırlaşmış gebenin ağırlık merkezi yer değiştirerek öne doğru gelir ve bu nedenle gebelerde lomber lordoz artar. Bu değişikliklere bağlı gebede bel ve sırt ağrısı, karpal tunel sendromu gibi problemler yaşanabilir. Mide yanması, iştahta artma, ayak bileklerinde ödem, hemoroid, konstipasyon, kas krampları, yorgunluk, round ligament ağrısı, braxton hicks kontraksiyonları bu dönemde görülen diğer fiziksel ve emosyonel yakınmalardır (Gabbe 2009, Altınçelep 2011, Aşcı ve Özer 2011, Yücel ve ark 2013, Kızılkaya Beji 2015, Taşkın 2016, Yurdakul 2018).

Gebelikte artan östrojen hiperemi, hipersekresyon oluşturması bu dönemde en üst seviyeye ulaşır. Bu nedenlerden dolayı burun tıkanıklığı, epistaksis ve ses tonunda değişiklikler meydana gelebilir. Gebelerde anksiyete, sık idrara çıkma, sırt ağrısı, huzursuz bacak sendromu ve reflü gibi şikâyetlerden dolayı uyku bütünlüğünün bozulması problem olarak ortaya çıkabilir (Gabbe 2009, Aşcı ve Özer 2011, Çalık ve Aktaş 2011, Yücel ve ark 2013, Kamalak 2015, Kızılkaya Beji 2015, Taşkın 2016).

Yaklaşan doğum eylemi ve artan sorumluluk duygusu ile anksiyete gelişebilir. Doğum eylemi, kendi ve bebeğin sağlığının nasıl olacağı konuları hakkında endişeleri vardır. Bu dönemde gebe doğum ve bebeği için hazırlıklarını tamamlar. Gebe fiziksel ve emosyonel destek ihtiyacı için başta eşi olmak üzere etrafındaki kişilere daha çok bağımlı olma ihtiyacı hisseder. Bu dönemde eşler gebelerin değişen beden imajı, bebeğe verilecek isim gibi konularda destek ve cesaret vererek anneyi rahatlatmalıdır (Demiryay 2006, Gabbe 2009, Altınçelep 2011, Aşcı ve Özer 2011, Çalık ve Aktaş 2011, Koyuncu 2013, Yücel ve ark 2013, Kamalak 2015, Kızılkaya Beji 2015, Apay ve Gümüşdaş 2016, Taşkın 2016, Yurdakul 2018).

1.2. Distres Kavramı ve Gebelik

Genel olarak mutluluk ve heyecan kaynağı olarak tanımlanmasının yanında gebelik; pek çok kadın için sıkıntı ve stres yaratan olumsuz bir tecrübe dönemi olabilmektedir. Doğurganlık dönemindeki pek çok kadın da psikolojik distrese maruz kalmakta ve bu durumdan hem anne hem bebek olumsuz etkilenmektedir (Mulder ve ark 2002, Jomeen 2005, Özorhan 2014).

Psikolojik distres klinik olarak depresyon, anksiyete ve/veya stres şeklinde ifade edilmektedir (Çapık 2013). Gebeliğe ait distres ise genel stresten farklı bir durum olarak gebelikle gelişen fiziksel belirtiler, vücuttaki değişiklikler, eş ve aile ilişkileri, ebeveynliğe uyum endişesi gibi durumlar ile ilgili olarak daha çok gebelik dönemine özgü durumu ve olayları kapsar (Mulder ve ark 2002, Jomeen 2005, Çapık ve ark 2015).

Gebelikte psikolojik distres görülme prevalansı büyük oranda değişkenlik göstermektedir. Hindistan'da yapılmış bir çalışmada psikolojik distres oranı %11,5 olarak belirtilmiştir (Prost ve ark 2012). Yapılan bir diğer çalışmada ise gebelikte distres prevelansının %41,7 ile %51 arasında değiştiği belirtilmiştir (Richter ve ark 2012). Prenatal distresin kompanentlerinden olan stres, anksiyete ve depresyon prevalansı, sırayla %31, %28 ve %12 olarak tahmin edilmektedir (Togher ve ark.2017).

Türkiye'de yapılan araştırmalarda gebelerde depresif belirti görülme oranları %27,3 (Karaçam ve Ançel 2009) ve %36,3 (Sevindik 2005) olarak belirtilmiştir. Çapık ve ark. çalışmasında distres riski olan gebeleri %11,9, Çiltaş (2015) ise %33 olarak belirtmiştir (Çapık ve ark 2015, Çiltaş 2015).

Kadının içinde bulunduğu ruhsal durum ile yaşamı geçirdiği gebelik dönemini etkilediği gibi içinde bulunduğu gebelik süreci de kadının ruhsal durumu ile yaşamını etkilemektedir (Çapık ve ark 2015). Gebelikte kadının ruh sağlığını olumsuz etkileyerek prenatal distres durumlarının görülmesine neden olabilen bazı durumlar vardır. Bunlardan bazıları:

- Önceden geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü
- Evlilik uyumu ve eş ilişkisi

- Partnerin olmaması (Eşin kaybedilmiş olması ya da boşanmış olma)
- Sosyo-ekonomik düzeyin ve eğitim düzeyinin düşük olması
- Daha önce yaşanmış olumsuz yaşam tecrübesi
- Genç ya da ileri yaşta anne olma
- İstenmeyen, planlanmamış gebelik
- Fetüs ile ilgili endişe ve yüksek ebeveynlik kaygısı
- Düşük benlik saygısına sahip olma, olumsuz düşünce
- Sosyal ve duygusal destekte yetersizlik
- Aile içi şiddet
- Olumsuz alışkanlıklar (Alkol, uyuşturucu, sigara kullanımı gibi)
- Gebelikte oluşan fiziksel değişimler örnek olarak sayılabilir (Yıldız 2011, Çapık ve ark 2015, Çorumlu ve Ulupınar 2016, Atasever ve Çelik 2018).

Gebelik döneminde karşılaşılan distres anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Yapılan birçok çalışma sonucunda prenatal distres ve kaygının kötü obstetrik sonuçlar ile ilişkili olduğuna ulaşılmıştır (Skouteris ve ark 2005, Alder ve ark 2007, Çakır 2011).

Gebelik döneminde meydana gelen distres erken fark edilip uygun müdahale yapılmaz ise doğum sonu dönemde depresyon ve postpartum hüzne dönüşebilmektedir (Atasever ve Çelik 2018). Stresli gebelerde doğum sonu dönemde etkin emzirmede güçlük yaşadığı ve anne-bebek bağlanmasında gecikmelerin yaşandığı tespit edilmiştir (Atasever ve Çelik 2018). Bunların yanında prenatal distres annenin fiziksel sağlığına getirdiği olumsuz etkilere örnek olarak preeklampsi görülme riskinde artış, spontan düşükler, doğum öncesi kanama riski, uterin arter direncinde artış, preterm eylem, plasental anomali, operatif doğum, zor doğum ve epizyotomi oranında artma, doğum eyleminin süresinde uzama veya kısalma, erken membran rüptürü sayılabilir (Kuğu 2001, Çapık ve ark 2015, Atasever ve Çelik 2018, Öztürk ve Aydın 2018). Ayrıca gebelikte distres yaşayan kadınlarda bulantı kusma şikayetinin ve doğum korkusunun daha çok olduğu, bu yüzden sezaryen doğumu seçtikleri ve doğum esnasında epidural anesteziye daha çok ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (Eskici ve ark 2012, Çapık ve ark 2015, Atasever ve Çelik 2018).

Prenatal distres sadece anneyi değil gelişmekte olan fetüsün sağlığını da etkilemektedir. Erken doğum riski, prematürite, intrauterin büyüme geriliği, düşük doğum ağırlıklı bebek, baş çevresinde küçüklük, malprezentasyon, fetal kalp atım hızında değişiklikler, hipoksi, APGAR skorunda düşüklük, mekonyum aspirasyonu riski, hipoglisemi ve polisitemi, respiratuvar distres sendromu prenatal distresin fetal etkileri olarak sayılabilir (Matthey 2005, Yıldız 2011, Eskici ve ark 2012, Özorhan 2014, Çapık ve ark 2015, Atasever ve Çelik 2018, Öztürk ve Aydın 2018, Namık 2019).

1.2.1.Gebelik ve Stres

Stres kavramı, ‘’beden işlevleri ve çevre arasındaki çatışmalar sonucunda fizyolojik sistemde oluşan bir savunma şekli’’ olarak ifade edilmektedir (Taşkın 2016). Çeşitli kuramcılar da stres için birçok farklı tanım kullanmıştır. Akman (2004) ve Çapık’ın (2013) aktardığına göre Claude Bernard’a göre stres, “organizmanın dengesini bozan uyaranlar”, Canon’a göre stres, ‘’canlının doğal içsel dengesinin dışsal çevresel uyaranlarca bozulması sonucu meydana gelen olay’’ ve Hans Selye’ ye göre “organizmanın her türlü uyarana verdiği cevap” olarak tanımlanmıştır (Akman 2004, Çapık 2013).

Kişinin kendisi, içinde bulunduğu fiziksel şartlar (gürültü, sıcaklık, kalabalık ya da radyasyon vb.), çalışma şartları (baskı altında çalışma-mobing, ağır işlerde çalışma vb.) ya da psikososyal durumlar (ev işleri, ağlayan çocuk gibi günlük stresler; doğumdan yaşlılığa kadar menarş, gebelik, menopoz gibi gelişim aşamalarında ortaya çıkan gelişimsel stresler ve evlilik, boşanma, doğum eylemi vb. durumlar) stres kaynakları olarak gösterilmektedir (Özkan 1993., Güçlü 2001, Gökler 2012, Taşkın 2016).

Gebeliğe özgü stres, anne olma korkuları ve gebelik ile ilgili endişeleri kapsar. Doğum ve bebekle alakalı endişeler, gebelikte değişen vücut imajı, eş ve çevreyle olan ilişkilerde değişiklikler, aile içi rollerde değişiklikler gebelik döneminde strese neden olmaktadır (Alderdice ve Lynn 2011, Bacacı ve Apay 2018). Kadının kendi bakımına ek olarak doğum sonrası dönemde bebeğin bakımı ve gereksinimlerini karşılamaya çalışmak, gebede belli bir düzeyde stres yaşanmasına sebep olmaktadır. Gebelik sürecinde yaşanan stresin sebeplerinin ilk sırasında

bebeğin sağlık durumu yer almaktadır (Çaylan ve ark 2009, Altınçelep 2011, Dağlar ve Nur 2014, Çiltaş 2019).

Gebelikte kadınların distres yaşaması, olumsuz doğum sonuçlarına sebep olabilir. Ayrıca fetal gelişimin etkilenmesine, kısa ve uzun süreli hastalık riskinin artmasına neden olmaktadır (Togher ve ark 2017). Gebelikte yaşanan stresin derecesi her kadında farklılık göstermektedir. Kadının gebeliğe ve anneliğe hazırlık süreci, toplumun kadından iyi bir anne olmasına dair beklentileri, planlanmamış gebelik, kadının yaşam ve çalışma şartları ve benzeri gibi nedenler gebelerin daha fazla strese maruz kalmalarına sebep olan etkenlerdir (Altınçelep 2011, Öztürk ve Aydın 2018).

Alderdice ve Lynn (2011) tarafından yapılan çalışmada gebelerde stres düzeylerini etkileyen faktör olarak ilk gebelik, erken yaşta gebelik, önceki gebeliğe ait olumsuz obstetrik öykü durumlarında gebelerde ortalama stres düzeylerinin daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (Alderdice ve Lynn 2011). Gebelikte stres sonucu; plasenta ve annenin hipofiz-adrenal ekseni uyarılarak erken doğuma, bunun yanında term bebeklerin düşük doğum ağırlıklı olmasına yol açabilmektedir (Diego MA 2006, Çaylan ve ark 2009, Altınçelep 2011, Çapik ve Pasinlioglu 2015).

1.2.2. Gebelikte Anksiyete

Anksiyete ya da kaygı her insanın belirli dönemlerde yaşadığı, gerçekte bir tehlike durumunun olmadığı, ancak olası bir tehlikenin varlığı sezildiğinde, insanda meydana gelen rahatsız edici endişe ve korku duygusudur (Ersoy ve ark 2003, Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal 2011, Koyuncu 2013, Stuart 2014).

Kadın hayatında yeni bir dönem olan gebelik, anneliğe uyum, bebeği sağlıklı olarak kucağına alma isteği kadınlar için bu dönemde büyük bir anksiyete kaynağıdır. Anksiyete gebelik döneminde; gebelik ve perinatal stresörlere bağlı olarak meydana gelir (Koyuncu 2013, Taşkın 2016).

Lee ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada gebelerde anksiyete oranı %54 olarak tespit edilmiştir (Lee ve ark 2007). Çakır ve Can yapmış oldukları bir çalışmada gebelerde anksiyete oranını %34,1 bulmuşlardır (Çakır 2011). Vırıt ve ark. tarafından Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) kullanılarak yapılmış çalışmada gebelerin %35,6'sında yüksek kaygı yaşandığı, Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) kullanılarak

yapılmış çalışmada ise %90,4 ünün yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları tespit edilmiştir (Vırıt ve ark 2008).

Gebelerin yaşadığı kaygı kadınların bireysel ve obstetrik öykülerine göre değişebilmektedir. Primipar kadınlarda çoğunlukla bilinmeyenlerle ilgili korku yaşanırken, multiparlarda gebelik ya da doğum esnasında bir şeylerin yanlış gidebileceği korkusu olmaktadır. Bunlardan başka gebe kadınlar, doğum eylemi, doğum sancısı, bebeğinin ve kendisinin hayatı hakkında endişeye sahip olabilmektedir (Melender 2002, Kitapçıoğlu ve ark 2008, Şahin ve ark 2009, Taşkın 2016).

Gebelerin eğitim düzeyinin düşük olması, mutsuz bir evliliğe sahip olma, bebek için gereken tıbbi koşulların olmaması, olumsuz yaşam koşulları, gebenin kendi ailesiyle ilgili sıkıntıları, düşük sosyo-ekonomik düzey, ilk gebeliği olan ve doğum sayısı 3 ve üzerinde olan kadınlar, iki doğum arasındaki sürenin uzaması, planlanmamış gebelik, daha önce abortus öyküsü ve 30 yaş üzeri gebelik durumlarında anksiyete görülme oranında artış tespit edilmiştir (Vırıt ve ark 2008, Çaylan ve ark 2009, Koyuncu 2013).

Gebelerde, preterm eylem, düşük doğum ağırlıklı bebek ve polihidramnios durumu ile anksiyetenin ilişkili olduğu, ayrıca değişen APGAR skorları, fetal hemodinami ve hareket bozukluğu, erken membran rüptürü ve sezaryen doğuma sebep olduğu belirtilmiştir. Gebelikte anksiyete durumunda bulantı, baş ve sırt ağrısı gibi somatik problemlerin, normal gebelere kıyasla daha çok olduğu bildirilmiştir (Altınçelep 2011, Eskici ve ark 2012, Koyuncu 2013, Atasever ve Çelik 2018).

1.2.3. Gebelikte Depresyon

Psikolojik distresin bileşenlerinden olan depresyon, hafif veya ağır düzeyde, gebelikte en sık karşılaşılan psikolojik sorundur (Ayvaz ve ark 2006). Depresyon, derin bir keder içinde hissederek düşünce, konuşmada ve hareketlerde yavaşlama ile durgunluk, değersizlik hissi, isteksizlik, kötümser ve karamsar duygu ve düşünceler; yorgunluk, halsizlik, baş ağrısı, uyku ve yeme problemleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi semptomları içeren bir durum olarak ifade edilmiştir (Kuğu 2001, Gavin NI 2005, Sevindik 2005, Şahsıvar 2007, Kırkan 2014, Stuart 2014). Daha önce geçirilmiş depresyon atağı, ailede depresyon öyküsü, evlilik sorunları, çok sayıda

çocuk sahibi olmak, yetersiz sosyal destek, olumsuz yaşam deneyimleri, istenmeyen gebelik, daha önce düşük yapmış olma, ailede doğacak çocuk hakkında endişe, madde bağımlılığı (alkol ve sigara vb.), gebelikte depresyon için risk faktörleridir (Öztürk , Alder ve ark 2007, Şahsıvar 2007, Brennan ve ark 2008, Marakoğlu ve Şahsıvar 2008, Koyuncu 2013, Yücel ve ark 2013) .

Literatürde gebelik depresyonunun sonuçlarına ilişkin yapılmış olan önemli çalışmalar mevcuttur (Alder 2007, Altınay, 1999, Atasever 2018, Bennett 2004, Çalık, 2011, Clark, 2009, Gözüyeşil, 2008). Depresyona bağlı gebelerde norepinefrin ve kortizol düzeyleri yükselir, bu süreçte yükselmiş olan norepinefrin ve kortizol uterusa olan kan akımını azaltır böylece hem gebe, hem fetüs üzerinde ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar oluşturmaktadır (Muzik ve ark 2009). Gebe kadınlarda yapılan çalışmalara göre depresyona bağlı olarak, plasental anomali, preeklampsi ve düşük oranları gibi prenatal komplikasyonların arttığı görülmüştür (Alder ve ark 2007, Şahsıvar 2007, Brennan ve ark 2008, Marakoğlu ve Şahsıvar 2008, Koyuncu 2013). Ayrıca sezaryen ya da forseps gibi müdahaleli doğum, neonatal yoğun bakım gerektirecek bebek doğurma, spontan abortuslar, antenatal kanama, normalden daha ağrılı doğum ve buna bağlı daha çok epidural analjeziye ihtiyaç duyma gibi durumlarla depresyonun ilişkisi bulunmuştur (Alder ve ark 2007, Şahsıvar 2007, Brennan ve ark 2008, Marakoğlu ve Şahsıvar 2008, Koyuncu 2013).

1.3. Kendilik Algısı Kavramı

Kendilik değeri birçok farklı şekilde tanımlanmıştır. Major ve ark. (1999) kişinin başkaları tarafından onaylanmasına, sevilmesine ve değer verilmesine dair kendini değerlendirmesi olarak ifade ederken, Blasovich kişinin kendine ait özellik, kabiliyet ve davranışları ile kendini sevmesi, takdir etmesi ve onaylamasıdır şeklinde ifade etmiştir (Blascovich ve Tomaka 1991, Major ve ark 1999). Kendilik, kişinin, diğer bireylerden gelen geri bildirimler ve pekiştirmelerle beraber, tecrübeleri ile çevreyi yorumlamalarıyla şekillenen, kendisi hakkındaki görüşüdür ve benlik saygısını da içerir (Çapan ve Owen 2017). Akademik, aile, yeterlilik, sosyal, fiziksel ve duygulanım boyutları kendilik algısını oluşturarak bu boyutların kesişme alanında yer alan olgu ‘’kendilik algısı’’ olmaktadır (Şahin ve ark 2009, Sezer 2010).

Olumlu kendilik algısına sahip kişilerde daha popüler, daha işbirlikçi, konuşkan ve baskın, yeni şeyler denemeye meraklı davranışlar görülürken; olumsuz kendilik algısına sahip kişilerde, sessiz ve içe dönük kolay şekilde engellenmişlik hissi, anti sosyal davranışlar, zayıf kişisel uyum, yetenek ve ilgilerini yeteri kadar kullanmayan özelliklere sahip davranışlar görülmektedir. Ayrıca düşük benlik saygısı depresyon duygularıyla da ilişkilendirilmiştir (Pişkin 1999, Tuttle ve Tuttle 2004, Plotnik ve ark 2009, Şahin ve ark 2009).

1.3.1.Kendilik Algısı ve Gebelik

Anne adaylarının gebelik dönemi boyunca oluşan kilo artışı, gebelikle alakalı duygusal ve fiziksel sorunlar ve bedenleri hakkında geliştirdikleri memnuniyetsizlik hissi olumsuz kendilik algısını oluşturmakta ve gebenin ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bunlara bağlı olarak gebenin bebeği ve çevresine ait sosyal ilişkilerini de zedelemektedir (Clark ve ark 2009, Kumcağız 2012).

Kadınlarda gebelik dönemi boyunca yaşanan hızlı fiziksel değişiklikler dolayısıyla beden algısında değişiklik oluşabilmektedir (Skouteris ve ark 2005). Gebelerin bedenlerinde oluşan hızlı vücut değişiklikleri nedeniyle bu dönemde gebeler bedenlerinden hoşnut olmadıklarını, kendilerini "şişman" ya da ''korkutucu'' olarak algıladıklarını belirtmişler ve gebelerin beden algısı ile alakalı memnuniyet düzeyinde önemli bir düşüş gerçekleştiği bildirilmektedir (Boscaglia ve ark 2003). Beden memnuniyetsizliği bulunan gebe kadının yetersiz veya kısıtlayıcı bir şekilde diyet uygulaması ve olası bir depresyon ile karşılaşılması sonucu gebe kadının sağlık ve refah düzeyinde ciddi ve olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (DiPietro ve ark 2003, Duncombe ve ark 2008, Kumcağız 2012). Özellikle gebelik sürecinin 3 ile 6. ayları arasında olumsuz beden algısı zayıf anne-bebek ilişkisi ile daha uzun ve zor bir doğum eylemi ile ilişkilendirilmiştir (Chang ve ark 2006).

Özellikle ilk gebeliğini yaşayan kadınlar vücudunda nasıl değişiklikler olacağını ve neyle karşılaşacağını bilmemektedir. Gebelik dönemindeki bazı kadınlar kendisini kilolu, şişman, korkunç ve daha az çekici bulduklarını ifade etmiştir. Benzer bir çalışmada gebelerin, bedenlerinde oluşan hızlı değişimler sonucu kendi vücutları ile ilgili olumsuz duygulara sahip olduğu belirtilmiştir (Demiryay 2006, Kılıçarslan 2008, Kumcağız 2012). Beden algısı olumsuz olan kadınların cinsel

yaşamının da olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Gebelik öncesi vücut ağırlığı normal olan kadınların gebelik döneminde daha olumsuz beden imajı sergiledikleri, kilo almak istemedikleri, gebelik öncesi döneme göre daha çirkin hissettikleri ve önceki beden yapısına bir daha dönemeyecekleri gibi kaygılara sahip oldukları belirtilmiştir (Demiryay 2006, Kılıçarslan 2008, Kumcağız 2012). Yanıkkerem ve Karadeniz'in (2006) yaptığı çalışmada, gebelikte kilo artışı nedeniyle vücutta oluşan değişikliklerin gebelerde yetersizlik duygusu ve stres gibi psikolojik sorunlara neden olduğu ve bundan dolayı beden imajı algısının olumsuz yönde değiştiği belirtilmiştir (Yanıkkerem ve ark 2006). İstenen ve planlı olan gebeliklerde kadınların en üst düzeyde mutluluk ve gebelik doyumu yaşadıklarından dolayı beden algısı olumlu yönde etkilenmektedir (Boscaglia ve ark 2003, Özorhan ve Pasinlioğlu 2012, Arslan ve ark 2019). Fizyolojik değişikliklerin yanında kadının yaş, eğitim, çalışma ve benzeri gibi sosyo demografik durumu da beden algısını etkilemektedir (Duncombe ve ark 2008, Özorhan ve Pasinlioğlu 2012, Arslan ve ark 2019). Kumcağız'ın (2017) çalışmasında düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan gebelerin beden imajı algılarının da düşük olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada evlilik yılı arttıkça gebelerin beden imajı algılarının olumsuz olarak etkilendiği saptanmıştır (Kumcağız ve ark 2017). Kadının beden algısının oluşmasında ve gebeliği kabul etme durumunda içinde yaşadığı toplum ve kültürün, yakın çevresindeki kişilerin gebeliğiyle alakalı tutum ve davranışlarından etkilenmektedir. Sosyal desteği güçlü olan ve gebeliğiyle ilgili olumlu tepkiler alan kadının gebeliği ve beden imajını algılaması, yetersiz sosyal destek alan gebelere göre daha fazla olumlu olacaktır. Popüler kültürün etkisi olan zayıf beden modeli düşüncesi ile gebe kadın kendi bedenini başkaları ile kıyaslama çabasına girecek ve beden algısının olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilecektir (Yüksel ve ark 2011, Gümüşay 2017, Kumcağız ve ark 2017)

Gebelik sürecinde dünyaya bir bebek getirme, bir bebeğe sahip olma düşüncesiyle kendisini yeterli ve sağlıklı hisseden kadınların vücutlarında oluşan değişikliklere karşı olumlu bir yaklaşım sergiledikleri görülmektedir. İsteyerek gebe kalmanın ve kadının kendini gebeliğe hazır bir şekilde hissetmesinin oldukça önemli rolü vardır (Chang ve ark 2006). Gebelik döneminde oluşan fiziksel, psikolojik, hormonal değişiklikler anne adayının gebeliğe ve bedenine ait algısını etkilemektedir (Kaya ve Serin 2008, Kumcağız ve ark 2017).Tüm bu durumlar göz önüne

alındığında kadının gebeliğini ve bedenini olumlu algılamasıyla, hem kendi sağlığı hem bebeğinin sağlığı etkilenmektedir.

1.4.Sosyal Destek

Sosyal destek, kişilerin ruh sağlığı ile beden sağlığı üzerine olan etkilerini inceleme çalışmalarının başlaması ile birlikte 1950'li yıllardan itibaren önem kazanarak sağlık alanında kullanılmaya başlanmıştır (Olçay 2016, Yıldırım 2016). Sosyal destek kavramına ait birçok tanım bulunmaktadır. Bınar'ın (2011) aktardığına göre Caplan (1974), bireyin ihtiyaç duyulduğu zaman, kişilerin duygusal ve stres oluşturan problemleriyle baş etme, kendine ait psikolojik kaynakları harekete geçirici, kişiye araçsal veya bilgisel olarak rehberlik sağlayıcı, para, zaman, çaba ve benzeri yardımların kullanılmasında kişiye rehberlik ettiğini ifade etmektedir (Dalak 2010, Bınar 2011, Ak 2014, Doğan 2016).

Bınar (2011) ve Şahin'in (2011) aktardığına göre Cobb (1976) sosyal desteği bir bilgi ve bilme durumu şeklinde ifade etmiştir. Kişilerin karşılıklı iletişimiyle iş birliğine dayanan, kişinin ilgilenildiği, sevildiği, değerli olduğu, saygı duyulduğu bir kişiler ağına sahip olması olarak tanımlamıştır (Bınar 2011, Şahin 2011). Bınar (2011) ve Şahin'in (2011) aktardığına göre Hobfoll ve Stokes (1988) ise sosyal destek kavramını "kişilerin diğerleriyle olan etkileşim ve ilişkilerinden elde edilen yardım, katkı ve bağlanma duygusu" olarak tanımlamıştır. Yıldırım'a (1997) göre; kişinin çevresinden aldığı sosyal ve psikolojik dayanaktır. Cohen ve Wills (1985) dört farklı sosyal destek türü belirlenmiştir Bunlar duygusal destek, araçsal destek, bilgisel destek ve yaygısal destektir (Bınar 2011, Şahin 2011, Darcan 2016, Olçay 2016, Yıldırım 2016).

Duygusal destek (saygı desteği); bireyin sevgi, hoşlanma, anlayış, kabul edilme, saygı duyulma, cesaretlendirilme, korunma davranışlarını içeren destek türüdür. Literatürde ifade edici destek, değerlilik desteği, yakın destek olarak da adlandırılmaktadır. Önemsenen bireyin çevresindeki kişiler tarafından sevildiği, saygıdeğer olduğu ve çevresindekiler tarafından anlaşıldığı duygularını oluşturur (Şahin 2011, Ak 2014, Darcan 2016, Yıldırım 2016). Araçsal Destek; somut olan ve maddi yardımları kapsayan destektir. Finansal yardım, materyal sağlama, araç gereç yardımı, gereksinimleri karşılama gibi destekleri içerir. Bu destek tipine; ev

ihtiyaçlarında ve çocuk bakımında eş tarafından ihtiyaçların karşılanması gibi örnekler verilebilir (Şahin 2011, Ak 2014, Darcan 2016, Yıldırım 2016). Bilgisel Destek; bireyin baş etmede yetersizlik olan durumlarda bireye kişisel ve çevresel problemleriyle ilgili açıklama, öneri verme, rehberlik yapma, eğitim vb. davranışları kapsar (Şahin 2011, Ak 2014, Darcan 2016, Olçay 2016, Yıldırım 2016). Yaygın (Sosyal) Destek; bireyin boş vakitlerinde arkadaşları ve diğer insanlarla vakit geçirmesi, eğlenmesi, sosyal aktivitelere katılması olarak tanımlanmaktadır. Bireyin bir gruba dâhil olma duygusunun sosyal destek ile birlikte stresi azalttığı ve bireyin problemleri hakkında başkalarıyla konuşarak rahatlamasını, bireyin olumlu duygular hissetmesini böylelikle problemleriyle baş etmesinin kolaylaşmasını sağlar (Şahin 2011, Ak 2014, Darcan 2016, Olçay 2016, Yıldırım 2016).

Kişinin içinde bulunduğu duruma ve ihtiyaçlarına göre değişen sosyal desteğin birçok kaynağı bulunmaktadır ve kişilerin bu desteği hangi kaynaktan aldığı da önemlidir. Bu bağlamda bireyin ailesi ve akrabaları, arkadaşları, çalışıyorsa iş arkadaşları, erkek arkadaş ya da eşi, öğretmenleri, , komşuları, ideolojik dinsel inancı ve bireyin yaşadığı toplum ve benzeri faktörler bireyin sosyal destek kaynaklarını meydana getirmektedir. Bireyin kendisinde veya destek kaynaklarında meydana gelen değişmeler nedeniyle bireyin sosyal destek düzeyi değişebilir. Bireylerin sosyal destek kaynaklarını aileleri, arkadaşları, komşuları, öğretmenleri, sağlık profesyonelleri ve bireylerin çevrelerinde yer alan ideolojik, dinsel ve etnik gruplar ile içinde yaşadıkları toplum oluşturmaktadır (Ardahan 2006, Gözüyeşil 2008, Ak 2014).

Gebelikte aile, arkadaşlar ve eş tarafından sağlanan sosyal desteğin varlığı emosyonel sağlık düzeyini yükselterek gebenin duygusal ve bilişsel yönden rahatlatmasını, stres ve kaygı durumlarıyla daha kolay baş etmesini ve annelik rolüne adaptasyonun daha kolay olmasını sağlamaktadır. Sosyal desteğin varlığı gebenin iyi hissetme duygularını, benlik saygısını ve olumlu duygulanımını kuvvetlendirir; anksiyete ve korku duygularını azaltır böylece pozitif doğum düşünceleri ve gebeliğe bağlı değişikliklere adaptasyonda kolaylık sağlanır (Tetikkurt 2000, Demiriz ve Baran 2018, Şimşek ve ark 2018).

Gebelikte sosyal desteğin varlığı fetüsün sağlığı için de önemlidir. Sosyal destek düzeyi düşük gebelerde sigara tüketiminin daha fazla olduğu ve prematür

eylem, intrauterin gelişme geriliği riskinin arttığı saptanmıştır. Ayrıca sosyal desteği olmayan ya da sosyal desteği düşük olan gebelerde daha yüksek oranda depresif belirtilerin olduğu, bu durumun gebenin yaşam şeklini etkilediği, sigara alkol gibi madde kullanımını arttırdığı ve bu gebelerin yaşam kalitelerinde düşmeye neden olduğu belirtilmektedir (Tetikkurt 2000, Mercan ve ŞAHİN 2017, Şimşek ve ark 2018). Gebe ve ailesi için kriz dönemine dönüşebilen gebelik, hem gebe, hem bebek hem de toplum sağlığı düzeyinin yükseltilmesi için sosyal destekle güçlendirilmeli ve bu desteğin sağlanmasında gebe ile yeni bir sürece hazırlanan öncelikle eşe ve aileye önemli sorumluluklar düşmektedir (Çapık 2013, Ertuğrul 2013, Yıldırım 2016, Çiltaş 2019).

1.4.1.Gebelik ve Eş Desteği

Gebelik dönemi ile birlikte sadece kadın değil eşi de aileye yeni bir üyenin katılmasının getireceği değişikliklerden etkilenir. Bu süreç mutluluk ve heyecanın yanında endişe, korku ve bilinmezlik duygularını da içerir. Bu yüzden gebelik döneminde eşler arası ilişki ve eş desteği oldukça önemlidir (Stapleton ve ark 2012). Gebelik tecrübesi gebenin eşi ve sosyal çevresinden etkilenerek gebeliğin seyrini olumlu ya da olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (Gözüyeşil 2008, Taşkın 2016).

Kılıçarslan ve arkadaşları tarafından yapılmış çalışmada, kadınların %96,5'i gebeliğinde destek aldığını ve en fazla destek aldıkları kişinin eşleri olduğunu belirtmiştir (Kılıçarslan 2008). Gebelik döneminde kadınların en önemli destekleyicilerinin ve en fazla destek talep ettikleri kişilerin eş ve yakın akrabaları olduğu belirtilmektedir. Alınan bu desteğin evliliklerde eşlerin problemlerle baş etme becerisini arttırmada rol oynadığı vurgulanmaktadır (Özbey 2012, Apay ve Gümüşdaş 2016). Bu dönemde annelik rolüne adapte olmaya çalışan gebenin yeterli destek alması durumunda prenatal stresin azalarak, kaygı ve depresyon oranının düşmesini sağlamaktadır (Okanli ve ark 2003, Stapleton ve ark 2012, Cheng ve ark 2016). Eş desteğinden yoksun kadınlarda gebeliğe uyum olumsuz bir şekilde etkilenmektedir. Literatürde, gebelik döneminde yüksek düzeyde endişe yaşayan ve sosyal destekten yoksun olan gebelerde doğumda istenmeyen durumların daha çok görüldüğü, kaygı ve stres düzeylerinde de artış olduğu belirtilmektedir (Kaplan ve ark 2007, Cesur ve ark 2013, Uludağ ve Samiye 2014, Körükcü ve ark 2017).

Gebelik dönemindeki fiziksel değişiklikler ve stres kadını etkilemesinin yanında eşiyle ilişkilerini de etkileyebilir (Gözüyeşil 2008, Alderdice ve Lynn 2011, Apay ve Gümüşdaş 2016). Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde kadının görünümünde değişiklik oluştuğu için bazı kadınlar bu durumdan olumsuz etkilenerek eşlerinin kendilerini beğenmeyeceği düşüncesine kapılabilirler ve cinsel problemler yaşayabilirler (Kılıçarslan 2008, Dağlar ve Nur 2014, Metin 2014, Bacacı ve Apay 2018)

Eş desteği kadınların gebelik ve annelik algısını da etkilemektedir. Eşi tarafından onaylanan ve problemlerini eşi ile paylaşabilen kadınların annelik rolüne uyumunda pozitif yönde etkisi olduğu, bu kadınların sorun yaşama durumunun daha az olduğu saptanmıştır (Atalay 1999). Yapılan başka bir çalışmada ilk trimestırda gebelerin eş desteği alması durumunda antenatal izlemlere katılma oranı eş desteği almayan gebelere göre 1,5 kat daha yüksek bulmuştur. Başka bir çalışmada eşi olmayan gebelerin antenatal bakım alma oranlarının düştüğü bulunmuştur (Alio ve ark 2010, Cohen ve ark 2014, Cohen ve ark 2016).

Gebeliğin üçüncü trimestırında kadının fiziksel görünüşü ve yapısı tamamen değişime uğrar ve buna bağlı olarak uyku problemleri, hareketlerin kısıtlanması, çabuk yorulma şikâyetleri ile yaklaşan doğum eylemi için endişe ve korku oluşur. Literatürde doğum korkusunun nedenleri arasında sosyal destekte yetersizlik ve eş ile yaşanan problemler yer almaktadır. Bundan dolayı bu dönemde ambivalan duyguların tekrarlanmasıyla gebenin eşi tarafından desteklenmesine daha çok gereksinimi vardır (Çiçek ve Mete 2015, Apay ve Gümüşdaş 2016, Kumcağız ve ark 2017).

Eş desteğinin gebelerde sigara kullanımını %36 oranında azalttığı belirtilmiştir (Martin ve ark 2007). Benzer bir çalışmada eşi olan kadınların gebeliklerinde sigara içme olasılığının daha az olduğu ve gebelikte alkol kullanım oranında azalma olduğu görülmüştür (Cohen ve ark 2016). Gebelerde eş desteğinin sadece gebelik dönemi için değil doğum ve doğum sonu süreç içinde önemi büyüktür. Yapılan çalışmalara göre eşleri tarafından desteklenen gebelerin gebelik, doğum ve doğum sonu süreci daha rahat bir şekilde geçmektedir (Dağlar 2014, Metin 2014, Darcan 2016, Doğan 2016, Namık 2019).

Gebeliğin planlı olma durumu ile eş desteği arasında ilişki saptanmıştır. Gebeliğin planlanması gebe ve eşinin ortak kararı olmasından dolayı planlanmış gebeliklerde kadınların daha çok eş desteği aldığı görülmüştür (Çiltaş 2015, Arslan 2017). Özdemir ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu çalışmada istenmeyen gebeliğe sahip kadınların sosyal destek puanları düşük saptanmıştır ve eşlerinden aldığı sosyal destek puanı aile ve arkadaştan alınan destekten daha yüksek bulunmuştur (Özdemir ve ark. 2010). Chou ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Chou ve ark 2008).

Algılanan eş desteği düzeyi düşük olan gebelerde, hipertansif hastalıklar, doğum sonu kanama, uzamış doğum eylemi ve doğum sonu psikozunda artış görülebileceği belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda eşleri olmayan gebelerde doğum komplikasyonlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tetikkurt 2000, Alio ve ark 2010, Pınar ve ark 2014, Sokoya ve ark 2014). Eş desteğinin gebelerin bilgi edinme istekleri üzerine de olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir. Doğum öncesi bakım izlemlerine gelen gebelere bilgi alabilecekleri bir web sitesi sunulduğunda, evli ve eş desteği alan gebelerin web sitesini kullanma oranı daha yüksek bulunmuştur (Cheng ve ark 2016). Gebelikte eş desteğini etkileyen faktörler gebelerin eşlerinin eğitim seviyesi, ailenin gelir düzeyinin olduğu belirtilmiştir. Eş desteği gebe ve bebeğin sağlığını olumlu etkilemektedir. Bu yüzden gebelere uygun eş desteğinin sağlanması gerekmektedir (Cohen ve ark 2014).

1.5. Gebelikte Eş desteği, Kendilik Algısı ve Distres İlişkisinde Ebelik Rolleri

Gebelikte psikiyatrik rahatsızlıkların tanınması anne ve fetüs sağlığı üzerinde olumsuz etkilerin oluşmasından dolayı önemlidir. Risk faktörlerine sahip gebelerin, riskli durumların saptanması ve rahatsızlığı olan gebelerde bu durumun nasıl seyri olacağının bilinmesi, önlem alınması ve tedavinin uygulanmasında sağlık profesyonellerine büyük sorumluluklar düşmektedir (Çalık ve Aktaş 2011, Kalkan ve Varma 2013). Özellikle ebeler gebeler ile direk temas halinde olduğundan gebelik dönemindeki kriz durumlarının atlatılmasında ve gebenin bu durumla başa çıkmasında önemli rol oynamaktadır. Bu nedenlerden dolayı doğum öncesi bakım hizmetlerinde gebelerin fiziksel sağlığı ile beraber psikolojik sağlık durumunun da iyi olması önem kazanmaktadır (Yücel ve Sivaslıoğlı 2005, Taşkın 2016). Doğum

öncesi bakım, gebeye sadece bilgi ve fiziksel bakım vermeyi değil, gözlem, psikolojik destek, yardım ve danışmanlık hizmetlerini de kapsamalıdır (Gözüyeşil 2008).

Gebelik ve doğum sonrası sürecin sağlıklı ilerlemesi için, gebelikte her trimestırda oluşan değişikliklerin bilinmesi, gebenin bu değişikliklere tepkisinin ve uyumunun gözlemlenmesi gerekmektedir. Beden imajında değişiklik olan ve kendilik algısı değişen kadının bu yeni duruma uyum sağlaması, baş etme becerilerini kullanabilmesi ve eşi, ailesi, sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan destekle de ilişkilidir (Özorhan ve Pasinlioğlu 2012, Çapık ve ark 2015). Bu nedenle kadınların gebelik döneminde sosyal destek sistemlerini nasıl algılayış şekillerinin bilinmesi ve ebeler tarafından kadınlara sosyal destek sistemlerini nasıl harekete geçireceği ve olumlu yöne çevireceği konusunda yardımcı olmalıdır. Bunun yanında anne adayının bilgilendirilmesi, açıklamalar yapılması yararlı olabilmektedir. Ayrıca eş desteği de çok önemlidir (Şahsıvar 2007, Mermer ve ark 2010).

Gebelik döneminde sosyal destek sistemlerinin nasıl algıladıklarının bilinmesi önem taşımaktadır. Ayrıca sosyal destek sistemlerini harekete geçirme ve olumlu yöne çevirme konusunda ebeler gebelere yardımcı olmalıdırlar (Mermer ve ark 2010).

Gebenin yanında eşinin de, eğitim/ danışmanlık programlarında; gebeliğin oluşması gebe ve ailesinin uyumu, gebelikte meydana gelen değişiklikler ile yakınmalar ve bunlarla baş etme yolları, gebelikte tehlike belirtileri, muayene, kontrole gitme sıklığı ve rutin uygulanan tetkikler, doğuma hazırlık, doğum sonu yenidoğan bakımı ile lohusalık sürecinde öz bakım, emzirme ve aile planlaması gibi konularda bilgilendirilmesine ihtiyaç vardır (Özkan 1993., Kaplan ve ark 2007).

Distres tespit edilmiş gebelerde strese neden olan faktörler belirlenerek ortadan kaldırılmalı, baş etme mekanizmaları gözden geçirilmeli, gebeye yeni baş etme mekanizmaları öğretilmeli ve baş etme konusunda desteklenmelidir (Kaplan ve ark 2007, Şahsıvar 2007, Taşkın 2016).

Gebelerin izlemleri düzenli olarak yapılmalı, gebeye özel tedavi ve bakım programları oluşturulmalıdır. Distrese neden olan durum ile ilgili olumlu örneklemeler yapılarak gebe rahatlatılmalıdır (kilo alımı ve beden imajının

bozulmasıyla ilgili distres yaşıyorsa gebelikte ve doğum sonu süreçte dengeli beslenme ve etkili emzirme ile fazla kiloların verilebileceğinin anlatılması gibi) (Çapık ve ark 2015).

Gebelerde psikolojik distres gelişmesi durumunda verilebilecek tepkilerin iyi bilinmesi gereklidir. Bu tepkiler genel olarak şöyledir (Özorhan 2010, Çapık ve ark. 2015, Çiltaş 2015, Kızıloğlu 2017):

- Sözel ya da sözel olmayan olumsuz tepkiler
- Vücuduyla alakalı olumsuz duygular
- Vücudunu saklama
- Sosyal hayatta değişimler
- Çaresizlik
- Ümitsizlik
- Güçsüzlük
- Kırılganlık hissidir.

Gebeliğin psikolojik distres altında devam etmesinin doğuma ve fetüse dair komplikasyonları arttırdığı düşünülürse, bu durumun kaynağı olan beden imajının bozulması yönüyle değerlendirildiği zaman gebenin olumlu beden imajı geliştirmesini sağlamak psikolojik distresi en az düzeye indirmek için oldukça önemlidir (Bennett ve ark 2004, Diego ve ark 2006, Alder ve ark 2007, Davis ve ark 2007, Kinsella ve Monk 2009, Bolten ve ark 2011).

Birey eşinin, ailesinin ve sağlık profesyonellerinin destek ihtiyacı olduğunda yanında olacaklarını bilmesi sağlanmalı böylece yaşadığı zorluklar ile daha kolay mücadele etmesi ve başarılı olması sağlanmalıdır. Böylelikle gebenin algılamış olduğu sosyal destek düzeyi de artar (Bınar 2011, Şahin 2011). Bu destek sağlanırken; sabırlı olunmalı, empati yapılabilmeli, gebeyi dinlerken içten davranılmalı, hareketleri dikkatle izlenmeli ve gebeye güven verilmelidir (Ardahan 2006, Bınar 2011, Candan 2012, Metin 2014).

Ebeler sosyal desteğin hem kendilik algısı hem de prenatal distres üzerine olumlu etkilerinin olduğunu unutmamalı, destek sağlanırken gebenin içinde bulunduğu trimestıra göre farklı değişiklikler yaşadığını göz önünde bulundurarak

uygun sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi sağlanmalıdır (Altınçelep 2011, Ak 2014, Dağlar 2014).

Araştırma Soruları:

1.Gebelerde eş desteğinin annelik rolü ile ilişkisi var mıdır?

2. Gebelerde eş desteğinin beden algısı ile ilişkisi var mıdır?

3. Gebelerde eş desteğinin distres düzeyi ile ilişkisi var mıdır?

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırma Türü

Bu araştırma, gebelerin eş desteği ile kendilik algısı ve distres düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapıldı.

2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer

Çalışma Konya il merkezinde bulunan Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Nonstress test (NST) polikliniğinde, poliklinik çalışma saatleri içerisinde yapıldı. Bu çalışmanın verileri Kasım 2019 – Nisan 2020 tarihleri arasında toplandı. NST odasında bir tane ebe çalışmakta, 7 yatak bulunmakta ve günlük ortalama 80 gebe kabul edilmektedir. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından gebeler ile yüzyüze görüşülerek öz bildirime dayalı toplandı. Gebelere çalışma ile ilgili kısa bilgi verilerek ve çalışmaya katılıp katılmayacağı sorularak çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere daha ayrıntılı bilgi verildi ve sözlü onam alındı. Gebeler, veri formlarını ortalama 15-20 dakika süre içerisinde doldurdu. Çalışma verileri hastaneden tahsis edilen özel bir odada mahremiyete özen gösterilerek toplandı. Verilerin toplandığı odanın ılık, aydınlık ve araştırmacı dışında diğer gebe ve sağlık personelinin giriş çıkışına izin verilmeyecek şekilde planlandı.

2.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanının evrenini Kasım 2019 - Haziran 2020 tarihleri arasında Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi NST polikliniğine başvuran gebeler oluşturmuştur.

Çalışmanın örneklemi Bacacı ve Ejder Apay (2018)'ın çalışmasından bilinen Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ortalamasını (20,02±6,28) 1 birimlik fark, %85'lik güç, 0,05'lik hata payı göz önünde bulundurularak hesaplandı ve 357 kişi ile çalışılması planlandı. Alan Dikmen ve Şanlı (2019)'nın çalışmasındaki Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği puan ortalaması (34,80±3,77) ve Ciltaş ve Tuncer (2019) çalışmasındaki Tilburg Gebelikte Distres puan ortalaması (23,66±7,48) baz alınarak hesaplanan örneklem büyüklüğü daha küçük çıktığı için Bacacı ve Ejder Apay (2019)'ın çalışması baz alınmıştır. Bu çalışmanın primer sonucu olarak kabul edilen, gebelerin puanı üzerine dört bağımsız değişkenin etkili olduğu belirlenen regresyon

analizinde elde edilen R^2: 0,46 değerine göre G*Power (3.1.9.2) programı ile yapılan post hoc güç analizinde etki büyüklüğü f^2: 0,85 (büyük/geniş etki) ve güç 1,00 (%100) olarak bulunmuştur. Çalışmanın diğer primer sonucu arasında yer alan Gebelerin Kendini Algılama Ölçeğinin boyutlarından annelik algısı puanı üzerine üç bağımsız değişkenin (R^2: 0,37), beden algısı puanı üzerine de üç bağımsız değişkenin etkili olduğu (R^2: 24) belirlenen regresyon analizi sonucuna göre G*Power (3.1.9.2) programı ile yapılan post hoc güç analizinde etki büyüklüğü annelik algısı için f^2: 0,59 (büyük/geniş etki), beden algısı için 0,32 olarak (orta etki) ve her iki sonuca göre post hoc güç 1,00 (%100) olarak bulunmuştur. Üç sonuca göre de çalışmadaki örneklem sayısının yeterli olduğu görülmüştür.

Çalışmaya alınma ölçütleri:

• En az ilköğretim mezunu olan,

• Türkçe okuyup anlayabilen,

• 18 yaş ve üzeri olan,

• Primipar olan,

• 2. ve 3. Trimestırda olan,

• Tekil gebelik,

• Preterm eylem tanısı almayan,

• İletişim kurulabilenler (mental yetersizliği bulunmamak, görme/işitme engeli bulunmayan, dil problemi olmayan).

Çalışma dışı bırakılma ölçütleri:

• İnfertilite tedavisi ile gebe kalan,

• Yüksek riskli gebeliği bulunan (Diyabet, Hipertansiyon vb.)

• Kronik hastalığı olan,

• Preeklamsi- eklamsi tanısı konulan,

• Fiziksel ve ruhsal, dış görünüşünü etkileyebilecek rahatsızlığı olan (vitiligo, sedef vb.)

Çalışmanın sonlanma ölçütleri:

• Gebenin çalışmadan ayrılmak istemesi,

2.4.Veri Toplama Araçları

Verileriler kişisel bilgi formu (KBF), Eş Destek Ölçeği (EDÖ), Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği (GKAÖ) ve Tillburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ) kullanılarak toplanmıştır.

2.4.1.Kişisel bilgi formu (EK-A)

Literatür incelemeleri {Altınçelep 2011, Alan Dikmen ve Şanlı 2019, Bacacı ve Ejder Apay 2018, Çiltaş ve Tuncer 2019) sonucu hazırlanan kişisel bilgi formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ait yaş, eğitim durumu, gelir durumu, eşin yaşı ve eşin eğitim durumu, yaşanılan yer gibi bilgileri içeren toplam 10 soru bulunmaktadır. İkinci bölüm ise gebeliğe ilişkin gebelik haftası, ilk gebelik yaşı gibi bilgileri değerlendiren toplam 8 sorudan oluşmaktadır.

2.4.2.Eş Destek Ölçeği (EDÖ) (EK-B)

Yıldırım (2004) tarafından geliştirilen (EDÖ) evli bireylerin birbirlerinden algıladıkları desteği değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Yirmi yedi maddeden oluşan ölçek üçlü likert tipindedir. Ölçekte her bir maddeye verilecek yanıt“ Bana Uygun (3)”, “Bana Kısmen Uygun (2)”, “Bana Uygun Değil (1)” seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 27 ile 81 arasında değişmektedir. Ölçekten yüksek puan alan bireyin eşinden daha fazla destek aldığını hissettiği, düşük puan alan bireyin ise eşinden daha düşük destek aldığını hissettiği anlamına gelmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur (Bu çalışmada EDÖ’nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için 0,88, duygusal destek alt boyutu için 0,78, maddi yardım ve bilgi desteği alt boyutu için 0,60, takdir etme desteği için 0,64, sosyal ilgi desteği için 0,33 olarak bulunmuştur.

2.4.3. Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği (GKAÖ) (EK-C)

Kumcağız ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilen ölçek toplam 12 maddeden ve 4’lü likert tipten (4 Her zaman, 3 Çoğu zaman, 2 Bazen,1 Hiçbir zaman) oluşmuştur. İlki “Gebeliğe ait annelik algısı’ ikincisi ‘beden algısı’ olmak

üzere iki alt boyuta sahiptir. Gebeliğe ait annelik algısı alt boyutu 7 madde içermektedir ve bu alt boyutta puanlar yükseldikçe, gebeliğe ait annelik algısı düzeyi de yüksek olarak değerlendirilirken, puanlar düştükçe gebeliğe ait annelik algı düzeyi de düşük olarak değerlendirilmektedir. Gebeliğe ait annelik algısı alt boyutunda en yüksek 28 puan, en düşük ise 7 puan alınabilmektedir. Gebeliğe ait beden algısı alt boyutu 5 madde içermektedir ve bu alt boyutta puan yükseldikçe gebeliğe ait beden algısının olumsuz, puan düştükçe gebeliğe ait beden algısının olumlu olduğu şeklinde değerlendirilir. Gebeliğe ait beden algısı alt boyutunda en yüksek 20 puan alınırken, en düşük 5 puan alınabilmektedir. Alt boyutların değerleri; gebeliğe ait annelik algısı 0,86, gebeliğe ait beden algısı 0,75'dir. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayısının yüksek olduğu görülmektedir (Kumcağız ve ark 2017). Bu çalışmada Gebelerin Kendini Algılama Ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı annelik algısı boyutunda 0,93, beden algısı boyutunda 0,79 olarak bulunmuştur.

2.4.Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ) (EK-D)

Pop ve arkadaşları tarafından gebelik dönemine özgü distresin tanılanabilmesi için geliştirilmiştir. Çapık ve Pasinlioğlu 2013 yılında ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır. Ölçek toplam 16 maddeden oluşmaktadır. Ölçek "Olumsuz Duygulanım" ve "Eş Katılımı" olmak üzere iki alt boyuta sahiptir.

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

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

Ölçeğin her maddesi "çok sık" (0 puan), "oldukça sık" (1 puan), "ara sıra" (2 puan), "nadiren veya hiç" (3 puan) arasında değişen 4'lü likert tipi şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçekteki 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16. maddeler ters kodlanan maddelerdir. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 48'tir.

Alınabilecek toplam puanın 28 ve üzeri olması distres açısından risk altında olan gebeleri göstermektedir. Alt boyutlar için kesme noktaları, eş katılımı alt boyutu için 10 ve üzeri, olumsuz duygulanım alt boyutu için 22 ve üzeridir. Orijinal ölçeğin geçerlilik güvenilirlik analizi sonucuna göre Cronbach alfa katsayısının 0.83 olduğu belirlenmiştir (Çapık 2013). Bu çalışmada Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için 0,77, olumsuz duygulanım boyutunda 0,74, eş katılımı boyutunda 0,79 olarak bulunmuştur.

2.5. İstatistiksel Analiz

Çalışma verilerinin tanımlayıcı istatistiklerinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma verilmiştir. Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğu Skewness (-1,16 ile 0,03 arası) ve Kurtosis (-0,71 ile 1,54 arası) ile değerlendirilmiş ve normal dağılıma sahip olduğu belirlenmiştir. Sayısal bağımsız değişkenlerden evlilik süresinin normal dağılıma sahip olmadığı (Skewness: 1,73, Kurtosis: 4,53), diğer değişkenlerin (yaş, eşin yaşı, ilk gebelik yaşı ve gebelik haftası için Skewness: -0,73 ile 0,68 arası, Kurtosis: -0,41 ile 0,44 arası) normal dağılıma sahip olduğu belirlenmiştir. Bağımsız değişkenlere göre gebelerin TGDÖ ve GKAÖ iki alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırılmasında iki gruplu değişkenlerde örneklem sayısına göre bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla grubu olan değişkenlerde gruplardaki örneklem sayısına göre bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ileri analizi Tukey HSD) ve Kruskal Wallis testi (ileri analizi Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ve Tukey) kullanılmıştır. Sayısal değişkenler ve ölçek puanları arasındaki ilişki normal dağılım özelliğine göre Pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Gebelerin distres ve kendini algılama puanı üzerine primer analizlerde etkisi bulunan bağımsız değişkenler çoklu regresyon (backward yöntemi) analizi ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

2.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız Değişkenleri:

- Gebelerin yaş, eğitim durumu, medeni durumu gibi sosyo-demografik özellikleri

- Gebelerin ilk gebelik yaşı, mevcut gebelik haftası, gebelikte sorun yaşama durumu gibi obstetrik özellikleri
- Gebelerin algıladığı eş destek düzeyi

Bağımlı Değişkenleri:

- Gebelerin distres düzeyi
- Gebelerin annelik rolü algısı
- Gebelerin beden algısı

2.7.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce etik kurul izni EK-E (Etik İzni No;2019/1231/Tarih; 2019) ve araştırmanın yapılacağı kurum izni EK-F (Kurum İzin No;86737044-806.01.03 Tarih:2019) izin alınmıştır. Çalışmada kullanılacak tüm ölçekler için ölçek kullanım izni alınmıştır (EK-J). Araştırmaya katılacak gebeler, kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı konusunda çalışma öncesinde bilgilendirilerek sözlü onamları alınmıştır.

3.BULGULAR

Gebelerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 3.1'de verilmiştir. Gebelerin yaş ortalaması 27,04±5,04, eşinin yaş ortalaması 29,93±5,06 ve evlilik süresi ortalaması 3,17±2,21'dir. Gebelerin %52,9'u ve eşlerinin %49,3'ü lise mezunudur. Gebelerin %36,6'sı, eşlerinin %96,4'ü gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Gebelerin %83,1'nin aile tipi çekirdek, %63,7'si gelir durumunu orta olarak algılamakta, %80,9'u ilde yaşamaktadır.

Tablo 3.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri (n= 361)

	En az-en çok	**$\bar{x}$ ±ss**
Yaş	8 – 42	27,04±5,04
Eşin yaşı	20 – 49	29,93±5,06
Evlilik süresi (yıl)	0,50 - 15	3,17±2,21
Özellikler	**n**	**%**
Eğitim düzeyi		
İlköğretim	56	15,5
Lise	191	52,9
Üniversite≥	114	31,6
Eşin eğitim düzeyi		
İlköğretim	55	15,2
Lise	178	49,3
Üniversite≥	128	35,5
Çalışma durumu		
Çalışıyor	132	36,6
Çalışmıyor	229	63,4
Eş çalışma durumu		
Çalışıyor	348	96,4
Çalışmıyor	13	3,6
Gelir değerlendirmesi		
Kötü	13	3,6
Orta	230	63,7
İyi	118	32,7
Aile tipi		
Çekirdek aile	300	83,1
Geniş aile	61	16,9
Yerleşim yeri		
Köy/İlçe	69	19,1
İl	292	80,9

Gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 3.2'de verilmiştir. Gebelerin ilk gebelik yaşı ortalaması 25,53±4,32, gebelik haftası ortalaması 30,14±6,78'dir. Gebelerin %72,6'sı gebelik döneminde sorun yaşamıştır. Gebelerin

%54,8'inin gebeliği planlıdır. Gebelerin %54,3'ünün ev işlerinde yardımcı olan biri yokken, ev işlerinde en çok yardımcı olan kişi % 89,7 ile eştir. Gebelerin %83,7'sinin sıkıntılarını konuşabileceği biri vardır. Eş ile ilişki durumunda %56,0'sı iyi olarak ifade etmektedir.

Tablo 3.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri (n= 361)

	En az-en çok	**$\bar{x}$ ±ss**
İlk gebelik yaşı	18-39	25,53±4,32
Şimdiki gebelik haftası	13-40	30,14±6,78
Özellikler	**n**	**%**
Gebeliği isteme durumu		
İstenen gebelik	286	79,2
İstenmeyen gebelik	75	20,8
Planlı gebelik		
Hayır	163	45,2
Evet	198	54,8
Gebelikte sorun yaşama durumu		
Hayır	262	72,6
Evet	99	27,4
Gebelikte yaşanan sorunlar (n: 99)*		
Bulantı/kusma	34	34,3
Ağrı	25	25,3
Kanama	21	21,2
İYE	21	21,2
ÜSYE	4	4,0
Anemi/Kasılma/Düşük tehdidi (n: 3/3/1)	7	7,1
Ev işlerinde yardımcı		
Yok	196	54,3
Var	165	45,7

Tablo 3.2. (Devam) Gebelerin Obstetrik Özellikleri (n= 361)

Evdeki yardımcı kişi (n= 165)*	**n**	**%**
Eş	148	89,7
Anne	33	20,0
Aile	6	3,6
Kardeş	2	1,2
Kayınvalide	2	1,2
Yardımcı	1	0,6
Sıkıntı/sorunları konuşabileceğiniz biri		
Yok	59	16,3
Var	302	83,7
Eşi ile ilişki durumu		
Kötü	9	2,5
Orta	150	41,6
İyi	202	56,0

* Birden fazla seçenek bildirilmiştir.

Çalışma grubundaki gebelerin EDÖ ve GKAÖ aldığı en düşük-en yüksek puan ve puan ortalamaları Tablo 3.3'de verilmiştir.

Tablo 3.3. Gebelerin EDÖ ve GKAÖ Puanları (n= 361)

	Ölçekler	**Olası puan aralığı**	**Alınan puan aralığı**	$\bar{x} \pm ss$
EDÖ	**EDÖ Toplam Puanı**	**21-81**	**42-81**	**70,81±73**
	F1: Duygusal Destek	9-27	11-27	24,06±2,74
	F2: Maddi Yardım ve Bilgi Desteği	7-21	10-21	17,99±2,23
	F3: Takdir Etme Desteği	8-24	13-24	20,95±2,30
	F4: Sosyal İlgi Desteği	3-9	5-9	7,80±,99
GKAÖ	**Gebeliğe Ait Annelik Algısı**	**7-28**	**7-28**	**20,62±3,85**
	Gebeliğe Ait Beden Algısı	**5-20**	**5-20**	**11,92±2,21**

Gebelerin TGDÖ aldığı en düşük-en yüksek puan ve puan ortalamaları ile risk durumuna göre dağılımları Tablo 3.4'de verilmiştir.

Tablo 3.4. Gebelerin TGDÖ Puanları ve Risk Durumuna Göre Dağılımı (n= 361)

	Ölçekler	**Olası puan aralığı**	**Alınan puan aralığı**	$\bar{x}$ **±ss**
	TGDÖ Toplam Puanı	**0-48**	**4-34**	**20,00±5,00**
	F1: Olumsuz Duygulanım	0-33	3-31	14,12±3,71
	F2: Eş Katılımı	0-15	0-13	5,88±2,57
	TGDÖ Grupları	**Distres Riski**	**n**	**%**
	Toplam Puan			
	≥ 18 puan	Var	257	71,2
	≤ 17 puan	Yok	104	28,8
	F1: Olumsuz Duygulanım			
	≥ 13 puan	Var	244	67,6
	≤12 puan	Yok	117	32,4
	F2: Eş Katılımı			
	≥ 8 puan	Var	97	26,9
	≤ 7 puan	Yok	264	73,1

Gebelerin EDÖ, TGDÖ ve GKAÖ alt boyut puanları arasındaki korelasyonel ilişkinin değerlendirilmesine yönelik bulgular Tablo 3.5'de verilmiştir.

Tablo 3.5. Gebelerin EDÖ Puanları ile GKAÖ ve TGDÖ Puanlarının İlişkisi (n= 361)

Değişkenler	**EDÖ**		**Annelik Algısı**		**Beden Algısı**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
GKAÖ Annelik Algısı	-0,55	**0,000**	-	-	-	-
GKAÖ Beden Algısı	-0,45	**0,000**	-0,44	**0,000**		
TGDÖ	-0,53	**0,000**	-0,56	**0,000**	0,55	**0,000**

r: Pearson korelasyon analizi EDÖ: Eş Destek Ölçeği GKAÖ: Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği TGDÖ: Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği

Gebelerin EDÖ puanları ile GKAÖ'nin iki alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 3.5); gebelerin EDÖ puanları ile annelik algısı alt boyut

puanları arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki olduğu, ilişkinin çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Gebelerin eş destek puanları arttıkça annelik algısı puanları da artmaktadır.

Gebelerin EDÖ puanları ile beden algısı alt boyut puanları arasında negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu, ilişkinin çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Gebelerin eş destek puanları arttıkça beden algısı puanları azalmaktadır.

Gebelerin Eş Destek Ölçeği puanları ile TGDÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, negatif yönde ve güçlü düzeyde bir ilişki olduğu, ilişkinin çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.5). Gebelerin eş destek puanları arttıkça distres puanları azalmaktadır.

Gebelerin annelik algısı puanları ile beden algısı puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu, ilişkinin çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.5). Gebelerin annelik algısı puanları arttıkça beden algısı puanları azalmaktadır. GKAÖ iki alt boyutunun puanları ile TGDÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; annelik algısı alt boyut puanı ile TGDÖ puanları arasında negatif yönde, güçlü düzeyde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Gebelerin annelik algısı puanları arttıkça distres puanları azalmaktadır. Gebelerin beden algısı alt boyut puanı ile TGDÖ puanları arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Gebelerin beden algısı puanları arttıkça distres puanları azalmaktadır.

Gebelerin yaşı, eşin yaşı, evlilik süresi, ilk gebelik yaşı ve gebelik haftası ile TGDÖ ve GKAÖ puanları arasındaki korelasyonel ilişkinin değerlendirilmesine yönelik bulgular Tablo 3.6'de verilmiştir.

Tablo 3.6. Bağımsız Değişkenler ile TGDÖ ve GKAÖ Puanlarının İlişkisi (n=361)

Bağımsız Değişkenler	TGDÖ (Toplam Puan)		GKAÖ Alt Boyutları			
			Annelik Algısı		Beden Algısı	
	R	p	r	p	r	p
Yaş	-0,08	0,146	0,09	0,074	-0,09	0,099
Eşin yaşı	-0,05	0,353	0,03	0,528	-0,04	0,472
Evlilik süresi (yıl)*	-0,12	**0,018**	0,10	0,056	-0,07	0,214
İlk gebelik yaşı	-0,05	0,346	0,07	0,167	-0,06	0,225
Gebelik haftası	-0,06	0,247	0.06	0,284	-0,13	**0,014**

r: Pearson korelasyon analizi *r_s: Spearman korelasyon analizi (evlilik süresi verisi normal dağılmıyor)

Bağımsız değişkenlerden gebenin yaşı, eşinin yaşı, ilk gebelik yaşı ve gebelik haftası ile TGDÖ puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 3.6). Gebelerin evlilik süresi ile TGDÖ puanları arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde olmak üzere anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 3.6). Gebelerin evlilik süresi arttıkça distres puanları azalmaktadır.

Gebenin yaşı, eşinin yaşı, evlilik süresi, ilk gebelik yaşı ve gebelik haftası ile GKAÖ annelik algısı alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Gebenin yaşı, eşinin yaşı, evlilik süresi ve ilk gebelik yaşı ile GKAÖ beden algısı alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 3.6). Gebelik haftası ile beden algısı alt boyut puanları arasında ise negatif yönde ve zayıf düzeyde bulunan ilişkinin anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, Tablo 3.6).

Tablo 3.7. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre TGDÖ ve GKAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=361)

Özellikler			GKAÖ Alt Boyutları	
	n	TGDÖ $\bar{x}\pm ss$	Annelik Algısı $\bar{x}\pm ss$	Beden Algısı $\bar{x}\pm ss$
Eğitim düzeyi				
İlköğretim [a]	56	21,38±4,88	19,71±4,27	12,50±2,19
Lise [b]	191	20,32±4,73	20,33±3,74	11,96±2,18
≥ Üniversite [c]	114	18,79±5,27	21,55±3,67	11,57±2,23
F		6,015	5,570	3,436
p (fark)		**0,003(a, b >c)**	**0,004 (a, b < c)**	**0,033(a> c)**
Eşin eğitim düzeyi				
İlköğretim [a]	55	20,55±4,88	19,35±4,11	12,44±2,11
Lise [b]	178	20,47±4,65	20,44±3,99	11,89±2,14
≥ Üniversite [c]	128	19,12±5,41	21,42±3,35	11,74±2,33
F		3,135	6,154	1,937
p (fark)		**0,045(b > c)**	**0,002 (a, b < c)**	0,146
Çalışma durumu				
Çalışıyor	132	20,04±5,71	20,73±4,01	11,84±2,32
Çalışmıyor	229	19,98±4,55	20,55±3,77	11,97±2,15
t		0,103	0,428	0,531
P		0,918	0,669	0,595
Eş çalışma durumu				
Çalışıyor	348	19,86±5,00	20,71±3,86	11,92±2,22
Çalışmıyor	13	23,77±3,19	18,23±2,71	12,08±2,02
Z		3,055	2,692	0,154
p		**0,002**	**0,007**	0,878
Gelir değerlendirmesi				
Kötü [a]	13	21,31±5,81	16,62±2,53	12,92±1,32
Orta [b]	230	20,21±4,92	20,60±3,82	11,97±2,19
İyi [b]	118	19,45±5,04	21,10±3,79	11,72±2,30
KW		3,875	16,909	5,053
p (fark)		0,144	**0,000 (a < b)**	0,080
Aile tipi				
Çekirdek aile	300	19,71±5,05	20,75±3,86	11,79±2,23
Geniş aile	61	21,44±4,50	19,98±3,80	12,56±2,04
t		2,491	1,419	2,478
p		**0,013**	0,157	**0,014**
Yerleşim yeri				
Köy/İlçe	69	20,13±4,71	20,06±3,79	12,29±2,04
İl	292	19,97±5,07	20,75±3,86	11,84±2,24
t		0,241	1,350	1,538
p		0,810	0,178	0,125

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ileri analiz Tukey HSD), Gruplar arası/grup içi/toplam sd: 2/358/360, t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 359. Z: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi, sd: 2 (ileri analiz: Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ve Tukey testi)

Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre TGDÖ ve GKAÖ annelik algısı ve beden algısı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 3.7'de verilmiştir.

Gebelerin eğitim düzeyine göre TGDÖ puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$, Tablo 3.7). İleri analizde, eğitim düzeyi üniversite ve üzerinde olan gebelerin TGDÖ puan ortalamasının eğitimi ilköğretim ve lise düzeyinde olanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<0,05$), diğer ikili gruplar (ilköğretim ile lise) arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Eşin eğitim düzeyine göre gebelerin TGDÖ puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 3,7). İleri analizde, eşinin eğitim düzeyi üniversite ve üzerinde olanların TGDÖ puan ortalamasının lise düzeyinde olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Gebelerin çalışma durumuna göre TGDÖ puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 3.7).

Gebelerin eşinin çalışma durumuna göre TGDÖ puanları incelendiğinde, eşi çalışan gebelerin puan ortalamasının eşi çalışmayanlara göre düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0,01$, Tablo 3.7).Eşi çalışan gebelerin TGDÖ puan ortalamasının eşi çalışmayanlara göre çok anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,01$, Tablo 3.7).

Gebelerin geliri değerlendirme durumuna göre TGDÖ puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 3,7).

Aile tipine göre gebelerin TGDÖ puanları incelendiğinde, çekirdek aileye sahip olan gebelerin puan ortalamasının geniş aileye sahip olanlara göre düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 3.7).

Gebelerin yerleşim yerine göre TGDÖ puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 3.7).

Eğitim düzeyine göre GKAÖ alt boyut puanları incelendiğinde, grupların annelik algısı puan ortalaması arasında çok anlamlı düzeyde ($p<0,01$), beden algısı puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde ($p<0,05$) fark olduğu saptanmıştır (Tablo 3.7). Farkın hangi ikili gruplar arasında olduğunu belirlemek üzere yapılan ileri analizde; üniversite ve üzerinde eğitimi olan gebelerin annelik algısı puan ortalamasının ilköğretim ve lise düzeyinde eğitimi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), üniversite ve üzerinde eğitimi olan gebelerin beden algısı puan ortalamasının ilköğretim düzeyinde eğitimi olanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<0,05$), diğer ikili gruplar (ilköğretim ile lise, lise ile üniversite) arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Eşin eğitim düzeyine göre GKAÖ alt boyut puanları incelendiğinde, grupların annelik algısı puan ortalaması arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur ($p<0,01$, Tablo 3.7). Farkın hangi ikili gruplar arasında olduğunu belirlemek üzere yapılan ileri analizde, eşi üniversite mezunu olan gebelerin annelik algısı puan ortalamasının eşi ilköğretim ve lise mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Gebenin eşinin eğitim düzeyine göre grupların beden algısı puan ortalaması arasında ise anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (Tablo 3.7).

Çalışma durumuna göre GKAÖ alt boyut puanları incelendiğinde, grupların hem annelik algısı hem de beden algısı puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 3.7).

Eşin çalışma durumuna göre GKAÖ alt boyut puanları incelendiğinde, eşi çalışan gebelerin annelik algısı puan ortalamasının eşi çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p>0,01$). Eşin çalışma durumuna göre gebelerin beden algısı puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 3.7).

Geliri değerlendirme durumuna göre GKAÖ alt boyut puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.7). İleri analizde, geliri orta ve iyi olarak değerlendiren gebelerin annelik algısı puan ortalamasının geliri kötü olarak değerlendirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Geliri

değerlendirme durumuna göre grupların beden algısı puan ortalaması arasındaki fark ise anlamlı düzeyde bulunmamıştır (Tablo 3.7). Geliri orta ve iyi olarak değerlendiren gebelerin beden algısı puan ortalamasının geliri kötü olarak değerlendirenlere göre düşük olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur (p>0,05).

Aile tipine göre GKAÖ alt boyut puanları incelendiğinde, grupların annelik algısı puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı (p>0,05), ancak çekirdek aileye sahip olan gebelerin beden algısı puan ortalamasının geniş aileye sahip olanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (p<0,05, Tablo 3.7).

Yerleşim yerine göre GKAÖ alt boyut puanları incelendiğinde, grupların hem annelik algısı hm de beden algısı puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (p>0,05, Tablo 3.7).

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre TGDÖ ve GKAÖ annelik algısı ve beden algısı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 3.8'de verilmiştir.

Tablo 3.8. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre TGDÖ ve GKAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=361)

Özellikler			GKAÖ Alt Boyutları	
	n	TGDÖ $\bar{x}\pm ss$	Annelik Algısı $\bar{x}\pm ss$	Beden Algısı $\bar{x}\pm ss$
Gebeliği isteme				
İstenen gebelik	286	19,34±4,84	21,33±3,48	11,64±2,10
İstenmeyen gebelik	75	22,53±4,81	17,91±4,02	13,00±2,30
t		5,100	6,746	4,891
p		**0,001**	**0,001**	**0,001**
Gebeliğin planlı olması				
Hayır	163	21,43±4,98	19,40±3,94	12,47±2,31
Evet	198	18,82±,71	21,63±3,4	11,47±2,02
t		5,098	5,634	4,396
p		**0,001**	**0,001**	**0,001**

Tablo 3.8. (Devam) Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre TGDÖ ve GKAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=361)

Gebelikte sorun yaşama	n	TGDÖ $\bar{x}\pm ss$	Annelik Algısı $\bar{x}\pm ss$	Beden Algısı $\bar{x}\pm ss$
Hayır	262	19,95±5,09	20,71±3,95	11,85±2,22
Evet	99	20,13±4,77	20,38±3,59	12,10±2,19
t		0,306	0,717	0,943
p		0,759	0,474	0,346
Ev işlerinde yardımcı				
Yok	196	21,66±4,37	19,47±3,62	12,69±1,95
Var	165	18,02±5,00	21,98±3,68	11,01±2,16
t		7,30	6,505	7,743
p		**0,001**	**0,001**	**0,001**
Sıkıntı/sorunları konuşabileceği birisi				
Yok	59	22,22±4,66	19,15±3,89	12,46±2,10
Var	302	19,57±4,95	20,91±3,78	11,82±2,22
t		3,800	3,243	2,042
p		**0,001**	**0,001**	**0,042**
Eşi ile ilişki durumu				
Kötü [a]	9	23,67±5,05	15,44±4,69	14,00±1,50
Orta [a]	150	21,75±4,82	19,37±3,68	12,69±2,01
İyi [b]	202	18,54±4,64	21,78±3,46	11,26±2,15
KW		43,239	40,940	45,561
p (fark)		**0,001(a<b)**	**0,001(a<b)**	**0,001(a > b)**

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 39 KW: Kruskal Wallis testi, sd: 2 (ileri analiz: Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ve Tukey testi)

Gebeliği isteme durumuna göre TGDÖ puanları incelendiğinde, istenen gebeliğe sahip olan gebelerin puan ortalamasının istenmedik gebeliğe sahip olanlara göre düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.8).

Gebeliğin planlı olma durumuna göre TGDÖ puanları incelendiğinde, gebeliği planlı olan gebelerin puan ortalamasının gebeliği planlı olmayanlara göre

düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.8).

Gebelikte sorun yaşama durumuna göre TGDÖ puanları incelendiğinde, sorun yaşayan ve yaşamayan gebelerin puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 3.8).

Ev işlerinde kendisine yardımcı birisinin bulunma durumuna göre TGDÖ puanları incelendiğinde, yardımcı birisi bulunan gebelerin puan ortalamasının yardımcı birisi bulunmayanlara göre düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.8).

Sıkıntı ve sorunlarını konuşabileceği birisinin bulunma durumuna TGDÖ puanları incelendiğinde, konuşabileceği birisi bulunan gebelerin puan ortalamasının konuşabileceği birisi bulunmayanlara göre düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.8).

Eşi ile ilişki düzeyine göre gebelerin TGDÖ puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$, Tablo 3.8). İleri analizde, eşi ile ilişkisi iyi olan gebelerin distres puan ortalamasının eşi ile ilişkisi kötü ve orta düzeyde olanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Gebeliği isteme durumuna göre GKAÖ alt boyut puanları incelendiğinde, istenen gebeliğe sahip olan gebelerin annelik algısı puan ortalamasının istenmedik gebeliğe sahip olanlara göre yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). İstenen gebeliğe sahip olan gebelerin beden algısı puan ortalamasının istenmedik gebeliğe sahip olanlara göre düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.8).

Gebeliğin planlı olması durumuna göre GKAÖ alt boyut puanları incelendiğinde, gebeliği planlı olan gebelerin annelik algısı puan ortalamasının gebeliği planlı olmayanlara göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Gebeliği planlı olan gebelerin beden algısı puan ortalamasının ise gebeliği planlı olmayanlara göre düşük olduğu,

gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.8).

Gebelikte sorun yaşama durumuna göre GKAÖ alt boyut puanları incelendiğinde, sorun yaşayan ve yaşamayan gebelerin hem annelik algısı, hem de beden algısı puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$, Tablo 3.8).

Sürekli ilaç kullanma durumuna göre GKAÖ alt boyut puanları incelendiğinde, ilaç kullanan ve kullanmayan gebelerin hem annelik algısı, hem de beden algısı puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$, Tablo 3.8).

Ev işlerinde kendisine yardımcı birisinin bulunma durumuna göre GKAÖ alt boyut puanları incelendiğinde, yardımcı birisi bulunan gebelerin annelik algısı puan ortalamasının yardımcı birisi bulunmayanlara göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Ev işlerinde yardımcı birisi bulunan gebelerin beden algısı puan ortalamasının ise yardımcı birisi bulunmayanlara göre düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.8).

Sıkıntı ve sorunlarını konuşabileceği birisinin bulunma durumuna göre GKAÖ alt boyut puanları incelendiğinde, konuşabileceği birisi bulunan gebelerin annelik algısı puan ortalamasının konuşabileceği birisi bulunmayanlara göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın çok anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Sıkıntı ve sorunlarını konuşabileceği birisi bulunan gebelerin beden algısı puan ortalamasının ise konuşabileceği birisi bulunmayanlara göre düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 3.8).

Eşi ile ilişki düzeyine göre GKAÖ alt boyut puanları incelendiğinde, grupların hem annelik algısı hem de beden algısı puan ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$, Tablo 3.8). İleri analizde; eşiyle ilişkisi iyi olan gebelerin annelik algısı puan ortalamasının eşiyle ilişkisi kötü ve orta düzeyde olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Eşiyle ilişkisi iyi olan gebelerin beden algısı puan ortalamasının eşiyle ilişkisi kötü ve orta düzeyde olanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<0.05$), diğer ikili

gruplar (eşiyle ilişkisi orta ve kötü olanlar) arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir. Gebelerin distres puanı üzerine etkisi olduğu belirlenen bağımsız değişkenler çoklu regresyon analizi (backward yöntemi) ile değerlendirilmesine yönelik bulgular Tablo 3.9'da verilmiştir.

Tablo 3.9. Gebelerin TGDÖ Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n= 361)

Bağımsız Değişkenler	B	S.Hata	β	t	p	B için 95% Güven Aralığı		Collinearity istatistikleri	
								Tolerance	VIF
(Sabit)	27,63	3,31		8,351	0,000	21,12	34,13		
GKAÖ Beden Algısı	0,72	0,10	0,32	7,046	0,000	0,52	0,92	0,739	1,354
GKAÖ Annelik Algısı	-0,38	0,06	-0,29	6,028	0,000	-0,50	-0,25	0,649	1,541
EDÖ	-0,15	0,03	-0,21	4,402	0,000	-0,22	-0,08	0,637	1,569
Eşin çalışma durumu	2,13	1,05	0,08	2,022	0,044	0,06	4,21	0,976	1,025
R: 0,68 Adjusted R^2: 0,46 F: 76,26 p: 0,000 Durbin Watson: 1,63									

EDÖ: Eş Destek Ölçeği, GKAÖ: Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği

TGDÖ puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen 13 bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için yapılan çoklu regresyon analizinde, regresyon modeline alınan bağımsız değişkenler arasında korelasyon analizi ve multicollinearity istatistiklerine göre yüksek düzeyde otokorelasyon bulunmamıştır (Tablo 3.9).

Regresyon modeline alınan değişkenlerden gebeliği isteme, eşi ile ilişki durumu, sıkıntı/sorunları konuşabileceği birisinin olması, aile tipi, gebeliğin planlı olması, ev işlerine yardımcı birisinin olması, eşin eğitim düzeyi, gebenin eğitim düzeyi ve evlilik süresi olmak üzere dokuz bağımsız değişken TGDÖ puanı üzerine yeterli etkiye sahip olmadığı için sırayla regresyon modelinden çıkarılmıştır (p>0,05). Modelde kalan ve gebelerin TGDÖ puanı üzerine anlamlı düzeyde etkisi olan dört bağımsız değişkenin β katsayısına göre önem sırası (en önemliden en az önemliye doğru) GKAÖ beden algısı puanı, GKAÖ annelik algısı puanı, EDÖ puanı (p<0,001) ve eşin çalışma durumu (p<0,05) olarak sıralanmaktadır. Söz konusu dört

bağımsız değişken gebelerin TGDÖ puanına ait değişimi (varyansı) %46 olarak açıklamaktadır. Başka bir deyişle gebelerin TGDÖ puanı %46 oranında söz konusu dört değişkenden etkilenmekte, %54 oranında ise başka değişkenlerden etkilenmektedir.

Gebelerin GKAÖ beden algısı alt boyut puanındaki 1 puanlık artış distres puanını 0,72 puan arttırmakta, GKAÖ annelik algısı alt boyut puanındaki 1 puanlık artış distres puanını -0,38 puan arttırmaktadır. Gebelerin EDÖ puanındaki 1 puanlık artış distres puanında -0,15 puanlık azalmaya yol açmaktadır. Eşi çalışmayan gebelerin distres puanı eşi çalışanlara göre 2,13 puan fazladır (Tablo 3.9).

Gebelerin Kendini Algılama Ölçeğinin annelik algısı alt boyut puanı üzerine etkisi olduğu belirlenen bağımsız değişkenler çoklu regresyon analizi (backward yöntemi) ile değerlendirilmesine yönelik bulgular Tablo 3.10'da verilmiştir.

Tablo 3.10. GKAÖ Annelik Algısı Boyut Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n=361)

Bağımsız Değişkenler	**B**	**S.Hata**	**β**	**t**	**p**	**B için 95% Güven Aralığı**		Collinearity istatistikleri	
								Tolerance	VIF
(Sabit)	2,13	1,54		4,782	0,000	0,14	17,11		
EDÖ	21	0,03	39	8,173	0,000	16	0,26	0,751	1,331
GKAÖ Beden Algısı	0,37	0,08	0,21	4,546	0,000	0,54	-0,21	0,781	1,280
Gebeliği isteme	1,74	0,42	0,18	4,148	0,000	2,57	-0,92	0,887	1,128
R: 0,61 Adjusted R^2: 0,37 F: 72,07 p: 0,000 Durbin Watson: 2,18									

EDÖ: Eş Destek Ölçeği, GKAÖ: Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği

GKAÖ annelik algısı alt boyut puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen 11 bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için yapılan çoklu regresyon analizinde, regresyon modeline alınan bağımsız değişkenler arasında korelasyon analizi ve multicollinearity istatistiklerine göre yüksek düzeyde otokorelasyon bulunmamıştır (Tablo 3.10).

Regresyon modeline alınan değişkenlerden ev işlerine yardımcı birisinin bulunması, gebeliğin planlı olması, eşin eğitim düzeyi, sıkıntı/sorunları

konuşabileceği birisinin olması, eşiyle ilişki düzeyi, eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu ve gelir değerlendirme durumu olmak üzere sekiz bağımsız değişken annelik algısı puanı üzerine yeterli etkiye sahip olmadığı için sırayla regresyon modelinden çıkarılmıştır (p>0,05). Modelde kalan ve gebelerin annelik algısı puanı üzerine anlamlı düzeyde etkisi olan üç bağımsız değişkenin β katsayısına göre önem sırası (en önemliden en az önemliye doğru) EDÖ puanı, GKAÖ beden algısı puanı ve gebeliği isteme durumu (p<0,001) olarak sıralanmaktadır. Söz konusu üç bağımsız değişken gebelerin annelik algısı puanına ait değişimi (varyansı) %37 olarak açıklamaktadır. Başka bir deyişle gebelerin annelik algısı puanı %37 oranında söz konusu üç değişkenden etkilenmekte, %63 oranında ise başka değişkenlerden etkilenmektedir.

Gebelerin EDÖ puanındaki 1 puanlık artış annelik algısı puanını. 21 puan arttırmakta, GKAÖ beden algısı puanındaki 1 puanlık artış annelik algısı puanını -0,37 puan azaltmaktadır. Gebeliği istemeyen gebelerin annelik algısı puanı gebeliği isteyenlere göre -1,74 puan azalmaktadır (Tablo 3.10).

GKAÖ beden algısı alt boyut puanı üzerine etkisi olduğu belirlenen bağımsız değişkenler çoklu regresyon analizi (backward yöntemi) ile değerlendirilmesine yönelik bulgular Tablo 3.11'de verilmiştir.

Tablo 3.11.GKAÖ Beden Algısı Alt Boyut Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n=361)

Bağımsız Değişkenler	**B**	**S.Hata**	**β**	**t**	**p**	**B için 95% Güven Aralığı**		**Collinearity istatistikleri**	
								Tolerance	**VIF**
(Sabit)	16,83	1,49		1,278	0,000	13,90	19,77		
EDÖ	-0,10	02	0,32	5,922	0,000	-0,13	-0,07	0,716	1,397
Ev işlerinde yardımcı	0,90	23	20	3,894	0,000	0,45	1,36	0,768	1,303
Gebeliği isteme	0,61	26	11	2,323	0,021	0,09	1,13	0,900	1,111
R: 0,50 Adjusted R^2: 0,24 F: 39,80 p: 0,000 Durbin Watson: 1,97									

EDÖ: Eş Destek Ölçeği

GKAÖ beden algısı alt boyut puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen dokuz bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için yapılan

çoklu regresyon analizinde, regresyon modeline alınan bağımsız değişkenler arasında korelasyon analizi ve multicollinearity istatistiklerine göre yüksek düzeyde otokorelasyon bulunmamıştır (Tablo 3.11).

Regresyon modeline alınan değişkenlerden gebeliğin planlı olması, eğitim düzeyi, aile tipi, sıkıntı/sorunları konuşabileceği birisinin olması, eşiyle ilişki düzeyi ve gebelik olmak üzere altı bağımsız değişken beden algısı puanı üzerine yeterli etkiye sahip olmadığı için sırayla regresyon modelinden çıkarılmıştır ($p>0,05$). Modelde kalan ve gebelerin beden algısı puanı üzerine anlamlı düzeyde etkisi olan üç bağımsız değişkenin β katsayısına göre önem sırası (en önemliden en az önemliye doğru) EDÖ puanı, ev işlerine yardımcı birisinin bulunması ($p<0,001$) ve gebeliği isteme durumu ($p<0,05$) şeklindedir. Söz konusu üç bağımsız değişken gebelerin beden algısı puanına ait değişimi (varyansı) %24 olarak açıklamaktadır. Başka bir deyişle gebelerin beden algısı puanı %24 oranında söz konusu üç değişkenden etkilenmekte, %76 oranında ise başka değişkenlerden etkilenmektedir.

Gebelerin EDÖ puanındaki 1 puanlık artış beden algısı puanını -0,10 puan azaltmaktadır. Ev işlerinde yardımcı birisi bulunmayan gebelerin beden algısı puanı yardımcı birisi bulunanlara göre 0,90 puan fazladır. Gebeliği istemeyen gebelerin beden algısı puanı gebeliği isteyenlere göre 0,61 puan fazladır (Tablo 3.11).

4.TARTIŞMA

Babaların gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde anne adayına gösterdiği desteğin anne, bebek, aile ve toplum sağlığının gelişmesinde önemli katkı sağladığı düşünülmektedir (Yüksekal 2019). Ülkemizde yapılan çoğu çalışmada sosyal destek üzerinde durulmuş, sosyal destek alt boyutlarından olan "özel insan veya aile" alt boyutu eş desteği olarak değerlendirilmiştir (Okanlı 2003, Vırıt 2008, Xie 2009, Mermer 2010, Cohen 2014, Metin 2014, Apay 2016). Sadece eş desteğinin gebelerin distres düzeyi, annelik rolü ve beden algısı ile birlikte değerlendirildiği çalışma yoktur. Bu nedenle eş desteği ile ilgili yaptığımız bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda gebelerin eş desteği puan ortalaması 70,81±7,13'tür. EDÖ'den alınabilecek en yüksek puanın 81'dir. Buna göre araştırmamıza katılan gebelerin eş destek algısının yüksek olduğu söylenebilir. Çalışmamızda gebelerin EDÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde duygusal destek 24,06±2,74, maddi yardım ve bilgi desteği 17,99±2,23, takdir etme desteği 20,95±2,30 ve sosyal ilgi desteği 7,80±.99 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre gebelerin EDÖ tüm alt boyutlarından yüksek puan aldığı söylenebilir. Yüksekal'ın (2019) eş desteği ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada EDÖ puan ortalaması çalışmamıza benzer olarak 68,99±10,8 saptanmıştır. Aynı çalışmada EDÖ alt boyut puanları sırayla duygusal destek için 23,41±3,93, maddi yardım ve bilgi desteği için 18,01±2,88, takdir etme desteği için 20,02±3,32 ve sosyal ilgi desteği için 7,55±1,48'dir. Gebelerin eş destek puanlarının yüksek olması araştırmanın il merkezinde yapılmasının, gebelerin ve eşlerinin yüksek eğitim düzeyine sahip olmasının ve kültürel yapıdaki değişikliklerin etkili olduğu düşünülmektedir. Diğer literatür bulguları incelendiğinde çalışmamıza paralel olarak gebelerde eş ve aile desteği algısının yüksek olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar mevcuttur (Okanlı 2003, Mirabzadeh 2013, Metin 2014,Sokoya 2014, Bernard 2018). Yine Çakır Koçak (2007) gebe ve eşleri ile yapmış olduğu çalışmada gebelerin %93,3'ünün eş desteği aldığını belirtmiştir. Bu sonuçlara göre gebelik dönemi eş ve aile desteğinin arttığı bir dönem diyebiliriz. Çünkü aileye yeni bir üyenin katılacak olması nedeniyle aile bireylerinin yaşadığı sevinç, heyecan duyguları ve Türk toplumunda neslin devamına verilen önemden dolayı gebelik dönemine değer verilir ve toplumda kabul edilir.

Özellikle eşlerin baba olma duygusu ve heyecanıyla eşlerini her yönden desteklemeye çalıştıkları düşünülmektedir.

Araştırmamızda GKAÖ annelik algısı alt boyut puanı 20,62±3,85 ve beden algısı alt boyut puanı 11,92±2,21 olarak belirlenmiştir. Annelik algısı alt boyut puanından alınabilecek en yüksek puan 28'dir. Buna göre araştırmaya katılan gebelerin annelik algısının yüksek olduğu söylenebilir. Gebelerin beden algısı alt boyut puanı arttıkça olumsuz beden algısına sahip olduğu ve alınabilecek en yüksek puanın 20 olduğu düşünülürse çalışmamıza katılan gebelerin beden algısının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Dursun (2019) yapmış olduğu çalışmada GKAÖ annelik algısı alt boyut puanını 25,07±1,39 ve GKAÖ beden algısı alt boyut puanını 7,80±2,08 olarak belirtmiştir. İki çalışma sonuçları karşılaştırıldığında benzer sonuçlara ulaşıldığı söylenebilir. Daha önce 316 gebe ile yapılmış bir çalışmada gebelerin beden imajı algılama ortalamalarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Özorhan 2014).Yapılmış diğer çalışma sonuçlarında da gebelerin beden algısı puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur (Potur 2003, Babacan Gümüş 2011, Çırak 2014). Başka bir çalışmada araştırma bulgusuna ters olarak gebelerin gebelik döneminde beden imajındaki farklılıklara uyum sağladığı ve beden imajı algılarının etkilenmediği belirlenmiştir (Souketeris 2005). Başka çalışmada ise gebelerin %49.8'inin beden imajını olumlu olarak algıladıkları belirlenmiştir (Eryılmaz 2017). Gebelerin yaşadığı bölgenin kültürel özellikleri, eşinin destek durumu, gebeliğin istenme ve planlı olma durumunun annelik algısı ve beden imajı üzerinde etkili olması nedeniyle farklı çalışma sonuçlarına ulaşıldığı düşünülmektedir.

Gebelerin EDÖ puanları ile GKAÖ annelik algısı alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde pozitif yönde ve güçlü düzeyde, anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$,Tablo 3.5). Gebelerin eş destek puanları arttıkça annelik algısı puanları da artmaktadır. Ossa ve ark. (2012) gebelikte aile desteği almanın anne bebek bağlılığını arttırdığını belirlemiştir (Ossa ve ark. 2012). Metin (2014) gebelerin en yüksek sosyal desteği eş ve ailesinden aldığını belirlemiştir (Metin 2104). Akkaş (2014) yaptığı çalışmada, duygusal ve fiziksel yönden eş desteği alan, eş desteği algısı yüksek olan gebelerde, destek almayan gebelere göre eş ilişkisinin daha iyi olduğunu belirlenmiştir (Akkaş 2014). Literatür sonuçları ile çalışmamızın benzer sonuçlara ulaştığı görülmektedir. Buna göre, gebelik sürecinde eş ve yakınlarının duygusal ve fiziksel yönden anne adayına destek olmaları, gebeyi

fiziksel ve duygusal açıdan destekleyerek bebeğe bağlanmasını arttırmakta ve çift uyumunu ve annelik algısını olumlu yönde etkilemektedir. Çalışmamızda ulaştığımız bu sonuç birinci araştırma sorumuzu cevaplamaktadır.

Gebelerin EDÖ puanları ile GKAÖ beden algısı alt boyut puanları arasında negatif yönde ve orta düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.5). Gebelerin eş destek puanları arttıkça beden algısı puanları azalmaktadır. Eryılmaz'ın (2019) çalışmasında gebelerin %49,8'inin beden imajını olumlu algıladığı ve %24,2'sinin beden imajını algılamada etrafındaki kişilerden etkilendiği, etkilendikleri kişinin de %83,3 oranında eşi olduğu belirlenmiştir. Özorhan'ın (2012) çalışmasında gebelerin %50,9'unun beden imajını olumlu algıladığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada gebelerin %29,1'inin beden imajını algılamada başkasından etkilendiği ve gebelerin %39,1oranla en çok eşten etkilendiği, eşinden etkilenen gebelerin %69,6'sının olumlu etkilendiği belirtilmiştir. Çalışma sonucumuz diğer çalışma sonuçlarıyla benzer olup gebelerin değişen beden algısının eşleriyle olan iletişim ve uyumlarının olumlu etkilenmesinde önemli yere sahip olduğu söylenebilir. Bu çalışma sonucumuz ikinci araştırma sorumuzun cevabını vermektedir.

Çalışmamızda TGDÖ toplam puan ortalaması 20,00±5,00 olarak bulunmuş ve ölçekten alınabilecek en düşük puan "0", en yüksek puan "34" olduğuna göre çalışmaya katılan gebelerin distres puanlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Namık (2019) çalışmasında TGDÖ puan ortalamasını 5,46±4,57, Topaç Tunçel ve Kahyaoğlu (2019) 9,2±4,8, Çağlar (2017) 7,90±5,09 olarak bulmuştur. Gebelerin TGDÖ olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalaması 14,12±3,71ve eş katılımı alt boyut puan ortalaması 5,88±2,57'dir. Gebelerin TGDÖ toplam puanına göre %71,2'sinin, olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalamasına göre %67,6'sının ve eş katılımı alt boyut puan ortalamasına göre %26,9'unun distres riskine sahip olduğu belirlenmiştir. Kışlak'ın (2019) çalışmasında gebeler TGDÖ alt olumsuz duygulanım alt boyutundan 5,12±4,42, eş katılımı alt boyutundan 5,25±2,59 puan almışlardır (Kışlak 2019). Çiltaş'ın (2019) çalışmasında TGDÖ eş katılımı alt boyut puan ortalaması 3,10±3,49, olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalaması 19,66±6,68 bulunmuştur (Çiltaş 2019).Bizim çalışmamızın TGDÖ puan ortalamasının diğer çalışmalara göre yüksek olmasının sebebi çalışmaya dahil edilen gebelerin primipar olması nedeniyle gebelik, doğum ve doğum sonu süreçle ilgili bilgi eksikliğine,

endişelere sahip olmaları ve örneklem gruplarının farklılıkları (yaşanılan bölge, kültür, aile ilişkisi, örneklem sayısı vb.) düşünülebilir.

Çalışmamızda gebelerin EDÖ ile TGDÖ puanları incelendiğinde gebelerin eş destek puanları arttıkça distres puanlarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Pamuk ve Arsen'in (2008) çalışmasında gebelerin %96,7'si eşinden destek aldığı belirtilmiştir Bir diğer çalışmada gebelik döneminde desteği olmayan kadınların doğum öncesi endişe düzeyleri destek alan gebelerden yüksek bulunmuştur (Kaplan ve ark 2007). Bunun yanında gebelik döneminde stres ve depresyona etki eden faktörlerin incelendiği çalışmalarda sosyal desteğin ve eş desteğinin gebelik stresi üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı bulunmuştur (Karaçam ve Ançel 2009, Chou 2008, Vırıt 2008). Gebelik döneminde kadının aldığı sosyal ve fiziksel desteğin gebelikte psikolojik iyilik hali üzerinde olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir (Alder 2007, Arch 2013, Ak 2014, Çapık 2015, Ortaarık 2017, Özgen 2019). Buna göre çalışma bulgumuz literatürü destekler niteliktedir. Çalışmamızın bu sonucu üçüncü araştırma sorumuzun cevabını vermektedir.

GKAÖ annelik algısı alt boyut puanı ile TGDÖ puanları arasında negatif yönde, güçlü düzeyde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, 3.5). Gebelerin annelik algısı puanları arttıkça distres puanları azalmaktadır. Gebelik döneminde farklı sebeplerle stres yaşayan kadınların gebeliği algılama ve prenatal bağlanma durumlarında olumsuz yönde etkilendiği belirtilmiştir (Coşkun ve ark. 2019). Abasi ve ark. (2012) gebelikte anksiyete durumuyla gebelik algısı ve prenatal bağlanma düzeyleri negatif yönde anlamlı ilişki olduğunu, anksiyete düzeyi azaldıkça gebelik algısı ve prenatal bağlanmanın arttığını belirlemişlerdir (Abasi ve ark. 2012). Gebeliğinde stres ve anksiyete yaşayan kadınlar ambivalan duygular nedeniyle bebeğini istemeyebilir, gebeliğini kabullenmekte zorlanabilir. Bu nedenle çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Gebelerin GKAÖ beden algısı alt boyut puanı ile TGDÖ puanları arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$,3.5). Meireles ve ark.'nın (2017) çalışmasında gebelerde beden imajı ile depresif belirtiler arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Rauf ve Downs'ın (2011) yaptıkları çalışmada gebelerin beden imajı algısı ile depresif belirtiler arasında negatif yönde ve anlamlı ilişki olduğu

belirtilmiştir. Çalışma sonucuna göre gebelerin beden algısı puanları azaldıkça distres puanları azalmaktadır. Yapılmış çalışmalarda da beden algısı olumsuz olan kadınlarda, gebelikte ve doğum sonu dönemde daha fazla depresyon görüldüğü belirtilmektedir (Kılıçarslan 2008, Karmaliani ve ark.2009, Altınçelep 2012, Kumcağız 2012, Çapık 2015, Couto ve ark.2016). Bu çalışma sonucumuz diğer çalışmalar ile benzer bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan gebelerin yaş ortalaması ile TGDÖ puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 3.6). Altınçelep'in çalışmasında yaş ve prenatal distres arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Altınçelep 2011). Yapılmış bir çalışmada gebelerin yaşı arttıkça distres puanının da arttığı ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır.(Özgen 2019). Yine bir diğer çalışmada yaşın depresyon ve anksiyete üzerinde etkisinin olmadığı saptanmıştır (Dağlar ve Nur, 2014). Yine gebelerin yaşı ile GKAÖ annelik algısı alt boyut puanı ve beden algısı alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 3.6). Dursun (2019) çalışmasında gebeliğe ait annelik algısı alt boyutu ile anlamlı farklılık bulunmadığını saptamıştır (Dursun 2019). Sonuç olarak TGDÖ ve GKAÖ alt boyut puanlarının yaş ile ilişkisi incelediğimizde ulaştığımız sonuç diğer çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Gebelerin eğitim düzeyi ile TGDÖ puanları incelendiğinde eğitim düzeyi üniversite ve üzerinde olan gebelerin TGDÖ puan ortalamasının eğitim düzeyi ilköğretim ve lise düzeyinde olan gebelere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<0,05$, Tablo 3.7) belirlenmiştir. Faisal Cury ve Menezes (2007) yaptığı çalışmada gebelerin eğitim durumuyla depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulmuşlardır. Eğitim düzeyi yüksek kadınların gebelik dönemi ile ilgili bilgiye daha rahat ulaştığı, bilgi düzeyi yüksek olduğu için gebelik döneminin problemleri ile daha iyi baş ettiği, bu yüzden distres düzeylerinin düşük olduğu düşünülmektedir.

GKAÖ alt boyut puanları ile gebelerin eğitim durumu incelendiğinde üniversite ve üzerinde eğitimi olan gebelerin annelik algısı puan ortalamasının ilköğretim ve lise düzeyinde eğitimi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$, Tablo 3.7) saptanmıştır. Üniversite ve üzerinde eğitimi olan gebelerin beden algısı puan ortalamasının ise ilköğretim düzeyinde eğitimi olanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<0,05$, Tablo 3.7) belirlenmiştir. Bir başka çalışmada eğitim

durumunun gebelerin beden algısında anlamlı olarak değişiklik gösterdiğini belirtmiştir (Hamurcu ve ark 2015). Gebelerin eğitim düzeyinin yüksek olmasıyla doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha çok yararlanılmasına, gebelikle birlikte gelen fiziksel ve psikolojik değişiklikler hakkında bilgi düzeyinin yüksek olmasına bu yüzden gebeliğini ve bebeğini daha iyi kabullenmesinden dolayı olumlu kendilik algısına sahip olduğu düşünülmektedir.

Eşin eğitim durumu incelendiğinde ilköğretim %15,2, lise %49,3, üniversite ve üzeri %35,5 olarak belirlenmiştir. Eşin eğitim düzeyine göre gebelerin TGDÖ puanları incelendiğinde, eşinin eğitim düzeyi üniversite ve üzerinde olan gebelerin TGDÖ puan ortalamasının lise düzeyinde olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$,Tablo 3.7) belirlenmiştir. Nazik ve Oğuzöncül'ün (2017) çalışmasında gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça depresyon puanlarının azaldığı belirtilmiştir. Çalışmamızda ilköğretim ve lise grubunun puan ortalamasının birbirine çok yakın hatta ilköğretim grubunun puan ortalaması daha yüksek iken üniversite mezunu grup ile arasındaki farkın anlamlı düzeyde bulunmamasında örneklem sayısının az olmasının etkili olduğu düşünülmüştür.

GKAÖ beden algısı puan ortalaması ile eşin eğitim durumu arasında anlamlı düzeyde fark bulunmazken ($p>0,05$, Tablo 3.3), GKAÖ annelik algısı alt boyut puanı ile eşin eğitim düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, eşi üniversite mezunu olan gebelerin annelik algısı puan ortalamasının eşi ilköğretim ve lise mezunu olan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,01$, Tablo 3.7). Eşlerin eğitim düzeyinin artmasıyla gebelik dönemi ve getirdikleri ile ilgili bilgi düzeyinin artmasının ve gebelik döneminde daha bilinçli olarak destek sağlamasının gebelerin distres düzeyini azalttığı ve annelik algısını olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Gebelerin eşinin çalışma durumuna göre TGDÖ puanları incelendiğinde, eşi çalışan gebelerin TGDÖ puan ortalamasının eşi çalışmayanlara göre çok anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,01$, Tablo 3.7). Bunun sebebi olarak eşi çalışan gebelerin geçim sıkıntısı yaşamaması ya da bebeğine bakım verme ve gelecek kaygısı gibi durumların olmamasından kaynaklanabileceği söylenebilir.

Eşin çalışma durumuna göre GKAÖ beden algısı puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmazken (p>0,05, Tablo 3.7), annelik algısı alt boyut puanı ile eşi çalışan gebelerin puan ortalaması eşi çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın çok anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir (p>0,01, Tablo 3.7). Eşi çalışan gebelerin distres düzeyinin düşük olması ve ekonomik problem kaygısı olmamasının kadının gebeliği daha iyi kabullenerek anneliğe hazır oluşunu kolaylaştırması daha iyi annelik algısının oluşmasını sağlaması ile bağdaştırılabilir.

Aile tipine göre gebelerin TGDÖ puanları incelendiğinde ise çekirdek aileye sahip olan gebelerin puan ortalamasının geniş aileye sahip olanlara göre düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur (p<0,05, Tablo 3.7). Çiltaş (2015) çalışmasında gebelerin aile tipi ile TGDÖ puan ortalamasını karşılaştırdığında aralarında anlamlı farklılık olmadığını saptamıştır (p>0,05). Çapık ve arkadaşları (2015) yapmış olduğu çalışmada gebelerin aile tipi ile TGDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çekirdek ailede yaşayan gebelerin ev iş yükünün daha az olmasının, kayınvalide vb. baskısı altında olmadığını düşünmesinin, kendi evinde daha özgür hissetmesinin distres düzeyini ve gebelik algısını etkileyebileceği düşünülebilir.

Geliri değerlendirme durumu ile GKAÖ beden algısı puan ortalaması arasındaki fark ise anlamlı düzeyde bulunamazken (p>0,05,Tablo 3.7), annelik algısı alt boyut puanı ilişkisinde geliri orta ve iyi olarak değerlendiren gebelerin geliri kötü olarak değerlendirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek puana sahip olduğu (p<0,001, Tablo 3.6) belirlenmiştir. Gelir durumunu iyi olarak algılayan gebelerin bebeği ile ilgili ekonomik ve bakım yönünden daha az kaygı duyması, böylece gebelik durumunu kabullenerek anneliğe hazır olduğu düşünülebilir.

Gebeliği isteme durumu ile TGDÖ puanları incelendiğinde, istenen gebeliğe sahip gebelerin TGDÖ puan ortalamasının istenmedik gebeliğe sahip olanlara göre düşük olduğu belirlenmiştir (p<0,001, Tablo 3.8). Arch'ın (2013) çalışmasında gebeliğin istenme durumu ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. İstenmeyen gebeliğe sahip kadın kendini gebeliğe ve anneliğe hazır hissetmez ve bu yüzden distres düzeyinde artış yaşanabilir.

Gebeliği isteme durumunu ile GKAÖ ilişkisi incelendiğinde istenen gebeliğe sahip olan gebelerin annelik algısı puan ortalaması istenmedik gebeliğe sahip olanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Beden algısı puan ortalamasının ise istenen gebeliğe sahip olan gebelerde daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.8). İstemeyerek gebe kalma durumunda kadın gebeliği ve bebeğini kabullenmekte zorlanabilir. Buna bağlı olarak distres düzeyinde artış, anneliğe hazır oluş durumunda ve beden algısında olumsuz değişiklikler meydana gelebilir. Bu bağlamda çalışma sonucumuzun beklenen sonuç ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Gebeliğin planlı olma durumuna göre TGDÖ puanları incelendiğinde, gebeliği planlı olan gebelerin puan ortalamasının gebeliği planlı olmayanlara göre düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.8). Özgen (2019) ile Dündar ve ark.'nın (2019) çalışmasında gebeliği planlı olmayan kadınların gebeliği planlı olanlara göre daha yüksek distres puanına sahip olduğu, bulunmuştur. Yapılmış çalışmalarda istenmeyen veya plansız gebeliğe sahip kadınlarda anksiyete, depresyon ve kaygı düzeylerinin arttırdığı belirlenmiştir (Kaplan ve ark 2007, Yüksel ve ark 2011, Can ve Çakır 2012, Çapık ve ark 2015). Buna göre çalışma sonucumuzun literatür ile paralellik göstermektedir.

Gebeliğin planlı olması durumu ile GKAÖ annelik algısı alt boyut puanının planlı olan gebelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.8). GKAÖ beden algısı alt boyut puan ortalamasının ise gebeliği planlı olan grupta daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, Tablo 3.8). Gümüş ve ark.'nın (2008) yapmış olduğu çalışmada gebeliğin planlı olup olmaması durumu ile beden algısı arasında anlamlı farklılık bulunmazken, Babacan ve ark. (2011) tarafından yapılan çalışmada ise planlı gebeliğe sahip olup, isteyerek gebe kalan kadınların daha olumlu beden algısına sahip oldukları belirlenmiştir(Babacan Gümüş ve ark 2011). Planlanmış gebeliğe sahip kadın gebelik döneminin getireceği fizyolojik değişiklikleri daha rahat kabul eder ve kendisini anneliğe hazır hisseder böylece daha iyi annelik algısına ve beden algısına sahip olur.

Sıkıntı ve sorunlarını konuşabileceği birisinin bulunma durumuna göre GKAÖ annelik algısı puan ortalamasının konuşabileceği birisi bulunan gebelerin

konuşabileceği birisi bulunmayanlara göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın çok anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Sıkıntı ve sorunlarını konuşabileceği birisi bulunan gebelerin beden algısı puan ortalamasının ise konuşabileceği birisi bulunmayanlara göre düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 3.8). Gebelik döneminde çevresindeki insanlardan destek almayan, problemlerini paylaşamayan gebelerin distres puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Kışlak 2019). Başka bir çalışmada gebeliği süresince duygusal yönden desteğe sahip gebelerin, destek almayan gebelere göre bebeğine bağlanma düzeylerinin anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır (Küçükkaya ve ark 2020). Ossa ve ark. (2011) gebelikte alınan aile desteğinin doğum öncesi bağlanmayı arttırdığını belirlemiştir. Tunçel ve Süt (2018) gebelerde yakın desteğinin arttıkça daha yüksek prenatal bağlanma ve annelik algısı olduğunu bulmuştur (Tuncel ve Süt 2018). Literatür ve çalışma sonucumuzun benzer sonuçlar olduğu görülmektedir. Buna göre, gebelik sürecinde anne adaylarının sıkıntılarını ve sorunlarını paylaşabileceği ve ona destek olacak birinin varlığı gebeyi fiziksel ve duygusal olarak destekleyecek, bebeğe bağlanmasını ve olumlu beden algısını arttırarak ve gebelik sürecini olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılabilir.

Çalışmamızda gebelerin eşi ile ilişki durumu sırasıyla %2,5 kötü , %41,6 orta ve %56,0 iyi olarak belirlenmiştir. Eşi ile ilişki düzeyi ile TGDÖ puanları incelendiğinde, eşi ile ilişkisi iyi olan gebelerin distres puan ortalamasının eşi ile ilişkisi kötü ve orta düzeyde olanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<0,05$,Tablo 3.8) belirlenmiştir. Eşi ile ilişki düzeyine göre GKAÖ alt boyut puanları incelendiğinde, grupların hem annelik algısı hem de beden algısı puan ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$, Tablo 3.8). Eşiyle ilişkisi iyi olan gebelerin annelik algısı puan ortalamasının eşiyle ilişkisi kötü ve orta düzeyde olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Eşiyle ilişkisi iyi olan gebelerin beden algısı puan ortalamasının eşiyle ilişkisi kötü ve orta düzeyde olanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Akkaş (2014) yaptığı çalışmada, eş desteği alan ve eş desteği algısı çok iyi olan gebelerin, destek almayan gebelere göre çift uyumlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir (Akkaş 2014). Yekenkunrul (2011) gebelikte evlilik uyumu ve eş ilişkisi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, eşten algılanan desteğin eş ilişkisi düzeyi arttıkça, evlilik ve çift uyumunun arttığını saptamıştır. Gebelerin eşinde ve

ailesinden aldığı sosyal destek sistemlerinin, kadınları güçlendirdiği ve sorunlarla daha iyi baş etmesini, böylece gebelik algısının olumlu yönde etkilendiği belirtilmiştir (Arslan ve ark. 2019). Eşiyle ilişkisi kötü ve orta düzeyde olan gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde bulunmamasında, ilişkisi kötü olan grupta örneklem sayısının az olmasının etkili olduğu düşünülmüştür.

4.1. Araştırmanın Gücü ve Sınırlılıkları

Gebelerde eş desteği ile distres düzeyi ve kendilik algısının ilişkisi çalışılmamış bir konudur. Gebelik döneminde özellikle eş desteğinin distres ve kendilik algısı ile ilişkisinin incelenmiş olduğu bu çalışma literatüre katkı sağlayacaktır. Ayrıca ebelere ve doğum öncesi bakım uygulamalarında rehberlik edecektir. Çalışma bulgularının örneklem grubu ile sınırlı olması ve topluma genellenememesi çalışmamızın sınırlılıklarındandır. Yine veriler öz bildirime dayalı olduğu için sonuçlar sübjektif veriler ile sınırlıdır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Çalışma, Konya ili Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesine başvuran gebelerde algılanan eş desteğinin annelik rolü, beden algısı ve distres düzeyi ile ilişkisinin değerlendirildiği çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar şu şekildedir:

- Çalışmamızda gebelerin eş desteği algısının yüksek olduğu ve EDÖ puan ortalamasının 70,81±7,13olduğu saptanmıştır (Tablo 3.3).

- GKAÖ annelik algısı alt boyut puan ortalamasına baktığımızda 20,62±3,85, beden algısı alt boyut puan ortalamasına baktığımızda 11,92±2,21 olduğu, bu sonuçlara göre gebelerin annelik algısının yüksek olduğu ve beden algısının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.3).

- Çalışmamızda gebelerin TGDÖ puan ortalaması 20,00±5,00 olduğu ve gebelerin orta düzeyde distrese sahip olduğu bulunmuştur. Toplam puana göre gebelerin %71,2'sinin distres riskinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.4).

- Gebelerin EDÖ ile annelik algısı alt boyutu arasında pozitif yönde güçlü ilişki saptanmış ve gebelerin eş destek puanları arttıkça annelik algılarının olumlu etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3.5). Gebelerin EDÖ ile beden algısı puanları arasında negatif yönde orta düzey ilişki saptanmış ve gebelerin eş desteği azaldıkça olumsuz beden algısının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3.5).

- Gebelerin EDÖ ile TGDÖ puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu saptanmış ve eş destek puanı azaldıkça distres puanının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3.5).

- Çalışmamızda GKAÖ alt boyut puanları ile TGDÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde gebelerin annelik algısı puanı arttıkça distres puanının azaldığı belirlemiştir (Tablo 3.5). GKAÖ beden algısı alt boyutu ile TGDÖ puanı incelendiğinde gebelerin beden algısı puanları arttıkça distres puanlarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3.5).

- Çalışmamızda TGDÖ puanı üzerine GKAÖ beden algısı puanı, GKAÖ annelik algısı puanı, EDÖ puanı ($p<.001$) ve eşin çalışma durumu ($p<.05$) olmak üzere dört bağımsız değişkenin anlamlı düzeyde etkisinin olduğu ve söz konusu dört bağımsız değişkenin gebelerin TGDÖ puanına ait değişimi (varyansı) %46 olduğu saptanmıştır (Tablo 3.9).

- Gebelerin annelik algısı puanı üzerine EDÖ puanı, GKAÖ beden algısı puanı ve gebeliği isteme durumu ($p<.001$) olmak üzere üç bağımsız değişkenin anlamlı düzeyde etkisinin olduğu ve söz konusu üç bağımsız değişkenin gebelerin annelik algısı puanına ait değişimi (varyansı) %37 olduğu saptanmıştır (Tablo 3.10).

- Gebelerin beden algısı puanı üzerine EDÖ puanı, ev işlerine yardımcı birisinin bulunması ($p<.001$) ve gebeliği isteme durumu ($p<.05$) olmak üzere üç bağımsız değişkenin anlamlı düzeyde etkisinin olduğu ve söz konusu üç bağımsız değişkenin gebelerin beden algısı puanına ait değişimi (varyansı) %24 olduğu saptanmıştır (Tablo 3.11).

5.2.Öneriler

- Bu sonuçlara göre antenatal dönemde aile sağlığı merkezlerine başvuran gebelerde distres varlığının sorgulanması, takip edilmesi uygun destek ve bakım hizmetlerinin verilmesi sağlanmalı, distresin erken dönemde teşhis edilebilmesi için formların oluşturulması ve kullanılması önerilir. Ayrıca distres düzeyi yüksek olan gebelerin takip edilmesi önerilir.
- Ebeler distres hakkında gebeleri bilgilendirmelidir.
- Doğum öncesi bakım programlarına ve gebe eğitim sınıflarına gebelerin yanında eşlerinin de dahil edilerek hem gebenin hem eşinin doğum sürecinin getirdiği yenilikler hakkında bilgi düzeyleri arttırılmalıdır.
- Doğum öncesi eğitim programlarında, özellikle eşlere gebelik döneminde eş desteğinin öneminin anlatıldığı eğitimlere yer verilmesi sağlanmalı, gebelik sürecinde kadının eş desteği algısının yükseltilmesi sağlanmalıdır.
- Planlı ve isteyerek gebeliklerin olumlu annelik algısı ve beden algısı etkisine sahip olması nedeniyle üreme sağlığı hizmetleri ve evlilik öncesi danışmanlık

hizmetleri yaygınlaştırılarak, gebeler ve eşleri için destek alabileceği ortamlar sunulmalıdır.

- Gebelikte distres, olumsuz kendilik algısı ve destek eksikliği ile baş etme becerileri oluşturulmalıdır.
- Literatürde distresi ve kendilik algısını etkilediği söylenen ancak çalışmamızda etkisi saptanmayan gebelerin sürekli ilaç kullanımı, gebelikte sorun yaşama durumu, çalışma durumu gibi faktörler yönünden gebelerin yine de sorgulanması ve daha büyük örneklem gruplarında ilişki arayıcı çalışmaların yapılması önerilir.
- Ülkemizde özellikle gebelikte eş desteğini inceleyen çalışmaların yetersizliği nedeniyle bu başlığı içeren daha çok çalışma yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

Ak H, 2014. Mesleki ve teknik eğitim kurumları öğrencilerinin internet kullanım alışkanlıkları ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Akça FA, 2014. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, 4. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, p 4-25.

Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W, 2007. 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 & Neonatal Medicine, 20, 3, 189-209.

Alderdice F, Lynn F, 2011. Factor structure of the prenatal distress questionnaire. Midwifery, 27, 4, 553-9.

Alio AP, Kornosky JL, Mbah AK, Marty PJ, Salihu HM, 2010. The impact of paternal involvement on feto-infant morbidity among Whites, Blacks and Hispanics. Maternal and child health journal, 14, 5, 735-41.

Altınçelep F, 2011. Gebelerdeki prenatal distres düzeyinin delirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Apay SE, Gümüşdaş M, 2016. Gebelikte evlilik uyumu ve sosyal destek arasındaki ilişki. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 1-8.

Arch JJ, 2013. Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? Comprehensive psychiatry, 54, 3, 217-28.

Ardahan M, 2006. Sosyal destek ve hemşirelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 9, 2, 68-75.

Arslan S, Okçu G, Coşkun AM, Temiz F, 2019. Kadınların Gebeliği Algılama Durumu ve Bunu Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6, 1, 179-92.

Aşcı H, Özer MK, 2011. Bulantı ve Kusma İçin Tedavi Önerileri. SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Saglik Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2, 3.

Atalay S, 1999. Gebelikte depresyon prevalansının sosyodemografi k özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Aile hekimliği uzmanlık tezi, hacettepe üniversitesi, Ankara.

Atasever İ, Çelik AS, 2018. Prenatal Stresin Ana-Çocuk Sağliği Üzerine Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 21, 1, 60-8.

Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak I, 2006. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 17, 4, 243-51.

Babacan Gümüş A, Çevik N, Hataf Hyusni S, Biçen Ş, Keskin G, Tuna Malak A, 2011. Gebelikte Benlik Saygisi Ve Beden İmaji İle İlişkili Özellikler. Anatolian Journal of Clinical Investigation, 5, 1.

Bacacı H, Apay SE, 2018. Gebelerde Beden İmajı Algısı ve Distres Arasındaki İlişki. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8, 2, 76-82.

Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR, 2004. Depression during pregnancy. Clinical drug investigation, 24, 3, 157-79.

Bınar E, 2011. Sığınma evinde kalan kadınların algıladıkları sosyal destek ile stresle başa çıkma tarzları ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

Blascovich J, Tomaka J, 1991. Measures of self-esteem. Measures of personality and social psychological attitudes, 1, 115-60.

Bolten MI, Wurmser H, Buske-Kirschbaum A, Papoušek M, Pirke K-M, Hellhammer D, 2011. Cortisol levels in pregnancy as a psychobiological predictor for birth weight. Archives of women's mental health, 14, 1, 33-41.

Boscaglia N, Skouteris H, Wertheim EH, 2003. Changes in body image satisfaction during pregnancy: A comparison of high exercising and low exercising women. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 43, 1, 41-5.

Brennan PA, Pargas R, Walker EF, Green P, Jeffrey Newport D, Stowe Z, 2008. Maternal depression and infant cortisol: influences of timing, comorbidity and treatment. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49, 10, 1099-107.

Can H, Çakır L, 2012. Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. The Journal of Turkish Family Physician, 3, 2, 35-42.

Candan Ö, 2012. Gebelik kaybı yaşayan çiftlerin sosyal destek sistemleri ve hemşirelik bakım desteğinin depresyon düzeylerine etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Cesur B, Ertekin ŞP, Duran Ö, 2013. İleri Yaş gebeliklerde biyopsikososyal sorunlar ve yaklaşımlar.

Chang SR, Chao YM, Kenney NJ, 2006. I am a woman and I'm pregnant: body image of women in Taiwan during the third trimester of pregnancy. Birth, 33, 2, 147-53.

Cheng ER, Rifas-Shiman SL, Perkins ME, Rich-Edwards JW, Gillman MW, Wright R, Taveras EM, 2016. The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes. Journal of Women's Health, 25, 7, 672-9.

Chou F-H, Kuo S-H, Wang R-H, 2008. A longitudinal study of nausea and vomiting, fatigue and perceived stress in, and social support for, pregnant women through the three trimesters. The Kaohsiung journal of medical sciences, 24, 6, 306-14.

Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J, 2009. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. Journal of Health Psychology, 14, 1, 27-35.

Cohen K, Capponi S, Nyamukapa M, Baxter J, Crawford A, Worly B, 2016. Partner involvement during pregnancy and maternal health behaviors. Maternal and child health journal, 20, 11, 2291-8.

Cohen K, Capponi S, Nyamukapa M, Baxter JK, Worly BL, 2014. Social determinants of partner support in pregnancy. Obstetrics and gynecology, 123, 142S-S.

Çakır CH, 2011. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi. . Turkish Family Physician, 3, 2, 35-42.

Çalık KY, Aktaş S, 2011. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3, 1, 142-62.

Çalık KY, Aktaş S, 2011. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi Depression in Pregnancy: Prevalence, Risk Factors and Treatment. Psikiyatrik Güncel Yaklasımlar [Current Approaches in Psychiatry], 3, 142-62.

Çapan EB, Owen KF, 2017. Çocukların Kendilik Değerini Geliştirmede Kendilik Değeri Geliştirme Programı ve Sosyal ve Duygusal Eğitim Programının etkililiği. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 16.62: 756-769.

Çapık A, 2013. Tilburg gebelikte distres ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Çapık A, Apay SE, Sakar T, 2015. Gebelerde distres düzeyinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18, 3.

Çapik A, Pasinlioglu T, 2015. Validity and reliability study of the T ilburg P regnancy D istress S cale into T urkish. Journal of psychiatric and mental health nursing, 22, 4, 260-9.

Çaylan A, Kısa C, Sunay D, Tekgöz İ, 2009. Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 13, 3, 132-6.

Çelik F, Köken G, Yılmazer M, 2013. Gebelikte depresyon semptomlarının sıklığı ve depresyon gelişimini etkileyen faktörler. Anatol J Clin Investig, 7, 2, 110-7.

Çiçek Ö, Mete S, 2015. Sık karşılaşılan bir sorun: Doğum korkusu. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8, 4, 263-8.

Çiltaş N, 2015. Gebelikte Distresin Tanımlanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Erzincan: Erzincan Üniversitesi, .

Çiltaş N, Yıldız 2019. Gebelikte DistresinTanımlanması: Erzincan Örneği. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7, 1, 15-24.

Çorumlu E, Ulupınar E, 2016. Prenatal Stres Maruziyetinin Nörobiyolojik Etkileri/Neurobiological Effects Of Prenatal Stress Exposure. Osmangazi Tıp Dergisi, 38, 1.

Dağlar G, (2014). Gebelik ve doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler, Yayınlanmış doktora tezi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri ….

Dağlar G, Nur N, 2014. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. Cumhuriyet Medical Journal, 36, 4, 429-41.

Dalak H, 2010. Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Türkiye.

Darcan AF, 2016. Evlilik Doyumunun, Eş Desteği, Evlilik İletişim Şekilleri Ve Psikolojik İyi Oluş İle İlişkisi,T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dali Klinik Psikoloji Bilim Dali

Davis EP, Glynn LM, Schetter CD, Hobel C, Chicz-Demet A, Sandman CA, 2007. Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46, 6, 737-46.

Demiriz G, Baran BH, 2018. 'Babalık Deneyimleri'nde Erkekliklerin Değiş (mey) en Yüzü: Blogger Babaların Anlatıları Üzerinden Bir Analiz. Gaziantep University Journal of Social Sciences, 17, 3, 1074-89.

Demiryay A, 2006. Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar, Yüksek Lisans Tezi..Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Diego MA JN, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez Garcia A. , 2006. Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. Psychosomatic Medicine, 68, 747-53.

Diego MA, Jones NA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Garcia A, 2006. Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. Psychosomatic medicine, 68, 5, 747-53.

DiPietro JA, Millet S, Costigan KA, Gurewitsch E, Caulfield LE, 2003. Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviors during pregnancy. Journal of the American Dietetic Association, 103, 10, 1314-9.

Doğan T, 2016. Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3, 30.

Duncombe D, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Kelly L, 2008. How well do women adapt to changes in their body size and shape across the course of pregnancy? Journal of health psychology, 13, 4, 503-15.

Dündar T, Özsoy S, Hilmiye A, Toptaş B, 2019. Obstetrik Özelliklerin Gebelikte Distres Üzerine Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 22, 1, 17-24.

Ersoy F, Edirne T, Oğuz TF, 2003. Birinci basamakta anksiyete bozuklukları. Sted, 12, 9, 326-7.

Ertuğrul M, 2013. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği' Nin Türkçe'ye Uyarlanmasi: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalişmasi, Doğum Ve Kadin Hastaliklari Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi.

Eskici L, Demir Akca AS, Atasoy N, Arikan İ, Harma M, 2012. Gebelerde Depresyon ve Anksiyete BozukluğununObstetrik Sonuçlari Ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. Anatolian Journal of Clinical Investigation, 6, 1.

Faisal-Cury A, Menezes PR, 2007. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. Archives of women's mental health, 10, 1, 25-32.

Gabbe SG, Niebyl, J. R., Simpson, J. L. , 2009. Obstetri normal ve sorunlu gebelikler.(ss 56). İstanbul: Nobel kitabevleri.

Gavin NI GB, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. , 2005. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. . Obstetrics and Gynecology, 106, 1071-83.

Gökler R, 2012. Modern Çağin Hastaliği; Stres Ve Etkileri/The Disease of Modern Era; Stress and its Effects. Journal of History Culture and Art Research, 1, 3, 154-68.

Gözüyeşil ŞA, Çetinkaya Ş, , 2008. Gebekadınlarda depresyon durumu ve bunuetkileyen etmenlerin incelenmesi. FıratSağlık Hizmetleri Dergisi, 3, 39-66.

Güçlü N, 2001. Stres yönetimi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21, 1.

Gümüşay M, 2017. Gebelikte Kadının Beden Algısının ve Eşlerin Cinsel Fonksiyonunun İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş, 2015. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2015;19(3):122.

Jomeen J, 2005. The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: A literature review. Clinical Effectiveness in Nursing, 8, 3-4, 143-55.

Kalkan O, Varma S, (2013). Gebelik sırasında ruhsal hastalıkların gidişi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.

Kamalak H, 2015. Yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G, 2007. Gebelerde Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrasi Dönemlerde Durumluk Kaygi Düzeylerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 10, 1, 113-21.

Karaçam Z, Ançel G, 2009. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. Midwifery, 25, 4, 344-56.

Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H, 2011. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 45, 2, 65-74.

Kaya F, Serin Ö, 2008. Doğum Öncesi Bakımın Niteliği, Turk J Obstet Gynecol, 5, 1, 28-35.

Kılıçarslan S, 2008. Edirne şehir merkezinde'ki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri.

Kinsella MT, Monk C, 2009. Impact of maternal stress, depression & anxiety on fetal neurobehavioral development. Clinical obstetrics and gynecology, 52, 3, 425.

Kırkan S, 2014. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve ilişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. A.Ü. Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi , Erzurum (Danışman: Prof. Dr. N. Aydın). .

Kitapçıoğlu G, Yanıkkerem E, Sevil Ü, Yüksel D, 2008. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalısması. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,9,1, 47-54.

Kızılkaya Beji N, 2015. Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları.İstanbul:Nobel Tıp Kitapevleri.

Koyuncu SB, 2013. Son trimester nullipar gebelerde bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin psikososyal sağlık düzeyine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Konya.

Körükcü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoğlu K, 2017. Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Clinical and Experimental Health Sciences, 7, 4, 159-65.

Kuğu N, Akyüz G. , 2001. Gebelikte ruhsal durum Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23, 1, 61-4.

Kumcağız H, 2012. Gebe kadınlarda beden algısı ve benlik saygısının bazı değişkenlere göre incelenmesi International Journal of Human Sciences, 9, 691-713.

Kumcağız H, Ersanlı E, Murat N, 2017. Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özellikleri. Journal of Psychiatric Nursing, 8, 1, 23-31.

Lee AM, Lam SK, Lau SMSM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT, 2007. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. Obstetrics & Gynecology, 110, 5, 1102-12.

Major B, Barr L, Zubek J, Babey SH, 1999. Gender and self-esteem: A meta-analysis. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10277-009.

Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ, 2008. Gebelikte depresyon. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 28, 4, 525-32.

Martin LT, McNamara MJ, Milot AS, Halle T, Hair EC, 2007. The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal smoking. Maternal and child health journal, 11, 6, 595-602.

Matthey S, 2005. Assessing for psychosocial morbidity in pregnant women. . Canadian Medical Association Journal, 173, 3, 267-9.

Melender HL, 2002. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. Birth, 29, 2, 101-11.

Mercan Z, ŞAHİN FT, 2017. Babalık Rolü ve Farklı Kültürlerde Babalık Rolü Algısı The Father's Role and The Fathers Role Perception in Different Cultures.

Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E, 2010. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1, 2, 71-6.

Metin A, 2014. Gebelerin Algiladiklari Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma Arasindaki İlişki.yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Mulder EJ, De Medina PR, Huizink AC, Van den Bergh BR, Buitelaar JK, Visser GH, 2002. Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. Early human development, 70, 1-2, 3-14.

Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn H, 2009. Cuando la depresión complica la maternidad: directrices para la detección selectiva y el tratamiento durante la asistencia obstétrica antenatal y posparto. Clínicas obstétricas y ginecológicas de Norteamérica, 36, 4, 771-88.

Namık T, 2019. Son Trimester Gebelerde Sosyal Destek Algısının Prenatal Distres Üzerine Etkisi ,Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.

Nazik F, Oguzoncul AF, 2017. Depression and influencing factor in pregnancy: A community-based study. International Journal of Medical Science and Public Health, 6, 11, 1635-40.

Okanli A, Tortumluoglu G, Kirpinar İ, 2003. Gebe kadinlarin ailelerinden algiladiklari sosyal destek ile problem çözme becerileri arasindaki iliski1/The relationship between pregnant women perceived social support from family and problem solving skill. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4, 2, 98.

Olçay GU, 2016. Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerde algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi.

Özbey S, 2012. Ebeveynlerin evlilik uyumu vealgıladıkları sosyal destek ile altı yaşçocuklarının problem davranışlarıarasındaki ilişkinin incelenmesi. Gazi Üniversitesi Kastamonu Eğitim Dergisi, 20, 43-62.

Özdemir BS, Nazik E, Nazik H, Kanbur A, 2010. Hiperemezis gravidarum tanısı alan gebelerin sosyal destek düzeyinin belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 9, 5, 463-70.

Özen O, Mihmanlı V, Çetinkaya N, Yumuşak R, Çiftçi Y, Gökçen İ, 2013. Hiperemezis gravidarumlu gebelerde anksiyete ve depresyon ilişkisi ve sıklığının değerlendirilmesi. Okmeydanı Tıp Dergisi, 29, 3, 143-6.

Özkan S, 1993. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul, ROCHE.

Özorhan E, Apay ES, Şahin AÖ., 2014. Gebelikte ruh sağlığı. Yıldızırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 2, 3, 34-42.

Özorhan EY, Pasinlioğlu T, 2012. Gebelerin gebelik sürecinde beden imajını algılama durumlarının belirlenmesi. Maltepe Tıp Dergisi, 4, 4, 16-.

Öztürk EAG, Gebelikte Depresyon Belirtilerinin Ortaya Çikmasinda Psikososyal Faktörlerin Ve Kişilerin Psikolojik Dayanikliliğinin Etkileri.

Öztürk N, Aydın N, 2018. Maternal Prenatal Stresin Gelişmekte Olan Fetüse Etkileri. Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics, 11, 2, 16-21.

Pınar ŞE, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G, 2014. Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7, 3.

Pişkin M, 1999. Özsaygıyı geliştirme eğitimi. İlköğretimde rehberlik, 95-123.

Plotnik R, Geniş T, Çiftçi SD, Dağ H, 2009. Psikoloji'ye giriş, Kaknüs Yayınları, p.

Pottinger AM, Trotman-Edwards H, Younger N, 2009. Detecting depression during pregnancy and associated lifestyle practices and concerns among women in a hospital-based obstetric clinic in Jamaica. General hospital psychiatry, 31, 3, 254-61.

Prost A, Lakshminarayana R, Nair N, Tripathy P, Copas A, Mahapatra R, Rath S, Gope RK, Rath S, Bajpai A, 2012. Predictors of maternal psychological distress in rural India: a cross-sectional community-based study. Journal of affective disorders, 138, 3, 277-86.

Sevindik F, 2005. Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi.

Sezer Ö, 2010. Ergenlerin Kendilik Algılarının Anne Baba Tutumları ve Bazı Faktörlerle İlişkisi (ss. 1-19). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 7, 1, 1-19.

Skouteris H, Carr R, Wertheim EH, Paxton SJ, Duncombe D, 2005. A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. Body image, 2, 4, 347-61.

Sokoya M, Farotimi A, Ojewole F, 2014. Women's perception of husbands' support during pregnancy, labour and delivery. IOSR Journal of Nursing and Health Science, 3, 3, 45-50.

Stapleton LRT, Schetter CD, Westling E, Rini C, Glynn LM, Hobel CJ, Sandman CA, 2012. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. Journal of Family Psychology, 26, 3, 453.

Stuart GW, 2014. Principles and practice of psychiatric nursing-e-book, Elsevier Health Sciences, p.

Şahin GN, 2011. Üniversite öğrencilerinin kendini açma, öznel iyi oluş ve algıladıkları sosyal destek düzeylerinin karşılaştırılması, DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Şahin N, Hüsniye D, Dişsiz M, 2009. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 40, 2, 57-62.

Şahin NH, Basim HN, Çetin F, 2009. Kişilerarası Çatişma Çözme Yaklaşımlarında Kendilik Algısı ve Kontrol Odağı. Turk Psikiyatri Dergisi, 20, 2.

Şahsıvar M, 2007. Riskli Gebeliklerde Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Selçuk Ü. Meram Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi , Konya .

Şimşek HN, Demirci H, Bolsuy N, 2018. Sosyal destek sistemleri ve ebelik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8, 2, 97-103.

Taşkın L, 2016. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Akademisyen Yayınevi, 16. baskı..

Tetikkurt C, 2000. Gebelikte solunum fizyolojisi. Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 31, 2.

Togher KL, Treacy E, O'Keeffe GW, Kenny LC, 2017. Maternal distress in late pregnancy alters obstetric outcomes and the expression of genes important for placental glucocorticoid signalling. Psychiatry research, 255, 17-26.

Tunçel NT, Süt HK, 2019. Gebelikte Yaşanan Anksiyete, Depresyon ve Prenatal Distres Düzeyinin Doğum Öncesi Bebeğe Bağlanmaya Etkisi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 16, 1.

Tuttle DW, Tuttle NR, 2004. Self-esteem and adjusting with blindness: The process of responding to life's demands, Charles C Thomas Publisher, p.

Uludağ E, Samiye M, 2014. Doğum Eyleminde Destekleyici Bakim. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 3, 2, 22-9.

Vırıt O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H, 2008. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi. 45, 1, 9–13.

Xie R-H, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW, 2009. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. Annals of epidemiology, 19, 9, 637-43.

Yanıkkerem ÖGE, Altıparmak ÖGS, Karadeniz G, 2006. Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 10, 10.

Yıldırım İ, 2016. Eş destek ölçeğinin geliştirilmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3, 22.

Yıldız H, 2011. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4, 1, 63-74.

Yılmaz SD, Beji NK, 2010. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tip Dergisi, 20, 3.

Yurdakul M, Çalık Yeşilçiçek, K., Çetin, F. C., 2018. Gebelikte sık görülen rahatsızlıklar ve alınacak önlemler, içinde ebeler ve ebelik öğrencileri için doğum öncesi dönem. . Medikal Sağlık ve Yayıncılık, 1(379), 195-205.

Yücel M, Sivaslıoğlı A, 2005. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, Palmiye Yayıncılık, Ankara, ss: 127 .

Yücel P, Çayır Y, Yücel M, 2013. Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. Klinik Psikiyatri, 16, 83-7.

Yüksel F, Akın S, Durna Z, 2011. “Prenatal Distres Ölçeği” nin Türkçe’ye Uyarlanması ve Faktör Analizi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD), 8, 3, 43-51.

7.EKLER

7.1.EK-A. Kişisel Bilgi Formu

BÖLÜM I) Sosyo Demografik Özellikler

1. Yaş ……. 2. Evlilik süresi……

3.Aile tipi 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile

4. Eğitim düzeyi

1) ilköğretim 2) Lise mezunu 3) Üniversite ve üzeri

5. Çalışma durumu : 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

6.Eşinizin yaşı…….

7.Eşin eğitim düzeyi

1) ilköğretim 2) Lise mezunu 3) Üniversite ve üzeri

8. Eşin çalışma durumu : 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

9. Gebelerin gelir durumu algısı : 1) Kötü 2) Orta 3) İyi

10.Yaşadığınız yer? 1) Köy/ İlçe 2) İl

BÖLÜM II) Obstetrik Özelliklere İlişkin Bilgiler:

11. İlk gebelik yaşı……. 12.**Şu anki gebelik haftası …….**

13. Gebeliğin istenme durumu:

1) İstenen gebelik2) İstenmeyen gebelik

14. Şu an ki gebeliğiniz planlamış bir gebelik mi?

1. Hayır 2. Evet

15.Gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

1. Hayır 2. Evet (Cevabınız evet ise hangi sorunları yaşadınız?.....…….)

16. Şu anda yemek yapma, ev işleri gibi konularda bir yardımcınız var mı?

1. Hayır 2. Evet (cevabınız evet ise yazınız ……..……)

17. Bir sıkıntınız, sorununuz olduğunda konuşabileceğiniz biri var mı?

1. Hayır 2. Evet (cevabınız evet ise yazınız ……..……)

18.Genel olarak eşinizle ilişkilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1. Kötü 2.Orta 3. İyi

7.2.EK 2-B Eş Destek Ölçeği (EDÖ)

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

7.3.EK 3-CTilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)

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.

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

7.4.EK 4-D. Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği (GKAÖ)

	Her zaman (4)	**Çoğu zaman (3)**	**Bazen (2)**	**Hiçbir zaman (1)**
1.Gebeliğimle birlikte bir kadından öte "anne" olarak var olacağımı hissetmekten mutluyum.				
2.Doğurabileceğim için kendimi şanslı hissediyorum.				
3.İyi bir anne olacağımı düşünüyorum				
4.Bebeğim olacağı için kendimi özel hissediyorum.				
5.Gebelikte eşimin desteğinden mutlu oluyorum.				
6.Gebeliğimle ilgili eşimle yaptığımız konuşmalardan mutluluk duyuyorum.				
7.Dünyaya bir bebek getireceğim için mutluyum.				
8.Aşırı kilo aldığım için eskisi kadar kendimi beğenmiyorum.				
9.Gebeliğime bağlı sorunlar yaşayacağım kaygısı içindeyim.				
10. Tekrar aynı beden yapısına dönemeyeceğimin kaygısını yaşıyorum.				
11.Vücudumun hep böyle kalacağından korkuyorum.				
12.Sevdiğim eski kıyafetlerimi tekrar giyemeyeceğimi düşünüyorum.				

7.5. EK-E Etik Kurul Kararı

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Sayı:

Tarih: 25/09/2019

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME FORMU

Toplantı tarihi: 25.09.2019
Toplantı no: 11
Proje no: 1231
Karar no: 2019/1231

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Dr. Öğr. Üyesi Hacer ALAN DİKMEN ***"Gebelerde Eş Desteğinin Annelik Rolü, Beden Algısı ve Distress Düzeyi İle İlişkisi"*** adlı çalışması görüşüldü. Çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Handan ERTAŞ (Başkan)

Prof. Dr. Didem ÖNAY DERİN (Üye)

Prof. Dr. Kezban TEPELİ (Üye)

Doç. Dr. Nur FEYZAL KESEN (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Emel FİLİZ (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Gülperi DEMİR (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Emine ERGİN(Üye)
Katılmadı

Dr. Öğr. Üyesi Neslihan LÖK (Üye)
Katılmadı

Dr. Öğr. Üyesi Bihter AKIN(Üye)

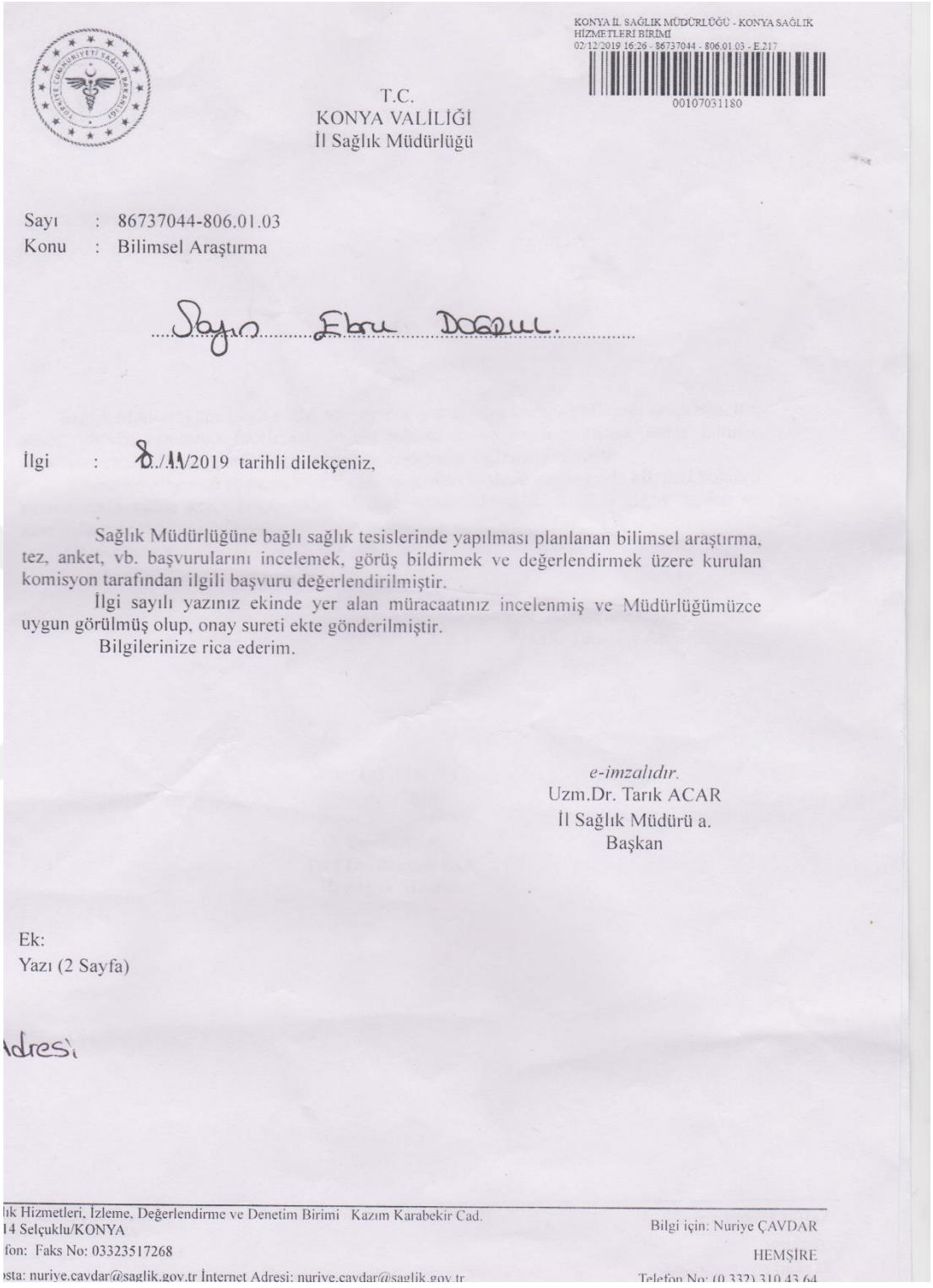
Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇANKAYA (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Özden KUŞCU(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Sinan AKÇAY(Üye)

Arş Gör Dr. Cengiz ÇELİK (Üye)

7.6 EK-F İl Sağlık Müdürlüğü İzni



KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
02/12/2019 16:26 - 86737044 - 806.01.03 - E.217
00107031180

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 86737044-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma

Sayın Ebru DOĞRUL.

İlgi : 8./11/2019 tarihli dilekçeniz,

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından ilgili başvuru değerlendirilmiştir.

İlgi sayılı yazınız ekinde yer alan müracaatınız incelenmiş ve Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, onay sureti ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr. Tarık ACAR
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan

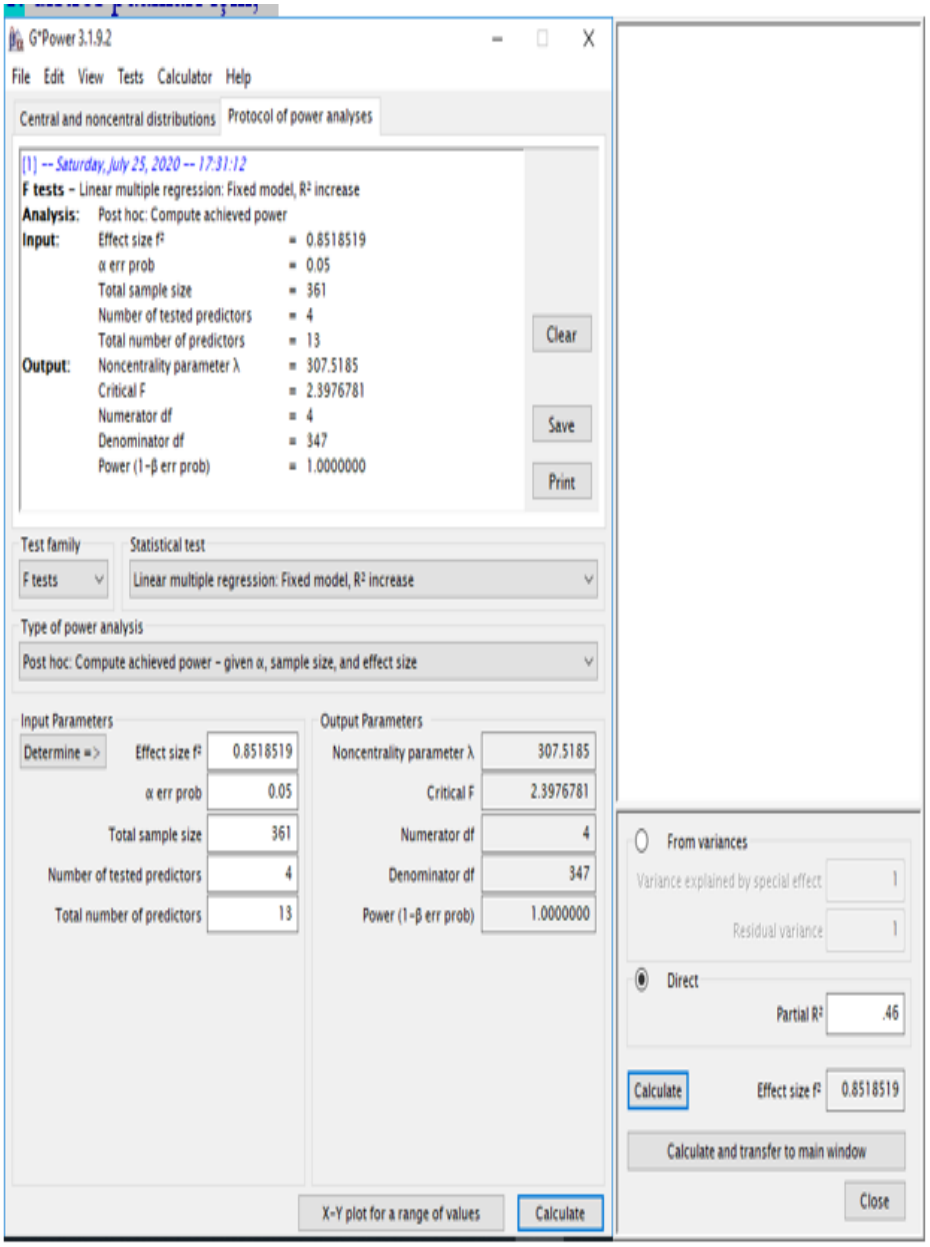
Ek:
Yazı (2 Sayfa)

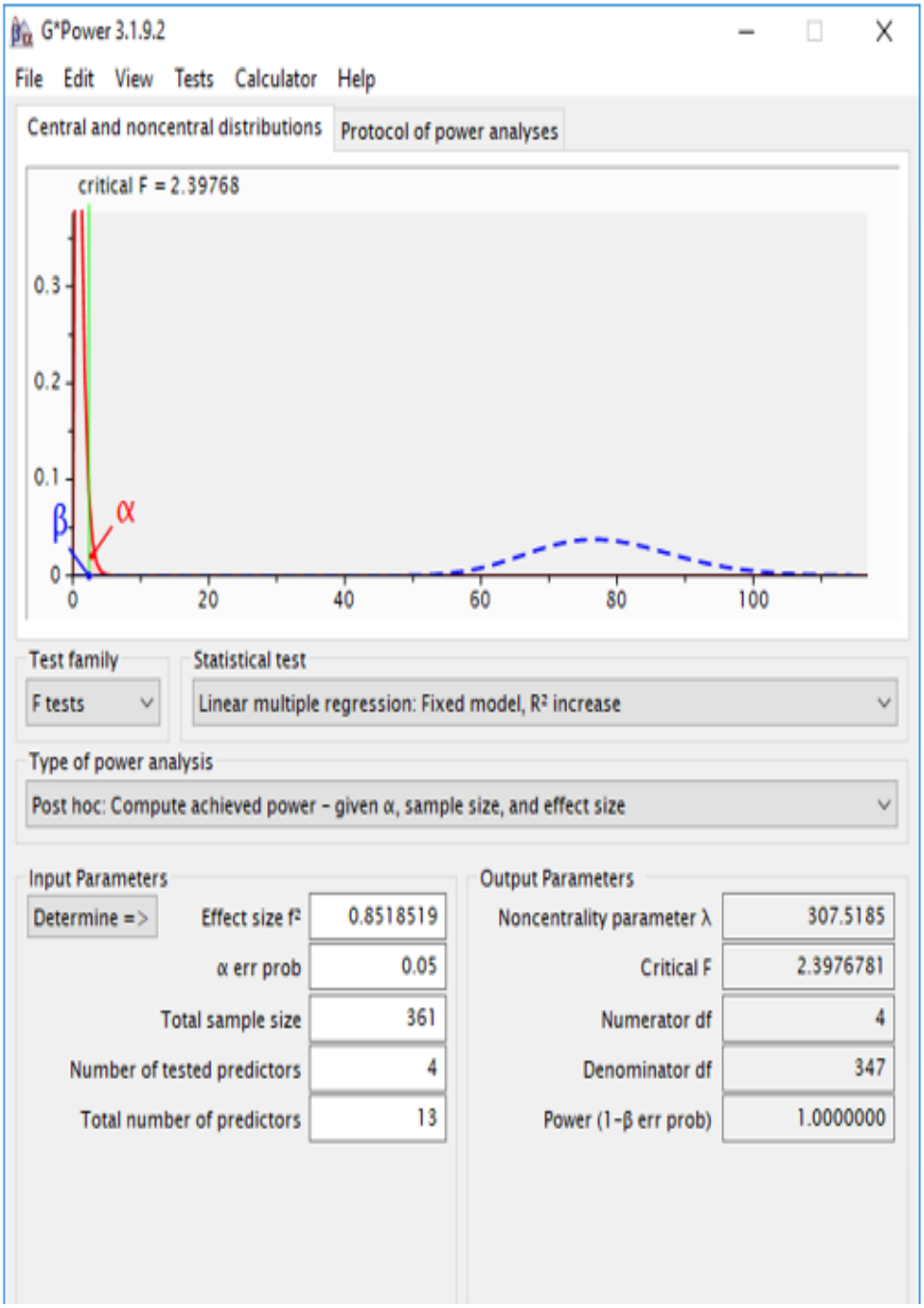
Adresi

lık Hizmetleri, İzleme, Değerlendirme ve Denetim Birimi Kazım Karabekir Cad.
14 Selçuklu/KONYA
fon: Faks No: 03323517268
sta: nuriye.cavdar@saglik.gov.tr İnternet Adresi: nuriye.cavdar@saglik.gov.tr

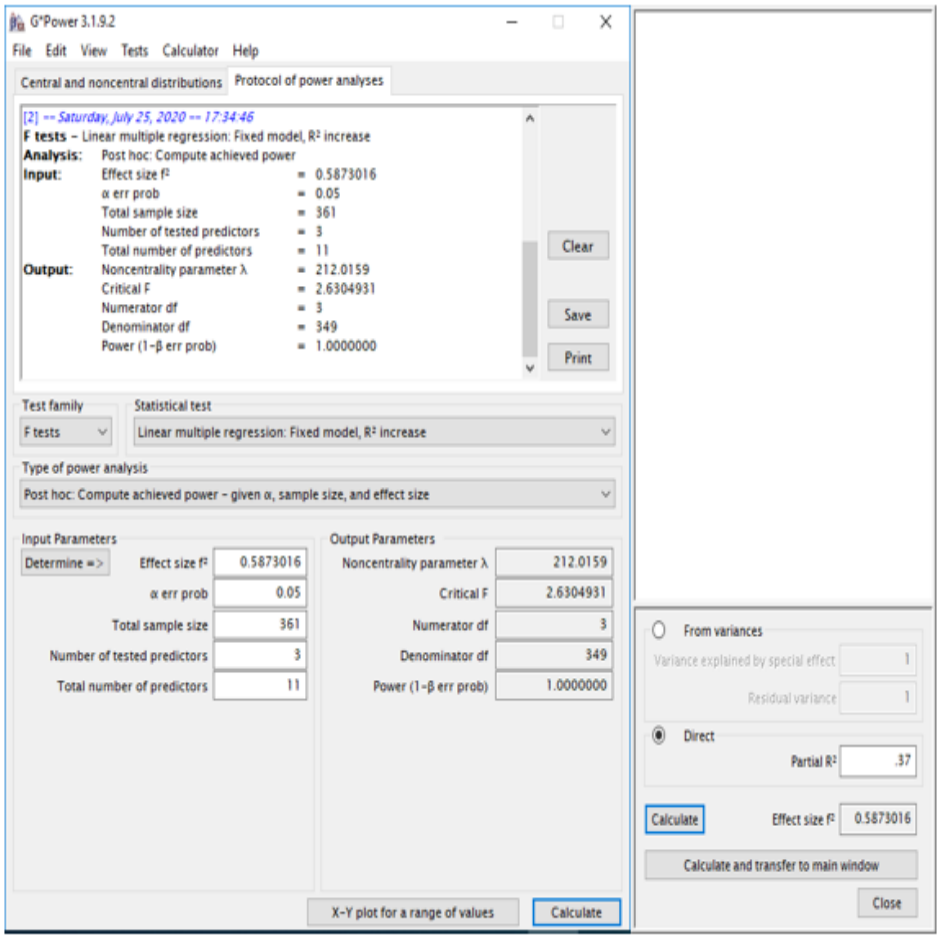
Bilgi için: Nuriye ÇAVDAR
HEMŞİRE
Telefon No: (0 332) 310 43 64

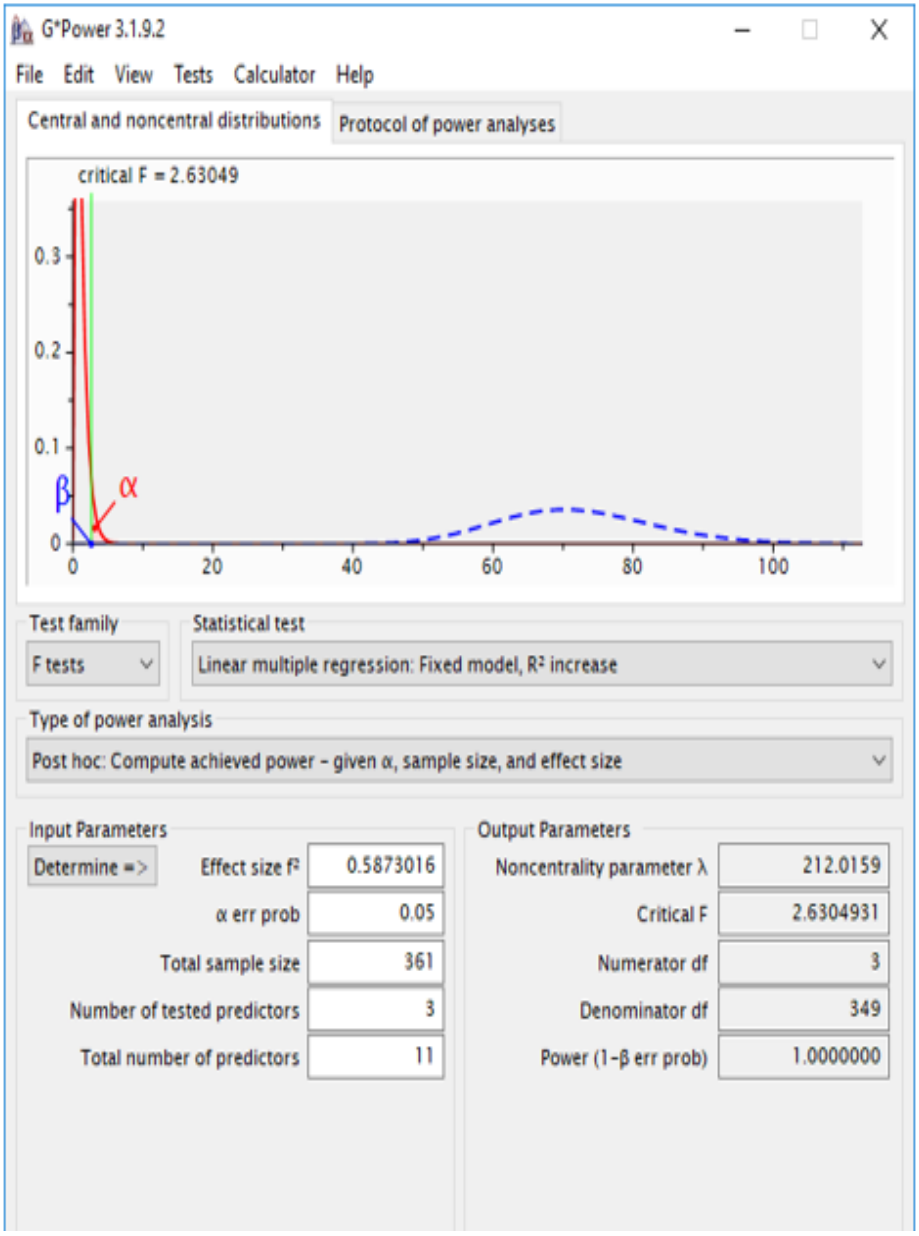
7.7. E-G Tilburg Distres için posthoc güç analizi orjinal sonuçları



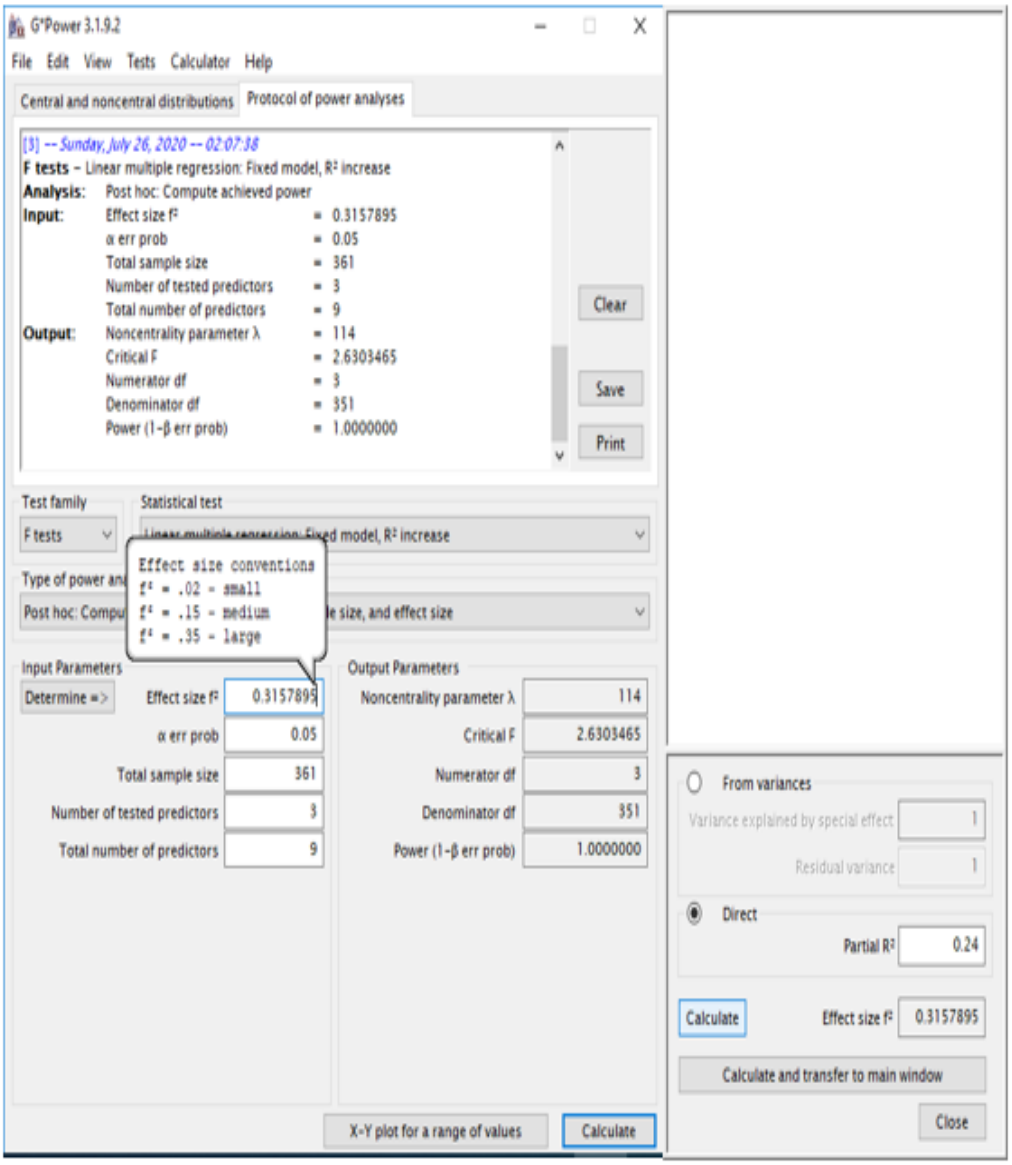

G*Power 3.1.9.2
File Edit View Tests Calculator Help
Central and noncentral distributions
Protocol of power analyses
critical F = 2.39768
0.3
0.2
0.1
0
β
α
0
20
40
60
80
100
Test family
F tests
Statistical test
Linear multiple regression: Fixed model, R² increase
Type of power analysis
Post hoc: Compute achieved power – given α, sample size, and effect size
Input Parameters
Determine =>
Effect size f²
0.8518519
α err prob
0.05
Total sample size
361
Number of tested predictors
4
Total number of predictors
13
Output Parameters
Noncentrality parameter λ
307.5185
Critical F
2.3976781
Numerator df
4
Denominator df
347
Power (1-β err prob)
1.0000000

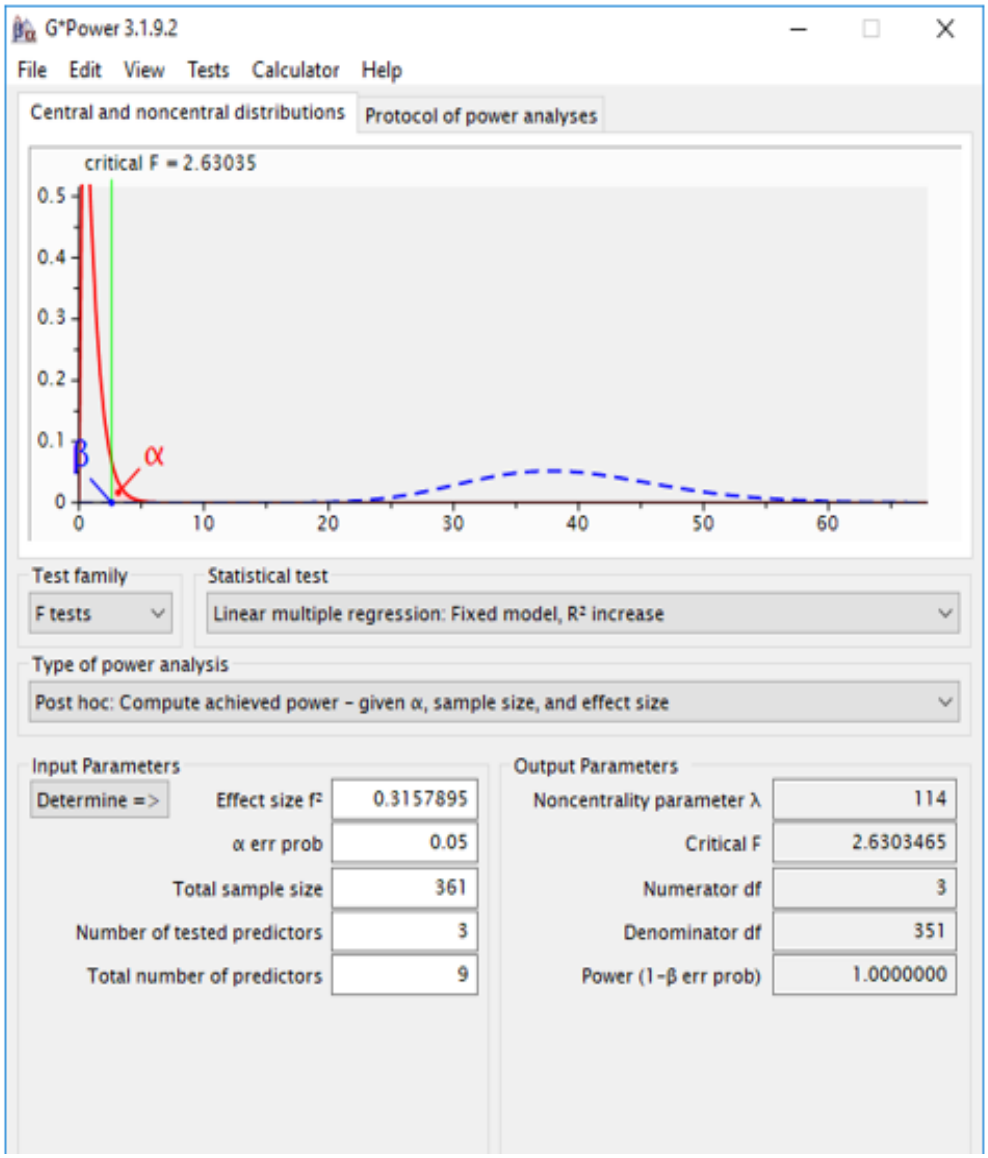
7.8. EK-H Annelik Algısı için posthoc güç analizi orjinal sonuçları



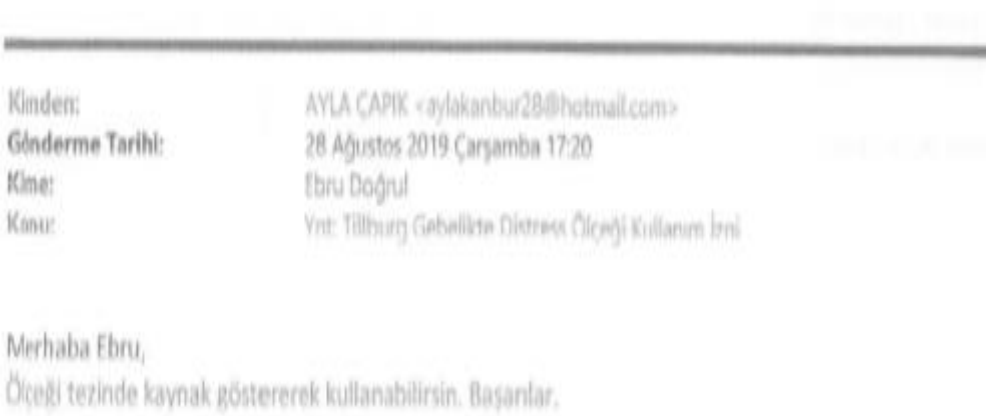

G*Power 3.1.9.2
File Edit View Tests Calculator Help
Central and noncentral distributions
Protocol of power analyses
critical F = 2.63049
0.3
0.2
0.1
0
β
α
0
20
40
60
80
100
Test family
F tests
Statistical test
Linear multiple regression: Fixed model, R² increase
Type of power analysis
Post hoc: Compute achieved power – given α, sample size, and effect size
Input Parameters
Determine =>
Effect size f²
0.5873016
α err prob
0.05
Total sample size
361
Number of tested predictors
3
Total number of predictors
11
Output Parameters
Noncentrality parameter λ
212.0159
Critical F
2.6304931
Numerator df
3
Denominator df
349
Power (1-β err prob)
1.0000000

7.9. EK-I Beden Algısı için posthoc güç analizi orjinal sonuçları




G*Power 3.1.9.2
File Edit View Tests Calculator Help
Central and noncentral distributions
Protocol of power analyses
critical F = 2.63035
0.5
0.4
0.3
0.2
0.1
0
β
α
0 10 20 30 40 50 60
Test family
F tests
Statistical test
Linear multiple regression: Fixed model, R² increase
Type of power analysis
Post hoc: Compute achieved power – given α, sample size, and effect size
Input Parameters
Determine =>
Effect size f²
0.3157895
α err prob
0.05
Total sample size
361
Number of tested predictors
3
Total number of predictors
9
Output Parameters
Noncentrality parameter λ
114
Critical F
2.6303465
Numerator df
3
Denominator df
351
Power (1-β err prob)
1.0000000

7.10. EK-J Ölçek mail izinleri



Kimden: AYLA ÇAPIK <aylakanbur28@hotmail.com>
Gönderme Tarihi: 28 Ağustos 2019 Çarşamba 17:20
Kime: Ebru Doğrul
Konu: Yrt: Tillburg Gebelikte Distress Ölçeği Kullanım İzni

Merhaba Ebru,
Ölçeği tezinde kaynak göstererek kullanabilirsin. Başarılar.

Kimden: Hatice Kumcagiz <haticek@omu.edu.tr>
Gönderme Tarihi: 26 Ağustos 2019 Pazartesi 10:47
Kime: Ebru Doğrul
Konu: Re: Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği Kullanım İzni
Ekler: Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği.docx

Sevgili Ebru,
Ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçek ve ilgili bilgiler ektedir. Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum. Sevgiler...

Doç. Dr. Hatice KUMCAĞIZ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Eğitim Fakültesi
Eğitim Bilimleri Bölümü
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı
Kurupelit Kampüsü
SAMSUN

----- Orijinal Mesaj -----
Kimden: Ebru Doğrul <e.dogrul24@gmail.com>
Kime: haticek@omu.edu.tr
Gönderilenler: Sun, 25 Aug 2019 16:00:09 +0300 (EET)
Konu: Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Hocam,

Ben Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. 'Gebelerin algıladığı eş desteği ile gebelerin kendilerini algılama ve distress düzeyi arasındaki ilişki' adlı tez çalışmam için sizin geliştirmiş olduğunuz " Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği'ni izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

Kimden: İbrahim Yıldırım <ibrahim.yyildirim@gmail.com>
Gönderme Tarihi: 27 Ağustos 2019 Salı 10:08
Kime: Ebru Doğrul
Konu: Re: EŞ DESTEK ÖLÇĞİ KULLANIM İZNİ
Ekler: EDÖ--Eş Destek Ölçeği --2018-ev.doc

Sayın Ebru Doğrul,
YL tez çalışmanızda kullanmanız amacıyla EDÖ ekte sunulmuştur. Kolaylıklar ve başarılar diliyorum.
prof. Dr. İbrahim YILDIRIM

Ebru Doğrul <e.dogrul24@gmail.com>, 25 Ağu 2019 Paz, 15:46 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Hocam,

Ben Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. 'Gebelerin algıladığı eş desteği ile gebelerin kendilerini algılama ve distress düzeyi arasındaki ilişki' adlı tez çalışmam için sizin geliştirmiş olduğunuz 'Eş Destek Ölçeği''ni izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Şimdiden Teşekkür eder iyi çalışmalar dilerim.

Windows 10 için Posta ile gönderildi

7.11. EK-K Aydınlatılmış Onam Formu

"Gebelerde eş desteğinin annelik rolü, beden algısı ve distres düzeyi ile ilişkisi" isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırma, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü Öğrencisi Ebru DOĞRUL'un sorumluluğu altındadır. Bu çalışmada gebelerde eş desteğinin annelik rolü, beden algısı ve distres düzeyi ile ilişkisi üzerine etkisini araştırmak amaçlanmıştır. Araştırmaya sizinle birlikte 361 gebe katılacaktır. Sizin de katıldığınız bu çalışmada size tanımlayıcı özellikleri, gebelik özelliklerinizi içeren anket formu ile eş desteği, distres düzeyi, kendilik algısı olmak üzere 3 adet ölçeği de yanıtlamanızı isteyeceğim. Araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde hemşirelik literatüründe yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır. Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacak ve sizden ücret talep edilmeyecektir. Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Ebru Doğrul

GÖREVİ : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü Öğrencisi

TELEFON :

8. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER **Adı Soyadı:** Ebru OĞRUL **Doğum Tarihi:** 10.11.1996 **Doğum Yeri:** TAŞKENT/KONYA **Uyruğu:** T.C. **E-Mail:** e.dogrul24@gmail.com
EĞİTİM **İlköğretim:** Balcılar İlköğretim Okulu (2002) **Lise:** Fikriye Mehmet Çakır Anadolu Sağlık Meslek Lisesi (2010-2014) **Lisans:** Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi (2014-2018) **Yüksek Lisans:** Selçuk Üniversitesi (2018-2020)
MESLEKİ DENEYİM Konya Kadınhanı İlçe Sağlık Müdürlüğü Çeşmecik Sağlık Evi (2019-halen)