

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

**ACİLE BAŞVURAN GEBELERDE EŞ DESTEĞİ
ALGISININ STRES DÜZEYİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nefise BERTAN

Enstitü Anabilim Dalı: Ebelik

Tez Danışmanı: **Doç. Dr. Yasemin HAMLACI BAŞKAYA**

SAKARYA-2025

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİLE BAŞVURAN GEBELERDE EŞ DESTEĞİ
ALGISININ STRES DÜZEYİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nefise BERTAN

Enstitü Anabilim Dalı: Ebelik

Bu tez 03/11/2025 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA

BEYAN

Bu alışma T.C. Sakarya Üniversitesi Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan 01/11/2024 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin zgn çalışmam olduğunu ve planlanması aşamasından tamamlanmasına kadar hiçbir etik ihlalde bulunmadığımı, tezdeki yer alan verileri ve bilgileri akademik ve etik ilkelere göre topladığımı, tez çalışmasının dışında kalan tüm bilgi ve yorumların kaynaklarını gösterdiğimi, belirten kaynakları kaynaklar listesine dahil ettiğimi, bu tezi hazırlarken, hiçbir aşamada patent ve telif haklarına aykırı bir uygulama yapmadığımı beyan ederim.

03/11/2025

Nefise BERTAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans dönemimde büyük emek, özveri ve sabır gösterdiğim tez dönemimi tamamlamamın gururunu ve mutluluğunu yaşıyorum. Tez çalışmamın başlangıcından bitimine kadar bilgilerini ve desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Doç. Dr. Yasemin Hamlacı Başkaya'ya, yüksek lisansa başlamam için beni teşvik eden kıymetli hocam Doç. Dr. Zekiye Turan'a, beni destekleyen iş arkadaşlarıma, pes ettiğim yerde devam etmemi söyleyen Hicran Ulusoy'a ve yardımları için yöneticilerimize teşekkür ederim. Ayrıca beni yetiştiren, okutan ve her zaman yanımda duran anneme, babama ve varlıklarıyla gurur duyduğum aile fertlerime teşekkür ederim. Bu tezi hayatımda bana en güzel duyguları yaşatan sevgili kızıma armağan ediyorum.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	v
TABLolar	vi
ÖZET.....	vii
SUMMARY	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. GEBELİK.....	4
2.2. GEBELİKTE FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER.....	4
2.2.1. Kardiyovasküler Değişiklikler.....	4
2.2.2. Solunum Değişiklikleri.....	5
2.2.3. Gastrointestinal Değişiklikler	5
2.2.4. Üriner Değişiklikler	6
2.2.5. Hematolojik Değişiklikler	6
2.2.6. Endokrin Değişiklikler.....	7
2.2.7. Memedeki Değişiklikler	7
2.3.GEBELİKTE ACİL DURUMLAR.....	8
2.4.GEBELİKTE ACİLE BAŞVURU NEDENLERİ.....	9
2.4.1. Gebeliğin İlk Yarisındaki Sorunlar.....	9
2.4.2. Gebeliğin İkinci Yarisındaki Sorunlar.....	12
2.5. GEBELİKTE RUH SAĞLIĞI.....	16
2.5.1. Gebelikte Stres.....	17
2.5.1.1. Gebelikte stres nedenleri.....	20
2.6. GEBELİKTE SOSYAL DESTEK	22
2.6.1. Gebelikte Sosyal Destek Sistemleri.....	24
2.6.2. Gebelikte Eş Desteği.....	25
2.7. ACİL DURUMLARDA EŞ DESTEĞİNİN ÖNEMİ	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	29
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI	29
3.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ	29
3.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	29
3.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	30
3.6. ÖRNEKLEM SEÇİM KRİTERLERİ	30
3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	30
3.6.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	30
3.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ.....	31
3.7.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	31
3.7.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	31
3.8. VERİ TOPLAMA SÜRECİ	31
3.9. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	31
3.9.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-2).....	31
3.9.2. Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği (Ek-3)	31
3.9.3. Gebelerde Eş Desteği Algısı Ölçeği (Ek-4).....	32
3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	32
3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	33
3.12. ARAŞTIRMA TAKVİMİ	33
3.13. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ.....	33
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
KAYNAKLAR	64
EKLER.....	80
ÖZGEÇMİŞ	87

KISALTMA VE SİMGELER

ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
ASB	: Aseptomatik Bakteriüri
CRH	: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
DDA	: Düşük Doğum Ağırlığı
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
EDT	: Erken Doğum Tehdidi
EMR	: Erken Membran Ruptürü
GEDAÖ	: Gebelerde Eş Desteği Algısı Ölçeği
GHT	: Gestasyonel Hipertansiyon
GnRH	: Gonodotropin Salgılatıcı Hormon
GSDÖ	: Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği
HbA1c	: Glikozlanmış Hemoglobin
HEG	: Hiperemesis Gravidarum
HELLP	: Hemoliz, Yüksek Karaciğer Enzimleri ve Düşük trombosit
IL	: İnterlökin
IUGR	: İntrauterin Gelişme Kısıtlılığı
İYE	: İdrar Yolu Enfeksiyonları
PPROM	: Preterm Prematüre Membran Ruptürü
SGA	: Gebelik Yaşına Göre Küçük
T3	: Triiyodotironin
T4	: Troksin
TGB	: Karaciğer Tarafından Tiroksin Bağlayıcı Globulin
WHO	: World Health Organization

TABLÖLAR

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=334)	35
Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=334).....	36
Tablo 4.3. GSDÖ ve GEDAÖ İlişkin Betimleyici İstatistikler ve Psikometrik Özelliklere Ait Bulgular	37
Tablo 4.4. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre GSDÖ ve GEDAÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.5. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre GSDÖ ve GEDAÖ Toplam ve Alt Boyut Değer Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
Tablo 4.6. Gebelikte Stres Değerlendirme Ölçeği, Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği ve Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki	46
Tablo 4.7. Gebelik Döneminde Acile Başvuran Gebelerin Stres Düzeylerini Etkileyen Faktörler: Çok Değişkenli Stepwise Regresyon Analizi	48

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu araştırma acile başvuran gebelerde eş desteği algısının stres düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan çalışmamıza 01.01.2025-30.03.2025 tarihleri aralığında Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Kadın Doğum Acile direkt başvuru yapan 334 gebe dahil edilmiştir. Verilerin toplanma aşamasında araştırmaya, kriterlere uyan, gönüllü olur formunu imzalayan gebeler alınmıştır. Verileri toplamak için sosyodemografik ve obstetrik özellikleri içeren Tanıtıcı Bilgi Formu, Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ), Gebelerde Eş Desteği Algısı Ölçeği (GEDAÖ) kullanılmıştır. Verilerin yorumlanmasında t testi, Welch's ANOVA, One Way ANOVA, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR: Bu araştırmaya dahil edilen gebelerin ortalama yaşı $28,43\pm5,08$ ve %42,2'si lise mezunudur. Çalışmada GSDÖ toplam puan ortalaması $32,83\pm23,07$, GEDAÖ puanlarının ortalaması $70,54\pm9,97$ olarak bulunmuştur. GEDÖ maddi destek alt boyut puanının gebelikte stres düzeyini negatif yönde etkileyen ve azaltan bir faktör olduğu, eğitim durumu açısından üniversite mezunu olmanın, yaşanan yer açısından ilde yaşamanın ve gebelik trimester dönemi açısından birinci trimesterde olmanın gebelikte stres düzeyini pozitif yönde etkileyen, artıran faktörler olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ: Araştırma sonucunda eş desteği algısı yüksek olan gebelerin stres düzeylerinin daha düşük olma eğiliminde olduğu bulundu. İlk trimester döneminde olan, ilde yaşayan ve üniversite mezunu gebelerin acile başvurularında sosyal desteğin sorgulanması ve stres seviyelerinin belirlenmesi, sosyal politikalar çerçevesinde sağlanan finansal destek ve ekonomik yardım programları artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, gebelik, stres, sosyal destek, eş desteği

SUMMARY

The Effect of Perceived Spousal Support on Stress Levels in Pregnant Women Presenting to The Emergency Department

INTRODUCTION AND AIM: This study was conducted to evaluate the effect of perceived spousal support on the stress levels of pregnant women admitted to the emergency department.

MATERIALS AND METHODS: This descriptive and cross-sectional study included 334 pregnant women who directly applied to the Obstetrics Emergency Department of Sakarya Training and Research Hospital between 01.01.2025 and 30.03.2025. During the data collection phase, pregnant women who met the criteria and signed the informed consent form were included in the study. To collect data, a Descriptive Information Form containing sociodemographic and obstetric characteristics, the Pregnancy Stress Assessment Scale (PSAS), and the Perceived Spousal Support Scale in Pregnancy (PSSSP) were used. For data analysis, t-test, Welch's ANOVA, One Way ANOVA, Mann-Whitney U test, and Kruskal-Wallis test were employed. A statistical significance level of $p < 0,05$ was accepted.

RESULTS: The mean age of the pregnant women included in the study was $28,43 \pm 5,08$, and 42,2% were high school graduates. The mean total score of the PSAS was $32,83 \pm 23,07$, and the mean score of the PSSSP was $70,54 \pm 9,97$. It was determined that the financial support sub-dimension of the PSSSP negatively affected and reduced the level of stress during pregnancy, while being a university graduate, living in a city, and being in the first trimester were factors that positively affected and increased stress levels.

CONCLUSION: As a result of the study, it was found that pregnant women with higher perceived spousal support tended to have lower stress levels. It is recommended to assess social support and determine stress levels in pregnant women who apply to emergency services, especially those in the first trimester, living in urban areas, and university graduates, and to increase financial aid and economic support programs within the scope of social policies.

Keywords: Emergency room, pregnancy, stress, social support, spousal support

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik, kadının uterusunda bir veya birden fazla fetüsün büyüdüğü dönemi ifade eder (Chandra and Paray 2024). Gebelik bazı kadınlar için mutluluk olarak benimsenir, bununla birlikte birçok sosyal ve fiziksel değişikliği de beraberinde getirir (örneğin, duygusal, fizyolojik ve ilişkisel değişiklikler) ve bu değişiklikler birçok zorluğa yol açabilir. Bu dönemde sosyal desteğin, gebe kadınların duygusal ve fiziksel değişimlerinin yarattığı baskıları hafifletmeye yardımcı olduğu ve anne ile çocuğun refahını iyileştirdiği bildirilmektedir (Al-Mutawtah, Campbell, Kubis and Erjavec 2023). Sosyal destek, mevcut sosyal ağ aracılığıyla birine duygusal, bilgilendirici, şefkatli ve somut destek sağlanması anlamına gelir. Sosyal desteğin, gebelerde stresin ruhsal ve fiziksel sağlık üzerindeki etkisini en aza indirerek doğum öncesi ve sonrasında yenidoğanlarda olumsuz doğum sonuçlarını önlemede etkili olduğu öne sürülmüştür. Sosyal destek, gebe kadınların stresle mücadele etme yeteneğini artırarak psikolojik sağlığını iyileştirmede hayati bir rol oynar (Bedaso, Adams, Peng and Sibbritt 2021a). Gebelik, hormonal değişikliklerin yaşandığı bir süreçtir. Anksiyete, depresyon ve kendine zarar verebileceği olayların ortaya çıkması için riskin arttığı bir zaman olarak görülebilir. Gebeye iyi bir sosyal destek sağlanması bu riski azaltır, gebelik komplikasyonlarını ve olumsuz doğum sonuçlarını önler (Bedaso, Adams, Peng and Sibbritt 2021b).

Sosyal destek sistemlerinde eşlerin rolü oldukça önemlidir. Literatürdeki çalışmalar, evli bireylerin stresle başa çıkma sürecinde eşlerinin onlara sağladığı desteğin belirleyici olduğunu göstermektedir (Özbek ve Beydağı 2021). Eş desteği gebelerin hem psikolojik hem de fiziksel sağlığı üzerinde pozitif etkiler göstermektedir. Çalışmalar, eş desteğinin gebelikte kadınların stres, sigara ve alkol kullanımı ile depresyon düzeylerini azalttığını ortaya koymaktadır (Güner 2023). Stapleton ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada gebelik sırasında yüksek kaliteli ve destekleyici bir partner ilişkisinin, anne ve bebek refahının doğum sonrası iyileşmesine katkıda

bulunabildiğini ve bunun da zihinsel sağlık müdahalelerinde partner ilişkilerinin potansiyel bir rolü olduğunu, bebekler için de olası faydalar sağladığını bulmuşlardır (Stapleton et al 2012).

Acil servislere toplumdaki her yaş ve kesimden vatandaş talep kısıtlaması olmaksızın 7/24 başvurabilmektedir (Resmi Gazete, 2022). Gebelik ve doğum süreçlerinde ortaya çıkan beklenmedik ve hayati tehlike oluşturabilecek durumlar, acil tıbbi müdahale gerektiren acil servis hizmetini zorunlu kılar. Acil servis ortamı, hastalar için ek bir stres kaynağıdır (Koyutürk ve Körükçü 2018). Gebelikte acil birimine başvurularda hiperemesis gravidarum (HEG), erken membran rüptürü (EMR), erken doğum tehdidi (EDT), gestasyonel hipertansiyon (GHT), preeklampsi, eklampsi, HELLP (hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri ve düşük trombosit) sendromu, intrauterin gelişme kısıtlılığı (IUGR), vajinal kanama (erken, geç ve postpartum), amniyon sıvı embolisi, pulmoner emboli, derin ven trombozu, tromboflebit, karın ağrısı, ciddi anemi, yüksek ateş, dehidratasyon, miad aşımı, fetal ölüm, doğum komplikasyonu; fetal distres, anormal doğum (distosi), sistemik kaynaklı acil durumlar yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022). Gebeliğin ilk üç aylık döneminde yaşanan vajinal kanamaların sebebi düşükler, ektopik gebelik, molar gebelik ve servikal problemlerdir. Gebeliğin son dönemindeki kanamalar ise plasentanın serviksi kapatması, plasentanın erken ayrılması, umbilikal kordonu damarlarının doğum yolunu geçmesi durumlarında oluşur. Yapılan bir çalışmada acil servise gelen gebelerin; en yaygın şikâyetinin vajinal kanama (%12,1), bulantı- kusma (%13,6), karın ağrısı (%20,5) olduğu tespit edilmiştir (Doğru ve ark 2017).

Gebelik, yoğun bakım kullanımının ve yaşam boyu sağlığı etkileyebilecek sonuçların olduğu bir zamandır. Bazı toplumlarda, gebelik sırasında acil sağlık hizmeti kullanımı, o toplumdaki gebelik oranına kıyasla orantısız şekilde yüksek olabilmektedir. Bir gebelik süresinde 4 veya daha fazla plansız(acil) ziyareti olan gebe bireylerin, toplum tabanlı destek, kişiye özel tıbbi ve doğum öncesi bakım ve davranışsal sağlık hizmetleri dahil olmak üzere belirli karşılanmamış klinik ve psikososyal ihtiyaçları olduğunu göstermektedir (Declercq et al 2024).

Gebelik sırasında psikolojik sıkıntılar yaşayan kadınlar arasında optimal olmayan doğum sonuçlarına doğru bir eğilim olduğu tespit edilmiştir. Anksiyetenin gebeliğin her evresinde depresyondan daha sık görüldüğü bilinmektedir. Gebelik sırasında anksiyete, stres veya depresyon yaşamak anneyi ve bebeği birçok psikolojik ve fizyolojik riske maruz bırakabilir (Staneva, Bogossian, Pritchard and Wittkowski 2015).

Gebelik sırasında stres, gebelik komplikasyonları ile hem doğrudan hem de dolaylı olarak bağlantılı olduğu için, bireysel sorunlar, sosyal sorunlar veya belirli gebelik sorunları nedeniyle ele alınması gereken dikkate değer bir durumdur (Alves, Cecatti and Souza 2021). Gebelik stresi, anne ve bebek sağlığı için ciddi riskler oluşturabilmektedir. Gebelik kaybı, gebelikte kanama, uterin arterde direnç artışı, GHT, plasental sorunlar, erken doğum eylemi, doğum esnasında sorun, müdahaleli doğumlar, IUGR, düşük doğum skorları, düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebek, fetal ölüm ve doğum sonu depresyon vb. istenmeyen etkilerin gebelik stresi ile ilişkili olduğu öngörülmektedir. Bu nedenle, bu durumun erken dönemde belirlenerek gereken müdahalenin yapılması büyük önem taşımaktadır (Çelik ve Atasever 2020). Yapılan bir çalışmada gebelik sırasında maternal stresin, dolaşımdaki küçük hücre dışı vezikülleri değiştirip ve bunların plasenta ve fetüse hedeflenmesini artırdığı, plasentalarda IUGR yol açtığı rapor edilmiştir (Sánchez-Rubio et al 2024).

Doğum öncesi dönemde yaşanan psikolojik zorlukların üstesinden gelmede, eşlerin aktif katılımı ve destekleyici tutumu, kadının ruh sağlığını önemli ölçüde güçlendirmektedir (Güner 2023).

Literatür tarandığında gebelerde eş desteği ve gebelerin, stres düzeyleri ile ilgili çalışmalar olduğu görülmektedir. Ancak acile başvuran gebelerde eş desteği algısının stres düzeyine etkisinin değerlendirildiği çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Konunun önemi göz önüne alındığında bu çalışmanın amacı kadın doğum acile başvuran gebelerde eş desteği algısının stres düzeyine etkisini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GEBELİK

Gebelik, kadının hayatında hem bedensel hem de ruhsal ve toplumsal değişikliklerin yaşandığı bu değişikliklere uyum sağlamayı gerektiren yaklaşık 40 hafta devam eden bir dönemdir. Gebelik döneminde birçok belirti ve şikâyet ortaya çıkabilmektedir. Bunlar mide bulantısı, idrar sıklığında artış, güçsüzlük, sırt ağrıları, memelerde duyarlılık, genital akıntı, damar genişlemesi, uyku bozuklukları, baş ağrıları gibi sıralanabilir (Güleroğlu ve Onat 2023).

2.2. GEBELİKTE FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Gebelik sırasındaki fizyolojik değişiklikler fetüsün büyümesine ve gelişmesine, annenin gebeliğe adaptasyonuna ve doğuma hazır hale gelmesine yardımcı olur. Gebe kadınlar, gebeliğin erken dönemlerinde değişen derecelerde kilo kaybı, iştah azalması ve mide bulantısı yaşayabilirler. Daha sonraki gebelik döneminde, fizyolojik Braxton-Hicks uterin kasılmaları, pubik simfizi ve destekleyici bağları içeren eklem ağrısı nedeniyle anksiyete, uyku zorluğu ve çeşitli karın-pelvik ağrılar ortaya çıkar (Bouyou et al 2015).

Gebelik döneminde, gebe büyümekte olan fetüsü beslemek ve ona uyum sağlamak için önemli fizyolojik ve anatomik değişiklikler geçirir. Bu değişiklikler gebe kalmanın ardından başlar ve vücuttaki sistemler bu değişikliklerden etkilenir (Soma-Pillay, Nelson-Piercy, Tolppanen and Mebazaa 2016).

2.2.1. Kardiyovasküler Değişiklikler

Gebelik döneminde anne adayının kalp damar sisteminde geniş çaplı değişiklikler meydana gelir. Uteroplental ünitenin oksijen ve besin gereksinimlerini karşılamak

için gebeliğin hemen ardından kardiyak output artar. Gebeliğin 8.haftasından itibaren kardiyak outputta başlangıç değerine göre %20 oranında artış görülebilir. Gebeliğin 24.haftasına gelindiğinde bu oran %45 e çıkar. Bu seviye doğuma kadar korunur. Üçüncü trimesterde anne sırt üstü yattığında vena cava bası sendromu ortaya çıkabilir. Kalp debisi %25 kadar azalabilir. Hipotansiyon, taşikardi, mide bulantısı ve baş dönmesi gibi belirtiler görülür (Kohlhepp et al 2018).

Sistolik, ortalama arteriyel, diastolik ve santral sistolik kan basıncı gebe kalındığında düşmeye başlar. Sistolik kan basıncı daha az düşer. Kan basıncı seviyeleri ikinci trimesterde gebe kalma öncesi değerinin yaklaşık 10-15 mmHg altına ulaşır ve daha sonra 26-28.gebelik haftalarından doğuma kadar yükselir. Sağlıklı gebelerde %95'in altındaki oksijen satürasyonu anormal kabul edilir (Morton 2021).

2.2.2. Solunum Değişiklikleri

Hem pulmoner kan akışında hem de oksijen alımında artış vardır. Fetüs ve plasentanın artan oksijen ihtiyacı %20-30'a ulaşır ve klinik olarak dakikada 16 nefes aralığında taşipne ile kendini gösterir. Gebe kadınların en az %50'sinde klinik dispne vardır (Bouyou et al 2015).

Gebeliğin ilerlemesiyle birlikte, diyaframın dinlenme pozisyonu, göğüs radyografisi ölçümlerinin gösterdiği gibi, artan uterus boyutuyla birlikte 5 cm yukarı doğru hareket eder. Alt kaburgaya olan temas alanı artar ve akciğerlere alan açmak için alt kaburganın kademeli olarak genişlemesi nedeniyle eğrilik yarıçapı artar. Maksimum inspirasyon ve ekspirasyon basınçları gebelik sırasında veya doğumdan sonra değişmez, bu da göğüs duvarı geometrisinde değişiklik olmasına rağmen solunum kas gücünün korunduğunu gösterir. Gebelik sırasında, karın basıncı ile alt kaburga arasındaki gelişmiş bağlantı nedeniyle göğüs duvarı genişlemesi göğüs kafesine doğru kayar (LoMauro and Aliverti 2015).

2.2.3. Gastrointestinal Değişiklikler

Gebelik haftası ilerledikçe büyüyen uterus mide ve bağırsaklar üzerinde baskı oluşturur. Zamanla mide üst ve yukarı doğru, bağırsaklar ise arka karın duvarına doğru

sıkışarak yer değiştirir. Artan progesteronun neden olduğu azalmış özefageal sfinkter tonusuyla birlikte, mide ekşimesi ve reflü semptomlarının sıklığı artar. Gebelikte plesenta üretimi nedeniyle serum transaminaz ve bilirubin düzeyleri hafifçe azalırken, serum alkalin fosfat düzeyleri artar (Tan and Tan 2013).

2.2.4. Üriner Değişiklikler

Gebeliğin böbrek fonksiyonları üzerindeki işlevsel etkileri sıklıkla görülür. Glomerüler filtrasyon hızı %50 artar ve bunun sonucunda ürik asit, üre ve serum kreatinin değerlerinde azalma olur. Susuzluk ve antidiüretik hormon salgılanması eşiği düşer ve bunun sonucunda daha düşük ozmolalite ve serum sodyum seviyeleri ortaya çıkar. Gebelik döneminde sıvı tutulmasından dolayı böbrekler büyür ve fizyolojik hidronefroz sıklıkla gözlenir. Böbrekler uzunluk ve hacim olarak artar ve fizyolojik hidronefroz kadınların %80 kadarında görülür (Cheung and Lafayette 2013).

Gebelikte büyüyen uterus, üretranın uzamasına neden olur. Gebelikte büyüyen uterus mesaneye baskı yaptığından sık idrar yapma isteği artar, mesanenin kanlanması artar, kas tonusu azalır ve kapasitesi 1500 ml'ye kadar çıkar. Gebelerde idrarla atılan protein miktarı geçici olarak normalden fazladır. Gebelikte, özellikle yüksek tansiyonla seyreden gebeliklerde, idrarla protein atılımının dikkatli bir şekilde ölçülmesi, hastalığın seyrini öngörmede kritik öneme sahiptir. Günde 300 mg'ı aşmayan protein atılımı normal sınırlarda kabul edilir (Helli, Dolapçioğlu ve Çekiç 2011).

2.2.5. Hematolojik Değişiklikler

Plazma hacmi gebelik boyunca aşamalı olarak artar. Bu %50'lik artışın çoğunluğu 34. gebelik haftasında gerçekleşir ve bebeğin doğum ağırlığıyla orantılıdır. Plazma hacmindeki genişleme kırmızı kan hücresi kütleindeki artıştan daha fazla olduğu için hemoglobin konsantrasyonunda, hematokritte ve kırmızı kan hücresi sayısında düşüş olur. Trombosit sayısı normal gebelikte aşamalı olarak düşme eğilimindedir, ancak genellikle normal sınırlar içinde kalır. Belirli pıhtılaşma faktörlerinin konsantrasyonları artış gösterir. Fibrinojen seviyeleri %50'ye kadar önemli ölçüde artar ve fibrinolitik aktivite azalır (Soma-Pillay et al 2016).

2.2.6. Endokrin Değişiklikler

Hipotalamik salgılatıcı hormonların birçoğunun seviyesi artar. Kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) ve gonodotropin salgılatıcı hormon (GnRH) gebelik sırasında yükselir. Ön, ara ve arka lobları içeren hipofiz bezi üç kat büyür. Ön lobda gebelik sırasında laktotrofların hiperplazisi ve hipertrofisi vardır. Doğumdan sonra hipofiz bezinin normal boyutuna dönmesi altı aya kadar sürebilir. Placenta, adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve CRH salgılar. Bu durum kortizolün yüksek seyretmesine sebep olur (Tan and Tan 2013).

Karaciğer tarafından tiroksin bağlayıcı globulin (TBG) üretiminde artış olur ve bunun sonucunda tri-iyodotironin (T_3) ve tiroksin (T_4) düzeylerinde artış olur. Serbest T_4 ve T_3 fizyolojik açıdan önemli hormonlardır ve ötiroid tanısının konulmasında ana faktörlerdir. Gebelik, relatif iyot eksikliği ile ilişkilidir. Bunun nedenleri, iyotun anneden fetoplazental birime aktif taşınması ve idrarda iyot atılımının artmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü, gebelikte iyot alımının 100 ila 150-200 mg/gün artırılmasını önermektedir. Gebelikte iyot alımı sürdürülürse, tiroid bezinin boyutu değişmeden kalır. Guatr varlığı daima kontrol edilmelidir. İyot eksikliği bulunan kişilerde tiroid bezinde %25 oranında büyüme görülür (Soma-Pillay et al 2016).

2.2.7. Memedeki Değişiklikler

İlk trimesterde, östrojen artışına yanıt olarak kanal sistemi genişler ve yağ dokusuna doğru dallanır. Östrojen seviyesinin yükselmesi yağ dokusunun azalmasına, kanal büyümesine ve genişlemesine neden olur. Östrojen hipofiz bezini uyarır ve bu da prolaktin seviyelerinin yükselmesine neden olur. Meme bezleri gebeliğin yirminci haftasında prolaktin hormonunun etkisiyle süt bileşenleri üretecek kadar gelişir. Yüksek östrojen ve progesteron düzeyleri süt yapımını baskılar ve bu aşamada kolostrum üretilir. Son trimester döneminde ve doğumdan sonra hızla bu düzeylerde azalma gözlemlenir, süt üretimine ve sonunda emzirmeye izin vermek için süt boşalmasına izin verir. Çoğu gebelikte areola koyulaşır, meme büyür ve montgomery bezleri daha belirgin hale gelir (Alex, Bhandary and McGuire 2020).

2.3.GEBELİKTE ACİL DURUMLAR

Tıbbi uygulamaların bir alt yönü olarak tıbbi acil durum kontrolü, insanların fiziksel bütünlüğüne yönelik öngörülemeyen, akut, ciddi tehditlerin algılanmasına ve tedavisine adanmıştır. Acil yardım sağlanmazsa önemli sağlık riskleri ortaya çıkabilir. Gebelik durumunda acil durumlar iki hastaya yönelik eş zamanlı bir tehdit ile karakterize edilir. Bu acil durumlar hastanede kalış sırasında veya öncesinde meydana gelebilir (Strauss and Gräsner 2018).

Acil servisler, anne ve bebek sağlığını ön planda tutarak obstetrik ve jinekolojik sorunlarda acil müdahale gerektiren durumlar olarak değerlendirir. Obstetrik ve jinekolojik acil vakalarda amaç, anne ve bebeğin yaşamı ve sağlığı ile birlikte cinsel işlev ve doğurganlığın korunmasıdır (Aksoy ve ark 2014).

Gebelik, kadınların sağlık sistemleriyle temaslarını arttırabilecek kritik bir dönemdir ve gebelik süresi boyunca yaklaşık 10 ile 14 doğum öncesi ziyaretin gerçekleşmesi beklenir. Acil servis, özellikle gebelik ile ilgili komplikasyonlar veya önceden var olan hastalıkların seyrinin kötüleşmesi durumunda birçok kişi için sağlık sistemine erişim noktasıdır. Gebelik sırasında acil servis ziyaretlerinin artması, yetersiz doğum öncesi bakım, genç anne yaşı, ikamet edilen bölgenin kırsal olması ve madde kullanımı ile ilişkilendirilmiştir (Matenchuk et al 2023).

Gebe kadınların genellikle ayakta tedavi öncesi ziyaretlerinde sigortaya ve düzenli olarak planlanmış tıbbi bakıma erişimlerinin olduğu düşünülmesine rağmen, gebe kadınlar arasında acil servis kullanımı yaygındır. Ulusal bir kohort çalışmasında, gebelik ile ilgili sorunların acil servise başvurunun beşinci en yaygın nedeni olduğunu görülmüştür. Daha küçük bir gebe kadın kohortu arasında, %50'si gebelikleri sırasında bakım için acil servise başvuru yapmıştır (Kilfoyle, Vrees, Raker and Matteson 2017).

Kadınlar gebelik sırasında diğer zamanlara göre daha fazla sağlık hizmeti kullanmaktadır. Öngörülemeyen veya yeni başlayan bir sağlık sorunu, ister gebelikte ister doğumdan hemen sonra olsun, acil servis de dahil olmak üzere planlanmamış bir

sağlık hizmeti ziyaretini gerektirebilir. Önceden var olan eşlik eden hastalıkları olan gebelerin, önceden var olan eşlik eden hastalıkları olmayan gebelere göre acil servisi kullanım oranları daha yüksektir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, gebelik sırasında acil servis kullanımının %21 ile %58 arasında değiştiği ve gebe olmayan kadınlara göre daha yüksek bir tekrarlayan acil servis ziyareti sıklığı olduğu bildirilmiştir. Varner Park, Little ve Ray'ın (2020) çalışmasında acil servis kullanımının gebeliğin özellikle ilk trimesterde ve doğum sonrası erken dönemde meydana geldiği belirtilmiştir (Varner et al 2020).

Gebelikteki fizyolojik değişiklikler birçok patoloji testinin referans aralıklarının değişmesine neden olabilir. Acil servise başvuran gebe kadının değerlendirilmesi bu referans aralığındaki değişikliklerin bilinmesine dayanır (Morton and Teasdale 2018).

2.4.GEBELİKTE ACİLE BAŞVURU NEDENLERİ

2.4.1. Gebeliğin İlk Yarisındaki Sorunlar

Gebeliğin ilk üç ayında karşılaşılan yaygın obstetrik sorunlar arasında vajinal kanama, düşük, ektopik gebelik, HEG dahil olmak üzere gebelikte mide bulantısı ve kusma yer alır. Yaygın obstetrik olmayan sorunlar arasında asemptomatik bakteriüri, piyelonefrit gibi idrar yolu enfeksiyonları ve akut apandisit yer alır (Pedigo, Nusbaum and Gupta 2019).

Gebeliğin 20. haftasından önce vajinal kanama ile seyreden mortalite ve morbidite ile ilişkili olan en çok rastlanan erken gebelik durumları gebelik kaybı, dış gebelik ve mol gebeliktir. Klinik olarak stabil olmayan hastalarda acil prosedür yönetimi gerekir. Erken gebelik kaybı ultrasonda, boş gebelik kesesi veya fetal kardiyak aktivite göstermeyen embriyo içeren gebelik kesesi görülen 13. gebelik haftasından önceki canlı olmayan intrauterin gebelik olarak tanımlanır. Ektopik gebelik, embriyonun endometrial boşluğun dışına yerleşmesiyle oluşur. Fallop tüpü en yaygın ektopik bölgedir. Mol gebelikler veya hidatidiform moller, plasenta öncesi hücrelerin anormal büyümesinden kaynaklanır (Banwarth-Kuhn, McQuade and Krashin 2023).

Gebeliğin ilk trimesterinde vajinal kanamanın yaygınlığı %7 ila %25 arasında değişmektedir. Vajinal kanaması olan hamile kadınların yaklaşık %50'sinin düşük yaşadığı bildirilmiştir. Genel olarak, gebeliğin ilk üç ayında vajinal kanama, anne ve bebek için olumsuz sonuçları öngörebilir ve fetal ölüm riski dört katına çıkabilir (Karimi, Sayehmiri, Vaismoradi, Dianatinasab and Daliri 2024).

Gebeliğin erken dönemlerinde vajinal kanama değerlendirilirken ektopik gebelik dışlanmalıdır. Rahim içi gebelik görülürse, düşük tehdidi düşünülmeli ve hastaya uygun şekilde danışmanlık yapılmalıdır. Gebeliğin erken dönemlerinde kadınlar sıklıkla mide bulantısı, kusma ve vajinal kanama yaşarlar. Mide bulantısı ve kusma, diyet değişiklikleri ve ilaçlarla idare edilen hafif veya intravenöz sıvılar ve ilaçlar gerektiren şiddetli şekilde olabilir. Gelişmekte olan fetüse ek yan etkiler veya potansiyel zarar vermemek için mide bulantısı varlığında ilaç seçerken dikkatli olunmalıdır (Pontius and Vieth 2019).

Mide bulantısı ve kusma gebe kadınların yaklaşık %85'ini etkiler. En şiddetli form olan HEG kadınların %3'üne kadarını etkiler ve önemli olumsuz psikolojik ve fiziksel sonuçlara neden olabilir (McParlin et al 2016). Bulantı kusması olan gebelerin çoğu diyet ve yaşam tarzı değişiklikleriyle yönetilebilir, ancak hastaların üçte birinden fazlası, sıvı ve vitamin takviyesi ve antiemetik tedavi gerektirebilecek klinik olarak ilgili semptomlar yaşar (Fejzo et al 2019).

İdrar yolu enfeksiyonları (İYE) gebe kadınlarda sık görülür. Bu durumun sebebi gebelikte oluşan anatomik, fizyolojik ve immünsüpresif değişikliklerdir. Gebe kadınlarda İYE prevalansı dünya genelinde %13-33 arasında değişmektedir ve asemptomatik bakteriüri %8,7 oranında görülmektedir. Mera-Lojano, Mejia-Contreras, Cajas-Velasquez ve Guarderas-Munoz (2023) yaptığı çalışmada gebe kadınlarda İYE prevalansı %37,7, en sık etiyolojisinin Escherichia coli ve gebelik öncesi İYE öyküsünü ana risk faktörü olarak belirtmişlerdir (Mera-Lojano, Mejia-Contreras, Cajas-Velasquez and Guarderas-Munoz 2023).

Gebelikle ilgili fizyolojik değişiklikler nedeniyle, gebelerin İYE riski daha yüksektir. Tüm İYE tiplerinin bir araya gelmesinin kadınların yaklaşık %2 ila %15'ini etkilediği düşünölmektedir. Aseptomatik bakteriüri (ASB) tedavisinin DDA ağırlığı ve erken doğum insidansında artmaya yol açtığına dair zayıf ve orta kalitede kanıt vardır. Bu da ilk trimesterde yalnızca tek bir idrar kültürü ile ASB için tarama uygulamalarını haklı çıkarmaktadır (Ansaldi and Tejada Weber 2023).

Apendisit gebelikte en çok karşılaşılan obstetrik olmayan cerrahi müdahale gerektiren acil vakadır. Ananmez, laboratuvar sonuçları ve fiziki muayeneden elde edilen veriler akut apandisit tanısına yardımcı olur. Sağ alt kadranda ağrısı, karın sertliği ve sağ alt kadrana yayılan periumblikal ağrı, yetişkinlerde akut apandisit tanısı için en iyi belirtilerdir. Laboratuvar bulguları, görüntöleme, resmi ultrasonografi tanı koymaya yardımcı olur. Açık laparotomi veya laparoskopisi yoluyla apendektomi akut apandisit için standart tedavidir. Ancak, seçilmiş hastalarda intravenöz antibiyotikler birinci basamak tedavi olarak düşünölebilir (Snyder, Guthrie and Cagle 2018). Akut apandisit yılda yaklaşık 500'de 1 ila 635 gebelikte 1 görölür. Ayrıca, gebelikte travmatik olmayan cerrahi acil durumların %65,6'sını oluşturur, genellikle ikinci trimesterde daha fazla görölür (Alsadery, Bamalan, Aljubran, Albaish and Al Ghanim 2023).

Servikal yetmezlik, gebeliğin ikinci üç aylık döneminde yaşanan kayıpların ve erken doğumların önemli bir nedenidir. Servikal yetmezlik görölme sıklığı tüm gebeliklerin yaklaşık olarak %0,5 ila %1'i kadardır. İkinci üç aylık dönemdeki gebelik kayıplarının yaklaşık %16 ila %20'si servikal yetmezlikten kaynaklanmaktadır (Akbaba 2021). Servikal yetmezlik, serviksin zayıf olması, doğum tarihine kadar serviksin kapalı kalamaması anlamına gelir ve kasılmalar olmadan serviksin ağrısız yumuşaması, kısalması ile kendini gösterir. Servikal yetmezlik erken olgunlaşmayla ilişkilidir. Servikal serklaj zayıf serviksi güçlendirir, uzunluğunu korur ve serviks açıklığındaki mukus tıkaçını koruyarak yukarı doğru çıkan enfeksiyona karşı koruma sağlar. Servikal serklaj, genellikle kendiliğinden ikinci trimester düşökleri, erken doğum öyküsü olan veya servikal yetersizliğe neden olabilen konizasyon gibi servikal prosedürler geçiren kadınlarda yapılır (Wierzchowska-Opoka, Kimber-Trojnar and Leszczyńska-Gorzalak 2021).

Hipoglisemi, özellikle ilk trimesterde, önceden diyabeti olan gebe kadınlarda daha yaygındır. Bir önceki yılda şiddetli hipoglisemi atakları öyküsü, uzun süreli diyabet ve düşük HbA1c düzeyleri, gebelerde hipoglisemiye yatkınlığı artıran önemli risk faktörleridir (Mohan and Banerjee 2021).

2.4.2. Gebeliğin İkinci Yarısındaki Sorunlar

Hipertansif bozukluklar, gebelikte en sık karşılaşılan komplikasyonlarından biridir ve kronik hipertansiyon, GHT ve preeklampsiyi içerir. Gebelikte hipertansiyon sistolik kan basıncı ≥ 140 mm Hg ve/veya diastolik kan basıncı ≥ 90 mm Hg olarak tanımlanırken sistolik kan basıncı ≥ 160 mm Hg ve/veya diastolik kan basıncı ≥ 110 mm Hg şiddetli hipertansiyon olarak tanımlanır. Kronik hipertansiyon gebelik öncesi veya 20.gebelik haftası öncesi hipertansiyondur (Wu, Green and Myers 2023).

Preeklampsi gebelikte görülen bir sendromdur. Gebe kadınlarda, proteinüri ve yüksek tansiyon ile karakterizedir. Ayrıca, preeklampsili kadınlarda böbrek ve karaciğer başta olmak üzere birden fazla organda işlev bozukluğu gözlemlenir. Preeklampsi tedavi edilmediğinde ölüme yol açabilir (Filipek and Jurewicz 2018). Preeklampsi, daha önce normotansif olan kadınlarda sistolik kan basıncında $\geq 140/90$ mmHg artış ve 24 saatlik idrarda ≥ 300 mg proteinüri veya idrar protein/kreatinin oranında 0,3 g/g veya tek mevcut test ise idrar çubuğu ile +1 proteinüri olarak tanımlanır ve 20. gebelik haftasından sonra ortaya çıkar. Preeklampsi hemen hemen her organ sistemini etkileyebilir. Nöbetler (eklampsi), abruptio plasenta, IUGR ve HELLP sendromu gibi olumsuz komplikasyonlara neden olabilir (Tomimatsu et al 2019). Preeklampsi, gebe kadınların %3-8'ini etkileyen bir obstetrik rahatsızlıktır. Kısa ve uzun vadeli neonatal ve maternal mortalite ve morbiditenin önde gelen nedeni olmaya devam etmektedir. Yüksek riskli kadınlarda preeklampsiyi önlemek için düşük doz aspirin kullanımını önerilmektedir (Ma'ayeh and Costantine 2020).

Eklampsi, en ciddi gebelik komplikasyonlarından biridir. Gebe ve doğum yapan kadınların başlıca ölüm nedenlerinden biridir. Genç annelerin ölüm oranı %5-20'dir. Eklampsili ve eklamptik nöbetlerden sonra tüm hastalar yoğun bakım ünitesinde tedavi edilmelidir. İlaç tedavisi eklampsi nöbetlerini durdurmayı, konvülsiyonların ve

komplasyonların tekrarlanmasını önlemeyi amaçlar. Magnezyum sülfat, eklampsi nöbetinin tedavisinde kullanılan ilk tercih edilen ilaçtır, buna karşın antihipertansif ilaçların kullanımı ve uygun kan basıncı kontrolü ile tedavi, ölüm veya akut komplasyon ve kötü gebelik sonuçları riskini etkili bir şekilde azaltan en önemli faktörlerden biridir (Laskowska 2023).

Preeklampsinin ciddi bir komplasyonu HELLP sendromudur. HELLP sendromu, yüksek karaciğer enzimleri, düşük trombosit sayısı ve hemoliz ile karakterize, gebeliğe özgü bir karaciğer hastalığıdır. HELLP sendromunun yönetimi, obstetrik komplasyonların izlenmesi, hipertansiyonun kontrol altına alınması, nöbetlerin önlenmesi ve doğumun planlanması şeklindedir (Adorno, Maher-Griffiths and Abadie 2022).

Geç gebelik acilleri arasında ablasyo plasenta, plasenta previa, erken membran rüptürü, amniyon sıvısı embolisi, erken doğum ve uterus rüptürü bulunur. Acil serviste geç gebelik komplasyonları ilk trimesterdekilere göre daha az sıklıkta görülür. Anne ve bebeğin hızlı değerlendirilmesi gerekir. Hem fetüs hem de anne için uygun değerlendirme ve bakımı sağlamak için geç gebelikteki anatomik ve fizyolojik değişiklikler, olası komplasyonlar konusunda uzman bir anlayış hayati önem taşımaktadır. Ablasyo plasenta klasik olarak üçüncü trimesterde ağırlı kanama olarak görülürken plasenta previa ağrısız kanama şeklinde görülmektedir (Meguerdichian 2012).

Ablasyo plasenta fetüsün doğumundan önce plasentanın uterus bağlantısından erken ayrılmasıdır. Klinik belirtileri genellikle karın ağrısı ve vajinal kanama ile çok çeşitli anormal fetal kalp hızı şeklinde görülür. Bu duruma sahip gebeler, özellikle maternal, fetal bozulma ve koagülopati endişesi olduğunda acil doğum gerektiren derin vajinal kanama ile başvurduklarında klinik zorluklar ortaya çıkar. Ablasyo plasenta, tüm gebeliklerin %0,6 ila %1,2'sinde görülür ve abrupsiyonun neredeyse yarısı 37 hafta ve üzerindeki gebeliklerde meydana gelir (DaBrandt and Ananth 2023).

Plasenta previa, vasa previa ve plasenta akreta gibi plasental bozukluklar gebeliğin ikinci yarısında vajinal kanama ile ilişkilidir. Ayrıca ciddi fetal ve maternal morbidite ve hatta mortalitenin önemli nedenleridir. Dahası, previa ve akreta oranları muhtemelen sezaryen doğum oranlarının artması, maternal yaş ve yardımcı üreme teknolojisinin bir sonucu olarak artmaktadır. Obstetrik ultrasonografinin rutin kullanımı ve ultrasonografi teknolojisinin iyileştirilmesi, bu durumların doğum öncesi tespitine olanak tanır (Silver 2015).

Gebelikte amnion mayi embolisinin en yaygın belirti ve semptomları hipotansiyon ve akut fetal bozulmadır. Çok sayıda hasta ani kardiyovasküler çöküş veya kalp durması ile başvuru yapmaktadır. Kalp durması ile başvuran kadınların, diğer başlangıç özellikleri ile başvuranlara göre ölme veya kalıcı hipoksik beyin hasarı geçirme olasılığı daha yüksektir (Metodiev, Ramasamy and Tuffnell 2018).

Preterm doğum gebeliğin 37. haftası dolmadan meydana gelen doğum olarak adlandırılır. Bu doğumların yaklaşık %5'i aşırı preterm (<28 hafta), %10'u çok preterm bebekler (28-31 hafta) ve %85'i orta (32-33 hafta) ile geç preterm (34-36 hafta) bebeklerdir. Her yıl yaklaşık bir milyon bebek prematürelikten ölmekte ve hayatta kalanların çoğu sakat kalmaktadır. Tek ve ikiz gebeliklerde serviks uzunluğu kısa olan gebelerde progesteron kullanımı preterm doğum insidansını azaltır. Daha önce spontan erken doğum öyküsü olan ve kısa serviksli tek gebelerde progesteron veya servikal eşit derecede etkilidir (Da Fonseca, Damiao and Moreira 2020).

EMR uterus kasılmaları başlamadan evvel amnion sıvısının yırtılarak dışarı çıkması durumudur. 37. haftadan sonraki gebelikte, doğum eylemi başlamadan zarların yırtılması durumuna Term EMR denir. EMR vakalarının çoğu (%70-80), 37. haftadan sonraki gebeliklerde ortaya çıkar (Kızılırmak, 2019). Preterm prematüre membran rüptürü (PPROM) görülme sıklığı tüm gebelikler içinde yaklaşık %3' tür. 37. gebelik haftası tammalanmadan, doğum eylemi başlamadan membranların rüptürü anlamına gelir. PPRM tanısı konulduğunda, gebe koryoamniyotit gibi bir endikasyon durumunu saptamak amacıyla muayene edilir. Beklemeli tedavi kararı verilirse,

antibiyotik tedavisi, kortikosteroidler, tokolitik ajanlar gibi müdahaleler uygulanır (Meller, Carducci, Ceriani Cernadas and Otano 2018).

Bakteriyel koryoamniyonit, gebelik sırasında oluşan, plasentadan uzanan, amniyon sıvısını ve gelişmekte olan fetüsü saran keseyi oluşturan zarları içeren bir intrauterin enfeksiyondur. Koryoamniyonit, çoğunlukla vajinadan uterusu yükselen ve erken doğum, zar yırtılması, fetal ölü doğum veya yenidoğanın ciddi enfeksiyonu gibi yıkıcı komplikasyonlara yol açabilen bakterilerden kaynaklanır. Koryoamniyonite intrauterin dönemde maruz kalıp hayatta kalan bebeklerin, yaşam boyu kalıcı sağlık sorunları yaşama riski artmaktadır (Aronoff 2020).

Uterus rüptürü, 280-12.000 doğumdan 1'inde görülen nadir ancak tehlikeli bir doğum komplikasyonudur. Bu durum, fetal ölüme, histerektomiye veya hatta şiddetli kanamaya bağlı olarak anne ölümüne neden olabilir. Önceki sezaryen sonrası uterusu oluşan yara izi ve prostaglandinler kullanılarak doğumun başlatılması en yaygın uterus rüptürü risk faktörlerindendir. Uterin rüptür belirtileri fetal kalp hızı anormallikleri, vajinal kanama ve karın ağrısı şeklinde ortaya çıkar. Savukyne, Boykovaite-Stankeviciene, Machtejeviene, Nadisauskiene ve Maciuleviciene 'nin (2020) yaptıkları çalışmada uterin rüptürünün başlıca risk etkenleri arasında uterus skarı ve sezaryen doğum sonrası uterus skarı olan hastalarda augmentasyon veya epidural anestezinin yer aldığı, en sık görülen klinik bulgu doğum sırasında akut karın ağrısı olduğu, uterus rüptürü 10.000 doğumda 6,8'lik bir insidans oranı olduğu bulunmuştur (Savukyne et al 2020).

Fetal distres, uterustaki fetal hipoksi ve/veya asidoz sendromudur. Fetal distres neonatal solunum sıkıntısı sendromunun, perinatal ölümün ve uzun süreli sağlık sorunlarının başlıca nedenlerinden biridir. Genellikle düşük maternal kan oksijen konsantrasyonu, anormal fetal faktörler veya plasentadaki dejeneratif değişiklikler nedeniyle anne ve fetüs arasındaki kan oksijen transferinin ve değişiminin engellenmesinden kaynaklanır. Fetal distresin istatistiksel insidansı %2,7 ila %38,5'tir (Cai et al 2022).

IUGR, fetüsün öncelikle zayıf plasental fonksiyon nedeniyle biyolojik potansiyeline ulaşamadığı patolojik bir durumu tanımlar. Ayrıca, IUGR, hem bireyleri hem de toplumu etkileyen immünolojik, renal, kardiyovasküler ve nörolojik hastalıklar gibi kısa ve uzun dönemli sonuçlara yol açmaktadır (Bendix, Miller and Winterhager 2020). Genellikle, gebelik yaşına göre küçük (SGA) ve IUGR terimleri, aralarında çok küçük farklar olmasına rağmen literatürde birbirinin yerine kullanılır. SGA, doğum ağırlığının ortalamadan iki standart sapmadan daha az veya belirli bir gebelik yaşına göre popülasyona özgü doğum ağırlığının 10. persentilinin altında olması olarak tanımlanmıştır. Bu bebeklerde perinatal asfiksi, hipotermi, hipoglisemi ve polisitemi gibi birçok akut neonatal sorun vardır (Sharma, Shastri and Sharma 2016). IUGR, fetüsün uterus içinde yetersiz büyümesini içeren bir gebelik komplikasyonunu ifade eder ve çocukların beyin-davranış gelişimi üzerinde potansiyel programlama sonuçlarına sahiptir. IUGR fetüslerinin beyin gelişimi anormal gelişimsel yolları izler ve bu muhtemelen çocukların gelecekteki nörogelişimsel sonuçları üzerinde etki edebilir (Lovato et al 2022).

Kadınlar özellikle üçüncü trimesterde kusma veya oral alımın azalmasının ardından açlık ketoasidozu ortaya çıkabilir. Gebede taşipne, taşikardi, şiddetli asidoz, 1 mmol/L'nin üzerinde ketonemi ve kan şekerinin normal aralıkta veya altında olması gibi belirtiler görülür. Diyabetik ketoasidoz (DKA), önceden var olan veya gebelik diyabeti olan gebe kadınlarda ortaya çıkabilir. Gebelikte DKA, gebe olmayan popülasyona göre çok hızlı ve daha düşük kan glikoz konsantrasyonlarında gelişebilir. Nadirdir ve bildirilen insidansı %0,5-3'tür (Mohan and Banerjee 2021).

2.5. GEBELİKTE RUH SAĞLIĞI

Kadının ruhsal durumu kendisinin ve çocuklarının fiziksel, psikolojik sağlığı ve ailenin refahı için önemlidir (Rosand, Slinning, Eberhard-Gran, Roysamb and Tambs 2011).

Perinatal dönemde kadınların ruh sağlığını şekillendiren pek çok etken bulunmaktadır. Perinatal depresyon ve anksiyetenin belirleyicileri arasında genç anne yaşı, ekonomik

sıkıntı, düşük eğitim seviyesi, sezaryen doğumu yapmış olmak, çocukluk çağı travması öyküsü, sosyal destek eksikliği ve doğum öncesi ruh sağlığı sorunları öyküsü yer almaktadır. Sosyal destek, perinatal dönemde yaygın ruhsal rahatsızlıkların tedavisinde belirleyici bir role sahiptir. Daha yüksek düzeyde sosyal destek algılayan bir kadının depresyon ve anksiyete yaşama olasılığı daha düşüktür (Sufredini, Catling, Zugai and Chang 2022).

Gebelikte eşin olmaması, evlilikle ilgili sorunlar, eğitim seviyesinin düşük olması, kendine güvensizlik, abortus öyküsü olması, bebek sağlığına dair endişeler, planlanmamış gebelikler ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Ayrıca yeterli kilo alamama, uzun süreli bir hastalığın olması, madde bağımlılığı, ev içi şiddet, çok çocuklu aile yapısının gebelik stresini etkilediği çalışmalar da bulunmaktadır (Atasever ve Çelik 2018).

Genç ve evlenmemiş olmak, partnerden duygusal destek eksikliği, aile içi şiddet, daha önce yaşanan ruhsal rahatsızlıklar, ruhsal sağlık sorunlara neden olan risk etmenleridir. Gebelik sürecinde partnerle ilişkili sorunlar gebelikte ilgili kaygı ve stresle ilişkilidir. Gebelerde kalıcı ruhsal sıkıntılar, bebekle anne arasında güvenli bağın oluşmasını, çocuğun duygusal ve sosyal gelişimini etkileyeceği bilinmektedir (Güner 2023).

2.5.1. Gebelikte Stres

Gebelikte psikolojik stres, “gebe bir kadının gereksinimlerle baş edemediğinde hissettiği dengesizlik ve bunun hem davranışsal hem de fizyolojik olarak ifade edilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Gebe kadınların tamamen yeni yaşam tarzları konusunda kaygı gibi fizyolojik streslere maruz kalma olasılığı daha yüksektir (Rachita et al 2022).

Akut stres, stres faktörlerine karşı yoğun ancak nispeten kısa ömürlü bir tepkidir; kronik stres ise daha uzun bir süre boyunca deneyimlenen çözülmemiş stres faktörlerinin sonucudur. Kronik stres, pozitif geri bildirim döngüsü aracılığıyla olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkilendirilebilir. Maternal-plasental-fetal nöroendokrin etkileşimi ve bağışıklık tepkileri strese duyarlıdır ve bu nedenle doğum

sonuçlarını etkileyebilir. Maternal stres kortizol salınımıyla ilişkilidir. Yüksek kortizol seviyeleri, proinflatuar sitokinlerin salınımı artırır. Maternal stres, antiinflatuar sitokin IL-10'u azaltarak, proinflatuar sitokinler interlökin (IL)-1 β , IL-6 ve tümör nekroz faktörü α 'yı artırarak dolaşımdaki inflamatuvar belirteç düzeylerini etkiler. Bu inflamatuvar belirteçler bağışıklık sistemi yanıtını zayıflatarak, erken doğum başta olmak üzere istenmeyen gebelik sonuçlarına olan duyarlılığı artırır. Kronik stres, akut stres ve allostatik aşırı yüklenme, kendiliğinden erken doğum, DDA, neonatal morbidite ve preeklampsi dahil olmak üzere çeşitli olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (Traylor, Johnson, Kimmel and Manuck 2020).

Doğum öncesi anne stres hormonlarındaki artışlar, fetüsü strese karşı daha hassas ve tepkisel olmaya yatkın hale getirir. Bu durum bilişsel, duygusal ve davranışsal bozukluklar gibi daha uzun vadeli gelişimsel etkilere neden olmaktadır (Stapleton et al 2012).

Annedeki zihinsel ve psikososyal süreçler ile fetüs arasındaki bağlantı sistemleri, otonomik, nöroendokrin ve bağışıklık sistemlerini içermektedir. Lilliecreutz, Laren, Sydsjö ve Josefsson (2016) yaptığı çalışmada gebelikte anne stresi, zamanında doğum yapan kadınlara kıyasla erken doğum yapan kadınlarda daha yaygın bulunmuştur. Gebelikte stres yaşayan kadınların %54'ü erken doğum yapmıştır. Tüm kadınlar arasında bu oran %23 bulunmuştur (Lilliecreutz, Larén, Sydsjö and Josefsson 2016). Erken doğum etyolojisinin genetik, sağlık davranışları, üreme geçmişi, ruh sağlığı sorunları ve tıbbi bozukluklar dahil olmak üzere çok sayıda risk etkenine bağlı olarak ortaya çıkan karmaşık bir süreçtir. Giderek artan literatürler, erken doğum etiolojisinde gebelik sırasında psikososyal stresin rolü olduğunu desteklemektedir (Shapiro, Fraser, Frasch and Seguin 2013).

Lima ve ark. nın (2018) yaptığı metaanalizdeki bulgular antenatal stres maruziyetinin DDA oranlarını yükselttiğini göstermektedir (Lima et al 2018).

Gebeliğin kadınlar için stresli bir yaşam olayı olduğu hususunda yaygın bir kabul vardır çünkü onları çeşitli psikososyal ve fizyolojik değişikliklere uyum sağlamaya

zorlar. Stresli yaşam olayları olarak anlaşılan gebelikle ilgili stres düzeylerinin artması, doğum ve doğum eylemi korkusu da dahil olmak üzere bunların psikolojik değerlendirmesi, özellikle olumsuz doğum sonuçlarında önemli bir doğum öncesi risk faktörü olarak tanıtılmıştır (Staneva, Bogossian and Wittkowski 2015).

Kadınların stres seviyelerini en çok etkileyen yaşam olayları incelendiğinde ilk sırada gebelik yer almıştır. Başka bir çalışmada gebelik, kadınların yaşamında stres seviyesini artıran bir dönem olarak belirtilmiştir Her kadının gebeliği farklı yaşamasından dolayı, gebelik sürecindeki stres seviyesi kişiden kişiye değişebilir. Gelişen stresin nedenleri gebelik sayılarına göre de farklılık gösterebilmektedir. İlk kez anne olacak kadınlar gebelik boyunca birçok yeni duyguyla kapılmakta ve doğum sırasında nelerle karşılaşacaklarını bilmemektedir (Binici ve Köse 2020).

Perinatal kaygı ve stres, iş/aile sorumlulukları, zayıf sosyal destek, düşük maddi kaynaklar ve gebelik komplikasyonlarından kaynaklanabilen farklı yapılar aracılığıyla yüksek oranda ilişkilidir. Kadınların %84'üne kadarı perinatal stres yaşar. Doğum öncesi kaygı ve stres, kadınların ve çocukların sağlığını olumsuz etkileyebilir. Perinatal kaygı ve stresin anne ve çocuk sonuçları üzerindeki olumsuz sonuçları göz önüne alındığında, bu dönemde kadınları desteklemek esastır (McCarthy, Houghton and Matvienko-Sikar 2021).

Gebelik her kadın ve eşi için önemli bir yaşam değişikliği zamanıdır. Stresin psikolojik etkileri, gebelikte hormonal değişimler nedeniyle şiddetlenebilir. Olumsuz olayların annede erken doğum, DDA ve duygusal sıkıntı riskinin atmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Tani and Castagna 2017).

Gebelik sırasında anne duygusal sıkıntısının tanınması ve bu sıkıntıya yol açan risk faktörlerinin belirlenmesi klinik açıdan önemli bir öneme sahiptir. Ruh sağlığı sorunları hem fetüsü hem de anneyi etkileyebilir. Gebelik sırasında anksiyete ve depresyon, erken doğum, DDA ve SGA gibi kötü gebelik sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (Rosand et al 2011).

İleriye dönük çalışmalar, gebelik sırasında annenin depresyon, kaygı veya stres yaşaması bebekte duygusal, davranışsal ve bilişsel sorun riskinin artmasını ve çeşitli olumsuz nörogelişimsel sonuçların görülme ihtimalini yükseltmektedir (Rachita et al 2022).

Bir annenin gebeliği sırasında stresli olması durumunda, çocuğunun dikkat eksikliği/hiperaktivite, anksiyete ve konuşma gecikmesi olasılığının yüksek olduğunu gösteren kanıtlar vardır. Hayvan ve insan çalışmaları temelli kanıtlar, intrauterin stresin obezite riskini artırdığını da göstermiştir (Vitt, Vecchi, James and Belot 2022). Gebeliğin oluşumundan doğum sonrası iki yıla kadar olan dönemdeki stres ve kaygı, depresyon riskinin artmasına, ilişki işlevselliğinin bozulmasına, ebeveyn-çocuk bağının ve bağlılığının zayıflamasına ve kötü sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir. Çocuk açısından olumsuz sonuçlar arasında bozulmuş nörogelişim ve motor gelişimi, içselleştirme bozuklukları riskinin artması, duygusal zorluklar ve sağlık sorunları yer almaktadır (Matvienko -Sikar et al 2021).

2.5.1.1. Gebelikte stres nedenleri

Gebelikte psikososyal durumlar yaş, maddi durum, iş durumu, çocuk sayısı, aile yapısı, gebelik isteği, doğum sürecine dair kaygısı ve endişesi, sosyal destek eksikliği, uzun süreli hastalık, yüksek riskli gebelik tanısı alma, gebelik sorunları, gebelik öncesi duygusal durumu gibi sebeplerden etkilenmektedir (Baran, Şahin, Öztaş, Demir ve Desticioğlu 2020).

Stresin nedenleri her kadın için farklılık gösterebilir, strese tepkileri ve stresle başa çıkma veya uyum sağlama yetenekleri de farklılık gösterebilir. Doğum öncesi stresin çeşitli nedenleri tanımlanmıştır; bunlar arasında gebeliğin hormonlarla ilgili semptomları (örneğin mide bulantısı, kusma, kabızlık, yorgunluk, ağrı, uyku eksikliği, vb.), gebeliğin duygusal etkileri (örneğin doğum ve doğum süreciyle ilgili endişeler, emzirmeyi kurma, bebeğin geleceği, aileyle ilgili artan sorumluluklar, vb.), iş kaynaklı stres, çevresel faktörler (örneğin doğal afetler) ve diğerleri sayılabilir (Andhavarapu, Orwa, Temmerman and Musana 2021).

Gebelikte çeşitli duygular yaşayan kadınlar sosyal çevre, kültürel değerler, bebek sahibi olma isteği ve çevresinden gördüğü destek durumlarından etkilenir. Gebelikte zorluk yaşayan kadınlar, bebeklerinin bundan zarar görebileceği endişesiyle daha fazla stres yaşayabilir. Gebelik sırasında yaşanan psikolojik zorluklar, yeme bozuklukları, yorgunluk, sık sık ağlama gibi sorunlara neden olarak annenin sağlık durumunu olumsuz etkileyebilir ve doğum sonrası depresyona zemin hazırlayabilir (Dündar, Özsoy, Aksu ve Toptaş 2019).

Vücut imajı, kişiler arası ilişkiler, ebeveynlik ve iş hayatı uyumu sürecinde bazı kadınlarda farklı düzeyde stres yaratabilir. Doğum eylemi ve yenidoğan sağlığına dair kaygılar gebelikte sık rastlanan stres faktörlerinden biridir. Gebelik sürecinde stres kadının eğitim durumu, mesleki hayatı, doğum geçmişi, sosyal ilişkilerin niteliği ve niceliği, gebelik ile ilgili bilgi düzeyi gibi durumlardan etkilenir. Tecrübeler ve sosyal öğrenme gebelik döneminde farklı düzeyde endişe sebebi olabilmektedir (Koyucu, Ülkar ve Erdem 2020).

Stresli yaşam olaylarını, Burns, Farr ve Howards (2015) yaptıkları araştırmada 4 gruba ayırmışlardır.

- Duygusal stres faktörleri; aile üyesi hasta ve hastaneye kaldırılması veya çok yakın biri ölmesi,
- Finansal stres faktörleri; yeni bir adrese taşınmak, işini kaybetmek, partnerinin işini kaybetmesi veya faturaları ödeyememesi,
- Partnerle ilişkili stres faktörleri; ayrılmış/boşanmış, partner/kocayla normalden fazla tartışmış veya koca/partnerinin gebeliği istemediğini söylemiş olması
- Travmatik stres faktörleri; evsiz, fiziksel bir kavgaya karışmış, partneri veya kendisi hapse girmiş veya çok yakın birinin içki veya uyuşturucu sorunu yaşamış olması.

Bu araştırma sonucunda gebelik sırasında yaşanan en sık belirtilen stres faktörleri finansal faktörler bulunmuştur. Daha az eğitilmiş, daha genç, evli olmayan gebe

kadınların en çok stres yaratan yaşam olaylarını deneyimlediği bulunmuştur (Burns et al 2015).

Kadınların köklü toplumsal normlar nedeniyle sınırlı özerkliği ve ifade gücü vardır, bu da gebe kadınları depresyona sürükleyebilir, gebeliklerini ve fetal ağırlıklarını etkileyebilir. Dünya çapında, gebe kadınların %10'u kayıncıların otokratik tarzı nedeniyle depresyon ve stres yaşamaktadır. Ayrıca, aile değerleri ve inançları, din, eğitim düzeyi veya aile üyelerinin farkındalığı gebe kadınların fiziksel, sosyal ve psikolojik refahını etkilemektedir (Naz, Muhammad, Ahmad and Ali 2021).

Aşırı hava olayları (örneğin kasırgalar, hortumlar, seller) ve diğer küresel olumsuz olaylar (örneğin koronavirus hastalığı 2019 salgını) gibi dış stres faktörleri de gebelik sırasında önemli akut ve kronik strese katkıda bulunabilir (Traylor et al 2020).

2.6. GEBELİKTE SOSYAL DESTEK

Sosyal destek, bir bireyden, başka bir bireye, sağlanan ve alıcıda olumlu bir tepki uyandıran gönüllü bir eylem olarak kabul edilir. Sosyal destek, ebeveynler, eş, akrabalar ve arkadaşlar gibi farklı bireyler tarafından bilgilendirici, fiziksel, duygusal, araçsal ve değerlendirme gibi çeşitli biçimlerde verilebilir. İyi bir sosyal desteğin anne ve fetus sonuçları açısından olumlu bir etkiye sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Etkili bir sosyal desteğin daha yüksek kişisel yeterlilik, istikrar duygusu ve öz saygı ile sonuçlandığı bildirilmiştir (Raghuveer and Haleema 2023).

Sosyal ilişkilerin fiziksel sağlık ve psikolojik refah üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Sosyal ilişkilerin bireylere stres ve geçiş dönemlerinde, rol ve yaşam değişiklikleri dahil olmak üzere kaynaklara erişim sağladıkları ölçüde destekleyici olduğu düşünülmektedir. Gebelik sırasında duygusal destek ve öz yeterlilik kadınların doğum deneyimine ilişkin algıya olumlu katkıda bulunur (Tani and Castagna 2017).

Sosyal destek fiziksel veya duygusal olabilir. Doğum öncesi ziyaretlerde eşin katılımı, hastane ziyaretleri için mali destek, gebelik sırasında yararlı sağlık bilgisi sağlanması ve doğum sırasında duygusal destek (bakım ve sevgi gösterme) dahil olmak üzere sosyal destekle ilgili farklı uygulamalar vardır (Babatunde, John-Akinola and Desmennu 2022).

Sosyal desteğin doğum sürecinin kalitesini geliştirdiği, perinatal riskleri azalttığı bilinmektedir. Sosyal desteğin yeterli olmaması, zorlayıcı durumlar, ciddi duygusal bozukluklar bir araya geldiğinde obstetrik komplikasyonlara neden olabilir ve bebeğin durumunu etkileyebilir (Ersanlı 2022).

Çevresinden yeterli destek gören bir kadın, gebelik sürecinde daha rahat hareket edebilir, sağlıklı alışkanlıklar edinmesine yardımcı olacak önerilere açık olabilir ve böylece olası riskleri azaltabilmektedir. Annelerin bu zorlu dönemde yeterli destek görmemesi, hem ruhsal hem de fiziksel olarak yıpranmalarına neden olabilmektedir. İyi bir sosyal çevreye sahip olan anne adayları, iyi bir sosyal desteğe sahip olmayan anne adaylarına göre gebelik sürecinde daha olumlu duygular yaşamaktadırlar (Kanığ ve Eroğlu 2019).

Aile üyelerinin davranışları ve iletişimi açısından psikolojik destek, anne ruh sağlığını etkileyen ve gebelik sonuçlarını olumlu yönde artıran bir diğer önemli faktördür. Psikolojik desteğin eksikliği gebelik komplikasyonlarına yol açabilir, yani fetüsün yoksun nörogelişimi, fetüsün DDA, sezaryen doğum oranlarında artış ve erken doğuma neden olabilmektedir; bu da gebelik sırasında zayıf psikolojik desteğin gebelik komplikasyonlarıyla arasında kuvvetli bir bağ bulunduğunu göstermektedir. Kaliteli aile ilişkisi, gebe kadınların ruh sağlığı ve fiziksel refahında kilit bir işlev görür (Naz et al 2021).

Sosyal destek ve uyum doğum öncesi dönemde kadınlar için önemlidir. Yamada ve ark. (2021) yaptığı çalışmada zayıf sosyal desteğin gebelik sırasında ağrı yoğunluğuyla ilişkili olduğu, bunun psikolojik sıkıntı üzerinden gerçekleştiği ve istenen sosyal

uyumun varlığı sayesinde olumsuz etkinin azalabileceği bulunmuştur (Yamada et al 2021).

Sosyal destek, kadınların gebelik sırasında ve doğumdan sonra duygusal ve fiziksel iyilik hallerinin önemli bir belirleyicisi olarak ileri sürülmüştür. Zyrek ve ark. (2024) doğum sonrası depresyon riski ile gebelik sırasında algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi ele almıştır. Çalışmanın sonucuna göre gebe kadın ne kadar fazla sosyal destek alırsa, doğum sonu depresyon riskinin o kadar düşük olduğunu göstermektedir (Zyrek et al 2024).

2.6.1. Gebelikte Sosyal Destek Sistemleri

Sosyal destek bireyin yakın çevresinden ve bunun yanında sosyal ağlar tarafından sağlanan destektir. Gebe kadınların sosyal çevrelerinden yararlandıkları destekle sorunsuz bir gebelik dönemi geçirdikleri, gebeliğe uyum sağlayarak kadınların annelik rolüne daha hızlı adapte olmasına yardımcı olmaktadır. Bilgi paylaşımı ve iletişim için sosyal medya platformları, sıklıkla kullanılmaktadır. Bu iletişim kanalları; sosyal medya (facebook, whatsapp, instagram, twitter, linkedln gibi), akıllı telefonlar, web siteleri, bloglar dahil olmak üzere bilginin paylaşılmasına izin veren birçok teknolojiden oluşmaktadır (Akben ve Taşhan 2022).

Sosyal destek kavramı iki boyutu kapsar: işlevsel destek ve yapısal destek. Yapısal destek, bir kadının sosyal ağındaki kişilerden sağlanır. Yapısal destek kaynakları, sağlık profesyonelleri ve hizmetleri gibi resmi veya arkadaşlar, aile üyeleri, meslektaşlar, iş arkadaşları ve komşular gibi resmi olmayan kaynaklar olabilir. İşlevsel destek, sosyal desteğin meydana geldiği faaliyetlerin doğasıyla ilgilidir ve bu farklı destek türleri arasında ayırım yapmak için dört grupta sınıflandırma yapılmıştır. Duygusal destek, sevgi, bakım, empati ve güven sağlamayı kapsar. Bu destek biçimi, kadınlara endişelerini ve kaygılarını ifade etme fırsatı yaratır. Araçsal destek, somut mal, hizmet, yardım (finansal dahil) sağlamayı ifade eder ve genellikle doğum sonrası dönemde çocuk bakımı ve ev işleriyle ilgilidir. Bilgilendirici destek, çocuk bakımı ve refah bilgileri gibi stresli bir zamanda başkasına sağlanan bilgilerle ilişkilidir. Son olarak, değerlendirme desteği, problem çözme yerine öz değerlendirmeye ilgili

bilgilerin iletilmesi olarak tanımlanır. Bu tür destek, bir kadının kendisini saygı duyulan veya takdire şayan olarak algılamasına yardımcı olur (Sufredini et al 2022).

Hagaman ve ark. nın (2021) yaptığı çalışma ile özellikle duygusal destek olmak üzere sürdürülebilir sosyal desteğin perinatal depresyon üzerindeki koruyucu etkisi vurgulanmaktadır (Hagaman et al 2021).

Uluslararası çalışmalar gebelik sırasında profesyonel desteğin erken doğumların sayısının azalmasına, doğum eylemi ve doğum için daha fazla bilgi ve bebek bakımı için daha iyi bir hazırlığa yol açtığını bulmuştur. Gebelik sırasında profesyonel desteğin sunulma biçimi ülkeye bağlı olarak uluslararası alanda farklılık göstermektedir. Örneğin, bazı ülkeler doğum öncesi eğitim sınıfları sunarken, diğerleri sunmamaktadır (Backström et al 2017).

2.6.2. Gebelikte Eş Desteği

Gebelikte eşlerin desteği, anne adayları için en önemli rahatlama kaynaklarından biridir. Baba adayları, eşlerinin gebelik döneminde hem duygusal hem de fiziksel yönden yanında olarak çeşitli şekillerde destek olmaktadır. Anne adayının beslenmesini gebelik dönemine uygun hale getirmede yardımcı olmak, ağır işler yapmasını engellemek, ev işlerinde destek olmak, maddi destek vermek, doğum öncesi kontrollerde eşlik etmek, çocuklara bakmak eş desteğine örnektir. Yüksek eş desteği aile bağlarını güçlendirirken aynı zamanda anne ve çocuk sağlığını da korur. İletişimin güçlü tutulması, eşler arasındaki duygusal bağ, çocuk odasının tasarımı, bebek giysileri gibi hazırlıkların birlikte yapılması, ebeveynlik becerilerini geliştirir (Yüksekal ve Yurdakul 2021).

İlgili partnerleri olan gebe kadınların (bebeğin kalp atışlarını dinleyen, bebek için şeyler satın alan, doğum veya lamaze derslerine katılanlar), doğum öncesi bakım alma ve sigara içmeyi azaltma olasılıkları, partnerleri gebeliğe dahil olmayan kadınlara göre daha yüksektir. Partner desteği veya katılımıyla ilişkili bir yapı olan sosyal destek, gebelik sırasında anne refahının ve doğum ağırlığı dahil perinatal sonuçların önemli bir korelasyonudur (Cheng et al 2016).

Alio ve ark. (2011) alışmasında babaları olmayan kadınlardan doğan bebeklerin yenidoğan ölüm oranının, ilgili babaları olanlara göre ortalama 4 kat daha yüksek olduğunu bulmuştur (Alio et al 2011).

Erkek partner katılımı, anne sağlığını iyileştirme, annelerin, bebeklerin genel sağlık ve refahını teşvik etme çabalarında kritik bir etken olarak görülmektedir. Böylelikle doğum öncesi ve sonrası, bebek ve anne ölümlerinin azaltılması sağlanır (Babatunde et al 2022).

Mutsuz bir ilişki, özellikle ekonomik zorluklar, ilişkide yaşanan güven sorunları, eşle anlaşmazlıklar, ailede şiddet gibi faktörler gebelik döneminde stres sebebidir (Ersanlı 2022).

Birçok kadın gebelik sırasında kendini savunmasız hisseder. Partnerlerine daha bağımlı hale gelirler ve aileden ve arkadaşlardan, özellikle diğer kadınlardan gelen destek bu dönemde daha önemli hale gelir (Rosand et al 2011).

Pakistan’da yapılan bir çalışma, eşin gebelik sırasında ve sonrasında desteğinin, anne sağlığı ve güvenli doğumda hayati bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Eşlerinden uzakta yaşayan kadınların gebelik sırasında belirli sağlık sorunları yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Bu sorunlar arasında vajinal kanama, aşırı kusma, göğüs ağrısı, öksürük, yüksek tansiyon, aşırı kilo alımı, vücut ağrıları, ayakların şişmesi ve yüzün şişmesi yer almaktadır. Bu durum ayrıca doğum sonrası dönemde komplikasyonlara ve sağlık sorunlarına da yol açmaktadır (Atif, Farooq, Shafiq, Ayub and Ilyas 2023).

Yeni bir bebeğın dünyaya gelmesi sadece anne adayı için değil, baba ve ailenin diğer üyeleri için de hayatlarında heyecanlı ve önemli bir süreci kapsamaktadır. Bu süreçte sadece mutluluk değil, aynı zamanda endişe ve korkular da yaşanabilir. Bu dönemde eşlerin birbirlerine karşı anlayışı ve desteğı gereklidir. Eş desteğı hem bebek, hem de anne için önemlidir. Anneye ve bebeğey yol gösterici rolündedir. Gebelik sürecinde kadınlar, yaşadıkları süreçte en çok eşlerinden ve annelerinden anlayış ve yardım görmeyi beklerler. Bu kişilerin sağladığı destek gebelik sürecinde karşılaşılan

sorunların çözümünde büyük önem taşır. Annenin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını güçlendirerek yaşam kalitesini yükseltir. Eş desteği anne ve bebek sağlığını pozitif yönde etkilemektedir (Yanılmaz ve Beydağ 2023).

2.7. ACİL DURUMLARDA EŞ DESTEĞİNİN ÖNEMİ

Gebelik, artan bir kırılganlık dönemidir ve her iki ebeveynin de bu dönemde yeni zorluklarla karşılaşması beklenir (Arisukwu et al 2021).

Gebeliğin her üçer aylık döneminin de kendine has psikolojik uyum süreçleri içerdiği bilinmektedir. İlk üç aylık dönem, annelerin gebelik durumuna ve değişen koşullara psikolojik olarak adapte olmaya çalıştığı evredir. İkinci üç aylık dönem, anne karnındaki bebekle daha yoğun ve yakın bir biyolojik bağ kurulur. Son üç aylık dönemde doğum yaklaşırken, doğum sürecine ve bebeğin sağlığına dair kaygılar ön plana çıkmaktadır (Erdemoğlu, Karakayalı ve Özşahin 2018).

Gebelik sırasındaki stres DDA, erken doğum ve planlanmamış sezaryen doğum gibi olumsuz doğum sonuçlarını arttırmaktadır. Bireylerin stresli durumlarda kullandıkları başa çıkma stilleri, gebelik sırasında oluşan ek stres seviyesini kontrol edebilir. Bireyler sorun odaklı başa çıkma stilini kullandıklarında, stres seviyeleri azalır ve ruh sağlıkları iyileşir. Korku ve stres gibi psikolojik zorluklardan şikâyet eden gebe kadınlar tarafından en sık başvurulanan yöntem duygu odaklı baş etme biçimidir. Bir eşten gelen destek düzeyi, kadınların gebelik sırasında algıladıkları stres seviyelerinin düşürülmesine belirgin ölçüde katkı sağlar (Moon and Kim 2023).

Stresli zamanlarda, özellikle sağlıkla ilgili olumsuz durumlarda, kişinin stres yönetimi kapasitesini etkileyen en önemli unsurlardan biri eşinin desteğidir. Bireylerin psikolojik iyilik halleri, uyguladıkları stres yönetimi stratejileri ve partner desteği ile doğrudan ilişkilidir. Bu iki etken yeterli seviyede sağlanamazsa, bu durum kişinin psikolojik iyilik halini olumsuz biçimde etkileyebilir (Can, Yıldız, Sağlam, Golbasi ve Ekin 2025).

Araştırmalar, evli bireylerin stresli durumlarla veya sorunlarla yüzleştiklerinde genellikle ilk başvurdukları kişinin eşleri olduğunu ve eşlerini en önemli sosyal destek olarak kabul ettiklerini göstermektedir. Gebelikte stresli zamanlarda eş desteğinin varlığı stresli dönemlerde eşler arasında yalnızlaşmayı ve i e kapanmayı engeller. Bu destek, eşler arasında duygusal yakınlığı pekiştirir, güçlü bir bağ kurar, tartışmaları azaltarak ortamı sakinleştirir ve olumsuz gelişmelerin büyümesini önleyebilir. Gebelik döneminde eş desteği, gebenin endişesini azaltmakta ve bu destek arttıkça, yaşadığı sorunlarla başa çıkma yeteneği de gelişmektedir. Gebelikte eş desteği, annelerin annelik hissiyatını olumlu yönde güçlendirdiğini ve gebelikte karşılaşılan stresli durumlarla daha rahat üstesinden geldiklerini ortaya koymaktadır (Kucukkaya ve Basgol 2023).

Eş desteği ve sosyal desteği güçlü olan, etrafından olumlu geri bildirimler alan anne adayları, gebeliği ve değişen beden imajlarını, yetersiz destek alanlara göre daha pozitif algılar. Eşin sağladığı destek, annenin gebeliği kabullenme sürecinde annelik hissiyatını da pozitif yönde etkiler. Eş desteği, anne adaylarının ruh halini, kendine güvenini ve olumlu duygularını güçlendirir; stres ve korkuyu azaltır. Bu sayede, pozitif doğum beklentilerini ve gebeliğe uyumu kolaylaştırır (Doğrul ve Dikmen 2023).

Gebenin eşinden gelen yeterli desteğe ihtiya ı vardır. Eşin varlığı, doğum sırasında bir kadın için ağrı kesici görevi görebilir bu yüzden eş desteği önemlidir. Eşler doğum sırasında kadınlar için tercih edilen arkadaşlardır (Arisukwu et al 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma acile başvuran gebelerde eş desteği algısının stres düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

3.2.ARAŞTIRMA SORULARI

- Acile başvuran gebelerde eş desteği algısının stres düzeyine etkisi nedir?
- Acile başvuran gebelerde eş desteği algısı ile sosyodemografik ve obstetrik özellikleri arasındaki ilişki nedir?
- Acile başvuran gebelerin stres düzeyleri ile sosyodemografik ve obstetrik özellikleri arasındaki ilişki nedir?

3.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi ‘nde Kadın Doğum Acile direkt başvuru yapan gebelerde 01.01.2025-30.03.2025 tarihleri aralığında toplanmıştır. Kadın Doğum Acil, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları binasında giriş katta yer almaktadır. Günlük ortalama 100 hastaya hizmet vermektedir. Bu sayının yarısını gebeler oluşturmaktadır. Kadın doğum acilde bir sorumlu ebe ve 12 ebe görev yapmaktadır. Nöbette bir uzman doktor, bir asistan doktor ve iki ebe çalışmaktadır. Dokuz müşahede yatağı (iki tanesi mönitörlü), yataklar arasında mahremiyet perdesi bulunmaktadır. Bir nst odası (iki yataklı), yataklar arasnda mahremiyet perdesi bulunmaktadır. Bir enjeksiyon

pansuman ve kan alma odası, bir doğum odası, bir acil poliklinik odası, bir ön değerlendirme odası bulunmaktadır. Ayrıca iki adet müdahale odası bulunmaktadır.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini 1 Ocak 2025 ve 30 Mart 2025 tarihleri aralığında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Acile başvuran örneklem seçim kriterlerine uyan ve araştırmayı kabul eden gebeler oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem büyüklüğü Ma ve arkadaşlarının (2023) “Predictors of pregnancy stress and psychological birth trauma in women undergoing vaginal delivery: a cross-sectional study in China” başlıklı yapmış oldukları çalışmaya dayalı olarak belirlenmiştir (Ma et al 2023). Araştırmanın örneklem sayısı G*Power 3.1.9.7 programı ile bu çalışmadaki stres puanları kullanılarak etki gücü $d=0,385$ hesaplanmış, %95 güç oranı için gerekli örneklem hacmi en az 294 gebe olarak belirlenmiştir. Öngörülen veri kayıpları göz önüne alınarak veri toplama tarihleri içerisinde örneklem grubunda araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan 334 gebeye ulaşılmıştır.

3.6. ÖRNEKLEM SEÇİM KRİTERLERİ

3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Gebe olan
- Evli olan
- Kadın Doğum Acile direkt başvuru yapan

3.6.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Araştırmayı kabul etmeyen
- Mental problemi olan
- Türkçe iletişim kurulamayan

3.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

3.7.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Gebelerin stres ölçek puanı

3.7.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Sosyodemografik ve obstetrik özellikler
- Eş desteği algısı ölçek puanı

3.8. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Çalışmaya kadın doğum acil servisine başvuru yapan gebelerin sözel ve yazılı onamlarını (Ek-1) takiben yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak veri toplama formları doldurulmuştur. Veri toplama sürecinde gebelerle baş başa görüşülmüş, mahremiyet kurallarına dikkat edilmiştir. Gebelerin verileri, acil prosedür tamamlandıktan sonra alınmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.9.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-2)

Bu form obstetrik ve sosyodemografik öyküyü içeren 21 sorudan oluşmaktadır.

3.9.2. Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği (Ek-3)

Çalışmamızda Gebelik Stresi Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ), Chen (2015) tarafından revize edilmiştir (Chen 2015). Aksoy, Dutucu, Özdilek, Bektaş ve Keçeci (2019) tarafından ise Türkçe'ye dönüştürülmüştür. Bu ölçek, 36 maddeden oluşmakta ve her bir madde için beş seçenekli bir likert tipi derecelendirme sunmaktadır. Bu ölçek, kadınların gebelik dönemindeki stres düzeylerini ölçmektedir. Stres yoğunlukları, belirgin bir endişe yokluğundan (0), çok ileri derecede klinik strese (4) doğru puanlama yapılmaktadır. Doğum öncesi stres skoru, ölçekteki tüm maddelere verilen puanların bir araya getirilmesiyle elde edilir. Ölçeğin puan aralığı 0 ile 144 arasındadır.

Puanın artması, doğum öncesi stres düzeyinin de arttığı anlamına gelmektedir (Aksoy, Dutucu, Özdilek, Bektaş ve Keçeci 2019).

Çalışmamızda kullanılan Gebelikte Stres Değerlendirme Ölçeği'nin Cronbach's alpha güvenirlik katsayısı 0,942 olarak ölçülmüştür.

3.9.3. Gebelerde Eş Desteği Algısı Ölçeği (Ek-4)

Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği (GEDAÖ), Yurdakul, Beşen ve Alıcı' nın (2020) geliştirdiği ve katılımcıların 16 ifadeye 5 farklı düzeyde katılımını belirten bir ölçme aracıdır. Ölçek, "bilişsel destek," "duygusal destek" ve "maddi destek" başlıkları altında toplanan üç farklı destek türünü ölçmektedir. Bu ölçme aracından elde edilebilecek Ölçeğin puanlaması 16'dan başlayıp 80'de sona ermektedir ve katılımcıların aldığı puan arttıkça, gebelik döneminde eşlerinden algıladıkları desteğin seviyesi de artmaktadır.

Bilişsel destek alt boyutu, 1, 4, 6, 10, 11 ve 15. maddeler olmak üzere 6 maddeden oluşur. Bu alt boyut için puanlama 6'dan başlayıp 30'da sona ermektedir. Duygusal destek alt boyutu, 2, 3, 5, 8 ve 13. maddelerden oluşan 5 maddeden oluşur. Bu alt boyut için puanlama 5'den başlayıp 25'de sona ermektedir. Maddi destek alt boyutu, 7, 9, 12, 14 ve 16. maddeler olmak üzere 5 maddeden oluşur. Bu alt boyut için puanlama 5'den başlayıp 25'de sona ermektedir (Yurdakul ve ark 2020).

Çalışmamızda; Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği'nin güvenirlik katsayısı ise 0,932 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, bu ölçeğin alt boyutlarına ait Cronbach's alpha değerleri bilişsel alt boyut için 0,904, duygusal alt boyut için 0,806 ve maddi destek alt boyutu için 0,814 olarak saptanmıştır.

3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Çalışma yalnızca tek bir hastanenin acil servisine başvuran gebeler üzerinde yürütüldüğünden, elde edilen bulguların tüm gebelere genellenmesi mümkün değildir. Ayrıca acil servis ortamındaki yoğunluk, gürültü ve mahremiyet kısıtlılıkları, gebelerin yanıtlarını etkilemiş olabilir. Son olarak

araştırmanın belirli bir merkezde ve sınırlı bir zaman diliminde yürütülmesi, sonuçların farklı kültürel ve kurumsal bağlamlarda değişebileceği ihtimalini ortaya koymaktadır.

3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmaya başlamadan önce Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan onay (E-43012747-050.04-4282201-177 sayılı) (Ek-5) izni alınmıştır. Araştırma öncesi ölçeklerin kullanımı ile ilgili yazarlardan e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek-6). Çalışmayı kabul eden gebe kadınlardan, araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarını ve bilgilendirildiklerini gösteren yazılı Bilgilendirilmiş Onam Formu ile izin alınmıştır.

3.12. ARAŞTIRMA TAKVİMİ

	Konu seçimi	Planlama ve izinler	Literatür Tarama	Anket hazırlama	Veri toplama	Analiz Yapma	Tezin yazımı ve sunumu
Eylül 2024	+		+				
Ekim 2024	+		+				
Kasım 2024		+	+	+			
Aralık 2024		+	+	+			
Ocak 2025			+		+		
Şubat 2025			+		+		
Mart 2025			+		+		
Nisan 2025			+			+	
Mayıs 2025			+			+	
Haziran 2025			+			+	
Temmuz 2025			+				+
Ağustos 2025			+				+
Eylül 2025			+				+

3.13. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Araştırma verileri IBM® SPSS® Statistics 30 programı esas alınarak analiz edildi. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama ($\bar{x}$), medyan (M), standart sapma (SS) ve

çeyreklikler arası fark (IQR) değerleri ile raporlandı. Kategorik veriler, frekans (n) ve oran (%) olarak sunuldu.

Bağımlı değişkenlerin dağılımının normal olduğu kabulü için, hem Kolmogorov-Smirnov testinin ($p>0,05$) anlamsızlığı hem de aritmetik ortalama, mod, medyan yakınlığı, çarpıklık/basıklık katsayılarının ($\pm 2,0$ sınırları dahilinde 0'a yakınlığı) gibi istatistiksel ve grafiksel tüm göstergelerin normalliği desteklemesi gerekmektedir (George ve Mallery, 2024; Karagöz, 2023; Pallant, 2020; Tabachnick ve Fidell, 2019). Pallant'a (2020) göre, büyük örneklerde Kolmogorov-Smirnov normallik testi anlamlı çıkma eğilimde olduğundan normallik için çarpıklık-basıklık, Q-Q Plot, Histogram gibi görsel araçlarında dikkate alınması önerilmektedir (Pallant 2020). Sürekli değişkenlerden GEDÖ ve alt boyutları yukarıdaki özelliklerin çoğunu karşılayamadı için parametrik olmayan testlerden, GSDÖ için ise yukarıdaki özelliklerden çoğunu karşıladığı için parametrik testlerden yararlanılmıştır.

Çalışmada, verilerin dağılımına göre uygun istatistiksel analizler kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerde bağımsız örneklem t testi ve One Way ANOVA uygulanmıştır. Varyans homojenliği sağlanmadığında Welch's ANOVA tercih edilmiştir. Normal dağılmayan veya sıralı verilerde ise Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkiler için Pearson ve Spearman korelasyon analizleri yapılmıştır. Bağımlı değişken üzerindeki etkileri incelemek amacıyla çoklu doğrusal stepwise regresyon analizi uygulanmış, ölçeklerin iç tutarlılığı Cronbach's Alpha ile değerlendirilmiştir. Analizlerdeki istatistiksel karar kriteri, $p<0,05$ düzeyi baz alınarak saptanmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1’de, çalışmaya katılan gebelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı sunuldu. Gebelerin yaş ortalaması $28,43 \pm 5,08$ yıl (min: 18, maks: 44), eşlerin yaş ortalaması ise $31,81 \pm 5,40$ yıl (min: 20, maks: 50) olarak, evlilik süresi ortalaması ise $5,54 \pm 4,72$ yıl (min: 1, maks: 25) olarak hesaplanmıştır.

Gebelerin %42,2’si lise mezunudur, %71,6’sı çalışmadığı ve %71,3’ü orta düzeyde ekonomik gelire sahip olduğu görüldü. Eşlerin eğitim düzeyine bakıldığında, %44,0’ı lise mezunu, %95,8’i ise çalıştığı saptandı. Katılımcıların %91,0’ı çekirdek aile yapısında, %49,1’i ilçe merkezinde ikamet ettiği ve %88,0’ı tanışarak evlendiği belirlendi.

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=334)

Nicel Özellikler		$\bar{x} \pm SS$	Min.-Maks.
Yaş (yıl)		$28,43 \pm 5,08$	18-44
Eş yaş (yıl)		$31,81 \pm 5,40$	20-50
Evlilik süresi (yıl)		$5,54 \pm 4,72$	1-25
Kategorik Özellikler	Alt Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim durumu	İlköğretim	73	21,9
	Lise	141	42,2
	Üniversite ve üzeri	120	35,9
Çalışma durumu	Çalışıyor	95	28,4
	Çalışmıyor	239	71,6
Ekonomik durum	Kötü	4	1,2
	Orta	238	71,3
	İyi	92	27,5
Eş eğitim düzeyi	İlköğretim	74	22,2
	Lise	147	44,0
	Üniversite ve üzeri	113	33,8
Eş çalışma durumu	Çalışıyor	320	95,8
	Çalışmıyor	14	4,2
Aile tipi	Çekirdek aile	304	91,0
	Geniş aile	30	9,0
Yaşanılan yer	İl	120	35,9
	İlçe	164	49,1
	Köy	50	15,0
Evlenme şekliniz	Görücü usulüyle	40	12,0
	Tanışarak	294	88,0

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, %: Yüzde, Min: Minimum değer, Maks: Maksimum değer.

Tablo 4.2’de, çalışmada yer alan gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı sunuldu. Gebelerin gebelik sayısı ortalaması $2,14 \pm 1,29$ (min: 1, maks: 8), yaşayan çocuk sayısı ortalaması $0,85 \pm 0,95$ (min: 0, maks: 4), doğum sayısı ortalaması $0,86 \pm 0,95$ (min: 0, maks: 4), düşük sayısı ortalaması $0,21 \pm 0,58$ (min: 0, maks: 4), küretaj sayısı ortalaması $0,08 \pm 0,31$ (min: 0, maks: 2) ve gebelik haftası ortalaması ise $23,00 \pm 11,50$ (min: 5, maks: 41) olarak hesaplanmıştır. Gebelerin %44,3’ünün doğum yapmadığı, %36,2’sinin üçüncü trimesterde olduğu, %35,3’ünün bebeklerinin cinsiyetinin erkek olduğu, %91,2’sinin bebeklerinin cinsiyeti istenilen cinsiyette olduğu, %75,1’inin planlı gebelik sahibi olduğu, %98,8’inin düzenli kontrollere gittiği, %15,6’sının gebe eğitim okulundan danışmanlık aldığı ve %1,2’sinin gebeliği sonlandırmayı düşündüğü görüldü. Eşlerin %1,5’inin gebe eğitim okulundan danışmanlık aldığı saptandı.

Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=334)

Nicel Özellikler		$\bar{x} \pm SS$	Min.-Maks.
Gebelik sayısı		$2,14 \pm 1,29$	1-8
Yaşayan çocuk sayısı		$0,85 \pm 0,95$	0-4
Doğum sayısı		$0,86 \pm 0,95$	0-4
Düşük sayısı		$0,21 \pm 0,58$	0-4
Küretaj sayısı		$0,08 \pm 0,31$	0-2
Gebelik haftası		$23,00 \pm 11,50$	5-41
Kategorik Özellikler	Alt Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Önceki doğum şekliniz	Normal doğum	88	26,3
	Sezaryen	98	29,3
	Doğum yapmadım	148	44,3
Gebelik trimester dönemi	Birinci trimester	104	31,1
	İkinci trimester	109	32,6
	Üçüncü trimester	121	36,2
Bebegin cinsiyeti	Kız	98	29,3
	Erkek	118	35,3
	Bilmiyorum	118	35,3
İstenilen bebek cinsiyet durumu	Evet	198	91,2
	Hayır	19	8,8
Planlı gebelik durumu	Evet	251	75,1
	Hayır	83	24,9
Gebeliği sonlandırma düşüncesi	Evet	4	1,2
	Hayır	330	98,8
Gebelik sürecince düzenli bir kontrollere gitme durumu	Evet	330	98,8
	Hayır	4	1,2
Gebelikte gebe eğitim okulundan danışmanlık alma durumu	Evet	52	15,6
	Hayır	282	84,4
Gebelik süresince eşinizin gebe eğitim okulundan danışmanlık alma durumu	Evet	5	1,5
	Hayır	329	98,5

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, %: Yüzde, Min: Minimum değer, Maks: Maksimum değer.

Tablo 4.3'te, çalışmaya katılan gebelerin GSDÖ ve GEDAÖ'ye ilişkin betimleyici istatistikler ve psikometrik özelliklerinin dağılımı sunuldu. Gebelikte Stres Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması 32,83±23.07 (min: 0, maks: 101), Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği değer ortalaması 70,54±9.97 (min: 38, maks: 80), bilişsel alt boyut değer ortalaması 25,86±4,81 (min: 10, maks: 30), duygusal alt boyut değer ortalaması 21,90±3,31 (min: 11, maks: 25) ve maddi destek alt boyut değer ortalaması ise 22,77±2,93 (min: 13, maks: 25) olarak hesaplandı. Gebelikte Stres Değerlendirme Ölçeği'nin Cronbach alfa değeri 0,942, Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği'nin 0,932, bilişsel alt boyutun 0,904, duygusal alt boyutun 0,806 ve maddi destek alt boyutun 0,814 olduğu saptandı.

Tablo 4.3. GSDÖ ve GEDAÖ İlişkin Betimleyici İstatistikler ve Psikometrik Özelliklere Ait Bulgular

	n	$\bar{x} \pm SS$	Min.-Maks.	M (IQR)	α
Gebelikte Stres Değerlendirme Ölçeği	36	32,83±23,07	0-101	29 (35)	0,942
Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği	16	70,54±9,97	38-80	74 (15)	0,932
Bilişsel alt boyut	6	25,86±4,81	10-30	23 (7)	0,904
Duygusal alt boyut	5	21,90±3,31	11-25	23 (5)	0,806
Maddi destek alt boyutu	5	22,77±2,93	13-25	24 (4)	0,814

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, Min: Minimum değer, Maks: Maksimum değer. Medyan (25. ve 75. Yüzdelikler). α : Cronbach's alpha katsayı değeri.

Tablo 4.4'te, gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre GSDÖ ve GEDAÖ toplam ve alt boyut değer ortalamalarının karşılaştırılması sunuldu.

Eğitim durumuna göre gebelerin GEDAÖ bilişsel alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,003$). Eğitim düzeyi lisans ve üzerindeki gebelerin puanlarının ilköğretim ($p=0,006$) ve lise ($p=0,021$) eğitim düzeyindeki gebelerden yüksek olduğu saptandı. GEDAÖ toplam değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,007$). Eğitim düzeyi lisans ve üzerindeki gebelerin değerlerinin ilköğretim ($p=0,012$) ve lise ($p=0,049$) eğitim düzeyindeki gebelerden yüksek olduğu saptandı. GSDÖ toplam değer ortalamalarında anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,047$). Ancak yapılan ikili karşılaştırmalarda anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$).

Çalışma durumuna göre gebelerin GSDÖ toplam değer ortalamalarında anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,044$). Çalışan gebelerin puan ortalamalarının çalışmayan gebelerden yüksek olduğu saptandı.

Eş eğitim düzeyine göre gebelerin GEDAÖ bilişsel alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,002$). Eş eğitim düzeyi lisans ve üzerindeki gebelerin puanlarının ilköğretim ($p=0,002$) eğitim seviyesindeki gebelerden yüksek olduğu saptandı. GEDAÖ duygusal alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,002$). Eş eğitim düzeyi lisans ve üzerindeki gebelerin puanlarının ilköğretim ($p=0,005$) ve lise ($p=0,015$) eğitim seviyesindeki gebelerden yüksek olduğu saptandı. GEDAÖ maddi destek alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,025$). Eş eğitim düzeyi lisans ve üzerindeki gebelerin değerlerinin lise ($p=0,042$) eğitim seviyesindeki gebelerden yüksek olduğu saptandı. GEDAÖ toplam değerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,001$). Eş eğitim düzeyi lisans ve üzerindeki gebelerin puanlarının ilköğretim ($p=0,001$) ve lise ($p=0,017$) eğitim seviyesindeki gebelerden yüksek olduğu saptandı.

Yaşanılan yere göre gebelerin GSDÖ toplam değer ortalamalarında anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,020$). İl merkezinde yaşayan gebelerin değer ortalamalarının ilçe merkezinde yaşayan gebelerden yüksek olduğu saptandı ($p=0,017$).

Evlenme şekline göre GEDAÖ bilişsel alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,012$). Tanışarak evlenen gebelerin puanlarının görücü usulüyle evlenen gebelerden yüksek olduğu saptandı. Gebelerin maddi destek alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,002$). Tanışarak evlenen gebelerin puanlarının görücü usulüyle evlenen gebelerden yüksek olduğu saptandı. GEDAÖ toplam değerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,010$). Tanışarak evlenen gebelerin puanlarının görücü usulüyle evlenen gebelerden yüksek olduğu saptandı. GSDÖ toplam değer ortalamalarında anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,031$). Görücü usulüyle evlenen gebelerin puan ortalamalarının tanışarak evlenen gebelerden yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.4. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre GSDÖ ve GEDAÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kategorik Özellikler	n	Bilişsel M (IQR)	Duygusal M (IQR)	Maddi destek M (IQR)	GEDAÖ Toplam M (IQR)	GSDÖ Toplam x̄±SS
Eğitim durumu						
İlköğretim ¹	73	25 (9)	22 (6)	24 (6)	69 (19)	30,04±24,36
Lise ²	141	27 (7)	23 (6)	24 (4)	73 (15)	30,75±23,22
Üniversite ve üzeri ³	120	29 (6)	23 (4)	24 (3)	75 (12)	36,98±21,64
Test		$\chi^2=11,812$	$\chi^2=5,317$	$\chi^2=5,588$	$\chi^2=9,794$	F=3,081
p		0,003	0,070	0,061	0,007	0,047
fark		3>1; p=0,006 3>2; p=0,021	-	-	3>1; p=0,012 3>2; p=0,049	-
Çalışma durumu						
Çalışıyor	95	28 (6)	23 (5)	24 (3)	74 (16)	37,09±24,92
Çalışmıyor	239	28 (7)	23 (5)	24 (4)	74 (15)	31,14±22,12
Test		Z=-0,790	Z=-0,484	Z=0,168	Z=-0,445	t=2,033
p		0,429	0,629	0,867	0,656	0,044
Ekonomik durum						
Kötü	4	30 (3)	23 (4)	25 (4)	77 (11)	52,00±23,73
Orta	238	28 (7)	23 (5)	24 (4)	75 (15)	32,60±22,97
İyi	92	28 (6)	23 (5)	24 (4)	74 (14)	32,60±23,21
Test		$\chi^2=1,371$	$\chi^2=0,024$	$\chi^2=0,390$	$\chi^2=0,434$	F=1,401
p		0,504	0,988	0,823	0,805	0,248
Eş eğitim düzeyi						
İlköğretim ¹	74	26 (8)	22 (4)	24 (5)	71 (15)	30,43±24,23
Lise ²	147	27 (6)	23 (6)	24 (4)	74 (16)	32,08±23,48
Üniversite ve üzeri ³	113	29 (6)	24 (4)	25 (3)	76 (12)	35,38±21,67
Test		$\chi^2=12,135$	$\chi^2=12,164$	$\chi^2=7,368$	$\chi^2=14,080$	F=1,169
p		0,002	0,002	0,025	0,001	0,312
fark		3>1; p=0,002	3>1; p=0,005 3>2; p=0,015	3>2; p=0,042	3>1; p=0,001 3>2; p=0,017	-
Eş çalışma durumu						
Çalışıyor	320	28 (7)	23 (5)	24 (4)	74 (15)	32,80±23,01
Çalışmıyor	14	27 (6)	23 (3)	24 (3)	75 (8)	33,50±25,33
Test		Z=0,310	Z=-0,222	Z=0,291	Z=-0,080	t=-0,110
p		0,757	0,824	0,771	0,936	0,912
Aile tipi						
Çekirdek aile	304	28 (6)	23 (5)	24 (4)	75 (14)	32,98±23,18
Geniş aile	30	26 (8)	21 (5)	23 (4)	68 (14)	31,33±22,24
Test		Z=-1,564	Z=-1,743	Z=-0,977	Z=-1,825	t=0,373
p		0,118	0,081	0,329	0,068	0,710
Yaşanılan yer						
İl ¹	120	28 (6)	23 (5)	24 (4)	75 (13)	37,44±24,04
İlçe ²	164	27 (7)	23 (6)	24 (4)	74 (17)	29,78±22,66
Köy ³	50	28,5 (7)	23 (4)	24 (3)	74 (14)	31,78±20,51
Test		$\chi^2=1,042$	$\chi^2=1,058$	$\chi^2=1,532$	$\chi^2=0,820$	F=3,952
p		0,594	0,589	0,465	0,664	0,020 1>2; p=0,017
Evlenme şekliniz						
Görücü usulüyle	40	24 (10)	21 (6)	22 (6)	67 (19)	40,23±26,21
Tanışarak	294	28 (6)	23 (5)	24 (3)	75 (13)	31,83±22,47
Test		Z=2,518	Z=1,720	Z=3,067	Z=2,579	t=2,172
p		0,012	0,085	0,002	0,010	0,031

x̄: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, M (IQR): Medyan (75. ve 25. Yüzdelikler). t: Bağımsız örneklem t testi değeri, F: Tek yönlü varyans analizi test değeri (ANOVA), Z: Mann Whitney U test standartlaştırılmış Z-tablo değeri, χ^2 : Kruskal Wallis H test değeri. ¹⁻²⁻³⁻⁴: Gruplar arasındaki farkın gösterimi, fark: Gruplar arası fark karşılaştırması (Bonferroni). GSDÖ: Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği. GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği.

Tablo 4.5’te, gebelerin obstetrik özelliklerine göre GSDÖ ve GEDAÖ toplam ve alt boyut değer ortalamalarının karşılaştırılması sunuldu.

Önceki doğum şekline göre gebelerin GEDAÖ bilişsel alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p<0,001$). Doğum yapmamış olan gebelerin puanlarının, normal doğum ($p=0,010$) ve sezaryen ($p=0,001$) ile doğum yapan gebelerden yüksek olduğu saptandı. GEDAÖ duygusal alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,008$).

Doğum yapmamış olan gebelerin puanlarının, normal doğum ($p=0,042$) ve sezaryen ($p=0,021$) ile doğum yapan gebelerden yüksek olduğu saptandı. GEDAÖ toplam değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,004$). Doğum yapmamış olan gebelerin puanlarının, normal doğum ($p=0,023$) ve sezaryen ($p=0,011$) ile doğum yapan gebelerden yüksek olduğu saptandı.

Gebelik trimester dönemine göre gebelerin GEDAÖ maddi destek alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,028$). Üçüncü trimesterdeki gebelerin puanlarının birinci trimesterdeki gebelerden yüksek olduğu saptandı ($p=0,023$). GSDÖ toplam değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,012$).

Birinci trimesterdeki gebelerin puanlarının üçüncü trimesterdeki gebelerden yüksek olduğu saptandı ($p=0,009$).İstenilen bebek cinsiyet durumuna göre gebelerin GEDAÖ bilişsel alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,047$).

İsteddiği cinsiyette bebek bekleyen gebelerin puanlarının, istemeyenlere göre yüksek olduğu saptandı. GEDAÖ duygusal alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,049$).

İsteddiği cinsiyette bebek bekleyen gebelerin puanlarının, istemeyenlere göre yüksek olduğu saptandı. GEDAÖ maddi destek alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,020$).

İsteddiği cinsiyette bebek bekleyen gebelerin puanlarının, istemeyenlere göre yüksek olduğu saptandı. GEDAÖ toplam değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,038$). İsteddiği cinsiyette bebek bekleyen gebelerin puanlarının, istemeyenlere göre yüksek olduğu saptandı.

Planlı gebelik durumuna göre gebelerin GEDAÖ bilişsel alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,008$). Planlı gebeliği olan gebelerin puanlarının, plansız gebeliği olan gebelerden yüksek olduğu saptandı. GEDAÖ toplam değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,020$). Planlı gebeliği olan gebelerin puanlarının, plansız gebeliği olan gebelerden yüksek olduğu saptandı.

Gebelikte gebe eğitim okulundan danışmanlık alma durumuna göre gebelerin GEDAÖ toplam değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,043$). Danışmanlık alan gebelerin puanlarının, danışmanlık almayan gebelerden yüksek olduğu saptandı.

Gebelik süresince eşin gebe eğitim okulundan danışmanlık alma durumuna göre gebelerin GEDAÖ bilişsel alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,010$). Danışmanlık alan eşe sahip gebelerin puanlarının, danışmanlık almayan eşe sahip gebelerden yüksek olduğu saptandı. GEDAÖ duygusal alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,017$).

Danışmanlık alan eşe sahip gebelerin puanlarının, danışmanlık almayan eşe sahip gebelerden yüksek olduğu saptandı. GEDAÖ maddi destek alt boyut değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,021$).

Danışmanlık alan eşe sahip gebelerin puanlarının, danışmanlık almayan eşe sahip gebelerden yüksek olduğu saptandı. GEDAÖ toplam değerlerinde anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,005$). Danışmanlık alan eşe sahip gebelerin puanlarının, danışmanlık almayan eşe sahip gebelerden yüksek olduğu saptandı.

Tablo 4.5. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre GSDÖ ve GEDAÖ Toplam ve Alt Boyut Değer Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kategorik Özellikler	n	Bilişsel	Duygusal	Maddi destek	GEDAÖ Toplam	GSDÖ Toplam
		M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)	$\bar{x}\pm SS$
Önceki doğum şekliniz						
Normal doğum	88	27 (8)	23 (6)	24 (4)	72 (16)	30,97±22,52
Sezaryen	98	26 (9)	22 (6)	24 (4)	72 (18)	30,62±23,39
Doğum yapmadım	148	29 (5)	24 (4)	24 (3)	75 (12)	35,41±23,07
Test		$\chi^2=15,598$	$\chi^2=9,652$	$\chi^2=3,318$	$\chi^2=11,259$	F=1,665
p		<0,001	0,008	0,190	0,004	0,191
fark		3>1; p=0,010	3>1; p=0,042	-	3>1; p=0,023	-
		3>2; p=0,001	3>2; p=0,021		3>2; p=0,011	
Gebelik trimester dönemi						
Birinci trimester	104	27 (7)	23 (6)	23 (5)	72 (19)	38,80±27,93
İkinci trimester	109	28 (8)	23 (5)	24 (3)	74 (14)	31,61±18,96
Üçüncü trimester	121	29 (6)	23 (4)	25 (3)	75 (12)	28,81±20,85
Test		$\chi^2=2,455$	$\chi^2=1,511$	$\chi^2=7,137$	$\chi^2=3,094$	W=4,498
p		0,293	0,470	0,028	0,213	0,012
fark				3>1; p=0,023		1>3; p=0,009
Bebeğin cinsiyeti						
Kız	98	28 (6)	23 (4)	24 (3)	75 (13)	30,19±20,01
Erkek	118	29 (6)	23 (5)	24 (4)	75 (13)	30,58±20,34
Bilmiyorum	118	27 (7)	23 (6)	24 (5)	72 (19)	37,28±27,17
Test		$\chi^2=1,399$	$\chi^2=2,551$	$\chi^2=4,702$	$\chi^2=2,155$	W=2,908
p		0,497	0,279	0,095	0,340	0,057
İstenilen bebek cinsiyet durumu						
Evet	198	29 (6)	23 (4)	24 (3)	75 (13)	30,46±19,99
Hayır	19	26 (7)	22 (6)	23 (4)	71 (13)	28,53±22,31
Test		Z=-1,988	Z=-1,965	Z=-2,325	Z=-2,077	t=0,400
p		0,047	0,049	0,020	0,038	0,690
Planlı gebelik durumu						
Evet	251	28 (6)	23 (5)	24 (3)	75 (14)	31,91±23,35
Hayır	83	25 (10)	23 (5)	24 (4)	72 (17)	35,63±22,10
Test		Z=-2,650	Z=-1,644	Z=-1,682	Z=-2,318	t=-1,274
p		0,008	0,100	0,093	0,020	0,203
Gebeliği sonlandırma düşüncesi						
Evet	4	27 (3)	21 (3)	23 (2)	71 (5)	37,00±21,57
Hayır	330	28 (7)	23 (5)	24 (4)	74 (15)	32,78±23,11
Test		Z=0,333	Z=0,998	Z=1,314	Z=0,834	t=0,363
p		0,739	0,318	0,189	0,404	0,717
Gebelik sürecince düzenli bir kontrollere gitme durumu						
Evet	330	28 (7)	23 (5)	24 (4)	74 (15)	32,76±23,08
Hayır	4	24 (5)	19 (3)	22 (6)	64 (13)	38,50±24,46
Test		Z=-0,758	Z=-1,730	Z=-1,681	Z=-1,390	t=-0,494
p		0,449	0,084	0,093	0,165	0,622
Gebelikte gebe eğitim okulundan danışmanlık alma durumu						
Evet	52	29 (6)	24 (3)	25 (3)	76 (11)	37,60±24,25
Hayır	282	28 (7)	23 (5)	24 (4)	74 (15)	31,95±22,78
Test		Z=-1,847	Z=-1,858	Z=-1,757	Z=-2,020	t=1,625
p		0,065	0,063	0,079	0,043	0,105
Gebelik süresince eşinizin gebe eğitim okulundan danışmanlık alma durumu						
Evet	5	30 (0)	25 (0)	25 (0)	80 (0)	23,80±28,46
Hayır	329	28 (7)	23 (5)	24 (4)	74 (15)	32,97±23,00
Test		Z=-2,581	Z=-2,381	Z=-2,307	Z=-2,786	t=-0,882
p		0,010	0,017	0,021	0,005	0,378

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, M (IQR): Medyan (75. ve 25. Yüzdelikler). t: Bağımsız örneklem t testi değeri, F: Tek yönlü varyans analizi test değeri (ANOVA), W: Welch test değeri (Bennett et al., 2023; Field, 2024, Harrison et al., 2020). Z: Mann Whitney U test standartlaştırılmış Z-tablo değeri, χ^2 : Kruskal Wallis H test değeri. ¹⁻²⁻³⁻⁴: Gruplar arasındaki farkın gösterimi, fark: Gruplar arası fark karşılaştırması (Bonferroni). GSDÖ: Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği. GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği.

Tablo 4.6’da gebelikte stres değerlendirme ölçeği, gebelikte eş desteği algısı ölçeği ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki sunuldu.

Yaş ile GEDAÖ’nün duygusal alt boyutu arasında pozitif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\rho=0,133$, $p=0,015$). Bu ilişki, yaşı daha yüksek olan bireylerin gebelikte eşlerinden bekledikleri duygusal destek algısının daha yüksek olma eğiliminde olduğunun göstergesidir. Ayrıca, yaş ile maddi destek ($\rho=-0,108$, $p=0,048$) ve GEDAÖ toplam puanı ($\rho=-0,115$, $p=0,035$) arasında zayıf, negatif ve anlamlı ilişki tespit edildi. Bu bulgular, yaşı artan bireylerin gebelikte eşlerinden bekledikleri maddi destek algısının ve genel eş desteği algısının daha düşük olma eğiliminde olduğunun göstergesidir.

Eş yaşı ile bilişsel ($\rho=-0,131$, $p=0,017$), duygusal ($\rho=-0,122$, $p=0,026$) ve GEDAÖ toplam puanı ($\rho=-0,122$, $p=0,025$) arasında negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Bu sonuçlar, eş yaşı arttıkça gebelikte eşten beklenen bilişsel ve duygusal destek ile genel eş desteği algısının azaldığının göstergesidir.

Evlilik süresi ile bilişsel ($\rho=-0,222$, $p<0,001$), duygusal ($\rho=-0,224$, $p<0,001$) ve GEDAÖ toplam puanı ($\rho=-0,231$, $p<0,001$) negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Evlilik süresi ile maddi destek arasında pozitif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\rho=0,174$, $p=0,001$). Bu bulgular, evlilik süresi arttıkça gebelikte eşten beklenen bilişsel, duygusal ve genel eş desteği algısının azaldığının, ancak maddi destek algısının arttığının göstergesidir.

GEDAÖ’nün bilişsel alt boyutu ile GSDÖ toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\rho=-0,258$, $p<0,001$). Bu ilişki, gebelikte eşlerinden bekledikleri bilişsel destek algısı yüksek olan gebelerin stres düzeylerinin daha düşük olma eğiliminde olduğunun göstergesidir. Ayrıca, GEDAÖ’nün duygusal alt boyutu ($\rho=-0,292$, $p<0,001$), maddi destek alt boyutu ($\rho=-0,338$, $p<0,001$) ve GEDAÖ toplam puanı ($\rho=-0,328$, $p<0,001$) ile GSDÖ

toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Bu bulgular, gebelikte eşlerinden bekledikleri duygusal destek, maddi destek ve genel eş desteği algısı yüksek olan gebelerin stres düzeylerinin daha düşük olma eğiliminde olduğunun göstergesidir.

Gebelik sayısı ile GEDAÖ'nün bilişsel alt boyutu arasında zayıf, negatif ve anlamlı bir ilişki bulundu ($\rho=-0,242$, $p<0,001$). Bu ilişki, gebelik sayısı arttıkça gebelerin gebelikte eşlerinden bekledikleri bilişsel destek algısının daha düşük olma eğiliminde olduğunun göstergesidir. Ayrıca, gebelik sayısı ile GEDAÖ'nün duygusal alt boyutu ($\rho=-0,190$, $p<0,001$), maddi destek alt boyutu ($\rho=-0,108$, $p=0,049$) ve GEDAÖ toplam puanı ($\rho=-0,208$, $p<0,001$) arasında negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Bu bulgular, gebelik sayısı arttıkça gebelerin gebelikte eşlerinden bekledikleri duygusal destek, maddi destek ve genel eş desteği algısının daha düşük olma eğiliminde olduğunun göstergesidir.

Yaşayan çocuk sayısı ile GEDAÖ'nün bilişsel alt boyutu arasında negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\rho=-0,244$, $p<0,001$). Bu ilişki, yaşayan çocuk sayısı arttıkça gebelerin gebelikte eşlerinden bekledikleri bilişsel destek algısının daha düşük olma eğiliminde olduğunun göstergesidir. Ayrıca, yaşayan çocuk sayısı ile GEDAÖ'nün duygusal alt boyutu ($\rho=-0,191$, $p<0,001$), maddi destek alt boyutu ($\rho=-0,128$, $p=0,019$) ve GEDAÖ toplam puanı ($\rho=-0,215$, $p<0,001$) arasında negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Bu bulgular, yaşayan çocuk sayısı arttıkça gebelerin gebelikte eşlerinden bekledikleri duygusal destek, maddi destek ve genel eş desteği algısının daha düşük olma eğiliminde olduğunun göstergesidir.

Doğum sayısı ile GEDAÖ'nün bilişsel alt boyutu arasında negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\rho=-0,253$, $p<0,001$). Bu ilişki, doğum sayısı arttıkça gebelerin gebelikte eşlerinden bekledikleri bilişsel destek algısının daha düşük olma eğiliminde olduğunun göstergesidir. Ayrıca, doğum sayısı ile GEDAÖ'nün duygusal alt boyutu ($\rho=-0,189$, $p=0,001$), maddi destek alt boyutu ($\rho=-0,122$, $p=0,025$) ve GEDAÖ toplam puanı ($\rho=-0,217$, $p<0,001$) arasında

negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Bu bulgular, doğum sayısı arttıkça gebelerin gebelikte eşlerinden bekledikleri duygusal destek, maddi destek ve genel eş desteği algısının daha düşük olma eğiliminde olduğunun göstergesidir.

Gebelik haftası ile GEDAÖ'nün maddi destek alt boyutu pozitif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\rho=0,145$, $p=0,008$). Bu ilişki, gebelik haftası arttıkça gebelerin gebelikte eşlerinden bekledikleri maddi destek algısının daha yüksek olma eğiliminde olduğunun göstergesidir.

Tablo 4.6. Gebelikte Stres Değerlendirme Ölçeği, Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği ve Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki

Spearman's															
Değişkenler	rho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Yaş	rho	1													
Eş yaşı	rho	0,786**	1												
Evlilik süresi	rho	0,601**	0,587**	1											
Gebelik haftası	rho	-0,058	-0,068	-0,069	1										
Gebelik sayısı	rho	0,441**	0,421**	0,709**	-0,034	1									
Yaşayan çocuk sayısı	rho	0,423**	0,419**	0,733**	-0,042	0,901**	1								
Doğum sayısı	rho	0,414**	0,415**	0,740**	-0,049	0,914**	0,973**	1							
Düşük sayısı	rho	0,210**	0,157**	0,208**	-0,004	0,511**	0,217**	0,236**	1						
Küretaj sayısı	rho	0,094	0,090	0,125*	0,033	0,298**	0,107	0,087	0,155**	1					
GSDÖ	rho	0,068	0,000	-0,005	-0,105	-0,103	-0,086	-0,099	-0,048	-0,012	1				
GEDAÖ	rho	-0,115*	-0,122*	-0,231**	0,092	-0,208**	-0,215**	-0,217**	-0,052	-0,076	-0,328**	1			
GEDAÖ Bilişsel	rho	-0,084	-0,131*	-0,222**	0,080	-0,242**	-0,244**	-0,253**	-0,074	-0,071	-0,258**	0,924**	1		
GEDAÖ Duygusal	rho	0,133*	-0,122*	-0,224**	0,066	-0,190**	-0,191**	-0,189**	-0,041	-0,098	-0,292**	0,908**	0,755**	1	
GEDAÖ Maddi	rho	-0,108*	-0,070	0,174**	0,145**	-0,108*	-0,128*	-0,122*	-0,004	-0,034	-0,338**	0,847**	0,687**	0,735**	1

*p<0,05 ve **p<0,01 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç. rho: Spearman-Brown sıra farkları korelasyon katsayı değeri. GSDÖ: Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçeği. GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği.

Tablo 4.7’de acil servise başvuran gebelerin yaşadığı stresin düzeylerini hangi etkenlerin etkilediği, çoklu stepwise regresyon yöntemiyle araştırıldı. Bu analiz yöntemi, bağımlı değişken olan Gebelikte Stres Değerlendirme Ölçek puanı ile anlamlı ilişkisi olan bağımsız değişkenler arasından modele en fazla katkı sağlayan faktörlerin tespit edilmesi ve gereksiz değişkenlerin dışlanması amacıyla kullanıldı.

Faktörler, sonuç değişkeniyle ayrı ayrı yapılan karşılaştırmalar sonucu seçilerek modele dahil edildi. Bu değişkenler arasında GEDAÖ maddi destek alt boyutu, eğitim durumu, yaşanılan yer ve gebelik trimester dönemi, bebek cinsiyeti ($p=0,057$ sınırda), evlenme şekli ve çalışma durumu yer aldı.

Adım adım regresyon süreci, dört aşamada tamamlanarak dört ayrı model ortaya çıktı. Nihai model anlamlı bulundu ($F=21,442$, $p<0,001$) ve gebelikte stres düzeyindeki toplam varyansın %19,7’si açıklandı (Düzeltilmiş $R^2=0,197$). Durbin-Watson katsayısı (1,826) modelde otokorelasyon bulunmadığını kanıtladı.

Analiz verileri incelendiğinde ve belirlenen referans noktaları dikkate alındığında, GEDAÖ maddi destek alt boyut puanının ($\beta=-0,392$; $t=-7,772$, $p<0,001$) gebelikte stres düzeyini negatif doğrultuda etkileyen ve azaltan bir unsur olduğu saptandı.

Eğitim durumu açısından üniversite mezunu olmanın ($\beta=0,169$; $t=3,321$, $p=0,001$), yaşanılan yer açısından ilde yaşamanın ($\beta=0,129$; $t=2,558$, $p=0,011$) ve gebelik trimester dönemi açısından birinci trimesterde olmanın ($\beta=0,104$; $t=2,089$, $p=0,037$) gebelikte stres düzeyini pozitif doğrultuda etkileyen ve artıran unsurlar olduğu belirlendi.

Tablo 4.7. Gebelik Döneminde Acile Başvuran Gebelerin Stres Düzeylerini Etkileyen Faktörler: Çok Değişkenli Stepwise Regresyon Analizi

Bağımlı değişken:		Beta (β)	t	p
Gebelikte Stresi Değerlendirme Ölçek Puanı				
Model 1	Sabit		10,863	<0,001
	GEDAÖ maddi destek	-0,374	-7,357	<0,001
Model 2	Sabit		11,335	<0,001
	GEDAÖ maddi destek	-0,407	-8,058	<0,001
	Eğitim durumu (ref.: İlköğretim)			
	Üniversite mezunu	0,200	3,965	<0,001
Model 3	Sabit		11,250	<0,001
	GEDAÖ maddi destek	-0,409	-8,170	<0,001
	Eğitim durumu (ref.: İlköğretim)			
	Üniversite mezunu	0,173	3,384	0,001
	Yaşanılan yer (ref.: İlçe)			
	İl	0,134	2,649	0,008
Model 4	Sabit		10,506	<0,001
	GEDAÖ maddi destek	-0,392	-7,772	<0,001
	Eğitim durumu (ref.: İlköğretim)			
	Üniversite mezunu	0,169	3,321	0,001
	Yaşanılan yer (ref.: İlçe)			
	İl	0,129	2,558	0,011
	Gebelik trimester dönemi (ref.: Üçüncü trimester)			
	Birinci trimester	0,104	2,089	0,037
Model 4: Model Uyumu ve Özeti				
			F (4, 329) = 21,442, p < 0,001	
			R=0,455, R ² =207, Adj.R ² =0,197	
			T-VIF=0,953-1,072	
			DW=1,826	

β : Standartlaştırılmış regresyon katsayı değeri, R²: Determinasyon katsayısı, Adj. R²: Düzeltilmiş determinasyon katsayısı, T-VIF: Tolerans-Varyans Arttırma Faktörü, Ref.: Referans. GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği. DW: Durbin-Watson katsayı değeri.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, acile başvuran gebelerin eş desteği algısının stres düzeyine etkisini incelemek amacıyla 334 gebe ile analiz edilen verilerden saptanan bulgular, ilgili yayınlarla eşleştirilerek yorumlanmıştır.

Doğum öncesi maternal stres, anne adayları arasında oldukça yaygın bir durumdur. Kadınların yaklaşık %25'i gebelikleri sırasında yüksek düzeyde stres yaşadığını belirtmektedir. Gebelikte yüksek stresin hem olumsuz doğum sonuçlarına hem de annenin doğum sonrası ruh sağlığının bozulmasına yol açtığı bilinmektedir. Ayrıca doğum öncesi yüksek düzeyde stres DDA ve erken doğum için kritik bir etkidir (Mahaffey et al 2022). Çalışmamızda GSDÖ toplam puan ortalaması $32,83 \pm 23,07$ (min: 0, maks: 101) olarak bulunmuştur. Bakır, Demir ve Şener' in (2021) yürüttüğü araştırmada GSDÖ toplam puan ortalaması $94,96 \pm 7,22$ olarak belirlenmiştir (Bakır ve ark 2021).

Chen'in (2015) yürüttüğü araştırmada gebelik stresi ortalamasını $53,96 \pm 21,04$ bulmuştur (Chen 2015). Çalışmamızda gebelik stresinin düşük çıkmasının sebebi örneklemin demografik ve gebelik ile ilgili özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Araştırmada gebeliklerin çoğunluğunun planlı olması, gebelik süresince düzenli kontrollere gidilmesi, gebeliği sonlandırma düşüncelerinin olmaması, eşlerin büyük çoğunluğunun bir işte çalışması, ekonomik düzeylerinin çoğunluğunun orta ve iyi durumda olması, eğitim düzeyinin ve eş eğitim düzeyinin lise ve üzeri olması, gebelikte danışmanlık alınması, yaşanılan yerin ilçe ve il ağırlıklı olmasından dolayı sağlık hizmetlerine ulaşmakta sorun yaşamamaları olabilir.

Vücut, bir tehlike veya zorlanma anında tepki verir. Bu tepki, uyarının şiddetine bağlı olarak fiziksel ve duygusal değişikliklere yol açar. Stres, fiziksel sağlık sorunlarından kaynaklanabileceği gibi, ilişkiler, ailevi durumlar ve iş stresi gibi yaşamın psikolojik

ve sosyal yönlerinden de etkilenir (Alves et al 2021). Çalışmamızda çalışma durumuna göre gebelerin GSDÖ genel puan ortalamaları kıyaslandığında, belirgin ve anlamlı bir farklılık ortaya çıktı ($p=0,044$). Çalışan gebelerin stres puan ortalamalarının çalışmayan gebelerden yüksek olduğu saptandı. Kandemir' in (2022) yaptığı çalışmada çalışan gebelerin stres seviyesinin belirgin bir şekilde yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Kandemir 2022). Gebeler iş hayatının zorlukları nedeniyle gebelikte bu durumun daha da zorlaşacağı düşüncesiyle stres yaşayabilirler.

Stres faktörleri akut veya kronik olabilir, dış çevreden kaynaklanabilir (Alves et al 2021). Çalışmamızda yaşanan yere göre gebelerin GSDÖ genel puan ortalamaları kıyaslandığında, belirgin ve anlamlı bir farklılık ortaya çıktı ($p=0,020$). İl merkezinde yaşayan gebelerin puan ortalamalarının ilçe merkezinde yaşayan gebelerden yüksek olduğu saptandı ($p=0,017$). Baltacı ve Metin (2024) araştırmasında il merkezinde yaşamını devam ettiren gebelerin stres algılarını yüksek bulmuşlardır (Baltacı ve Metin 2024). Bakır, Demir ve Şener (2021) çalışmasında gebelik stresinde yaşanan yerin belirgin bir etkisinin olmadığını belirtmiştir. (Bakır ve ark 2021). Çalışmamızda bu sonucun sebebi şehir yaşamının getirdiği zorluklar nedeniyle çeşitli problemlerin yaşanması, şehir yaşamının karmaşası, şehir yaşamının yol açtığı çeşitli psikolojik etkenler, şehir hayatında riskli durumların daha fazla yaşanması olabilir.

Gebelik döneminde kadınlar, hayatlarında hem yeni bir sosyal ve duygusal yakınlık hem de ciddi bir belirsizlik dönemi yaşarlar. Bu ikilem, içlerinde sevinç, endişe ve korku gibi zıt duyguların harmanlanmasına neden olur. Bu karmaşık duygusal yüklerle başa çıkabilmek için, eşlerinden ve aile çevrelerinden yoğun bir destek alma isteği öncelikli bir gereksinim haline gelir (Gonzalez-Ochoa, Sanchez-Rodriguez, Chavarria, Gutierrez-Ospina and Romo-Gonzalez 2018). Çalışmamızda evlenme şekline göre gebelerin GSDÖ genel puan ortalamaları kıyaslandığında, belirgin ve anlamlı bir farklılık ortaya çıktı ($p=0,031$). Görücü usulüyle evlenen gebelerin stres puan ortalamalarının tanışarak evlenen gebelerden yüksek olduğu saptandı. Özbek ve Beydağ' ın (2021) yürüttüğü çalışmada gebelik stresi üzerinde evlilik biçiminin belirgin bir etkisi olmadığı raporlanmıştır (Özbek ve Beydağ 2021). Bizim çalışma sonucumuzun nedeni tanışarak evlenen çiftler birbirlerinin alışkanlıklarını, değerlerini

ve iletişim tarzlarını önceden öğrendikleri için daha az stresli olmaları olabilir. Evlilikler duygusal bağ üzerine kurulduğu için gebelik gibi durumlarda çiftler birbirlerine daha kolay destek olabilirler.

Gebelikte, çevresel ve doğal değişikliklerle beraber algılanan sıkıntı artmaktadır ve metabolik, hormonal ve immünolojik değişikliklerle fizyolojik dönüşümlerin yaşandığı bir döneme geçilmektedir (Khoury et al 2023). Çalışmamızda gebelik trimester dönemine göre GSDÖ genel puan ortalamaları kıyaslandığında, anlamlı bir farklılık ortaya çıktı ($p=0,012$). Birinci trimesterdeki gebelerin stres puanlarının üçüncü trimesterdeki gebelerden yüksek olduğu saptandı ($p=0.009$). Engidaw, Mekonnen ve Amogne (2019) gebeliği 12. haftadan daha az olan gebelerin stres seviyeleri daha yüksek olarak tespit etmişlerdir (Engidaw et al 2019). Özbek ve Beydağ (2021) yaptıkları çalışmada gebeliğin ilk 3 ayında olanların streslerini diğer gruplara kıyasla daha yüksek bulmuşlardır (Özbek ve Beydağ 2021). Bakır ve ark. nın (2021) çalışmalarında gebeliğin farklı aylarında görülen stres seviyeleri arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır Çelik ve Atasever'in (2020) yaptıkları çalışmada gebeliğin son zamanlarında doğumu yakın annelerin stres düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir (Çelik ve Atasever 2020). Literatürde bu konuda farklı sonuçların olması birçok nedenden kaynaklanıyor olabilir. Özellikle gebeliğin ilk zamanlarında gebe kadının duygusal olarak yoğun bir dönemden geçmesi, gebeliğin isteniyor ve planlı olması stresli bir süreç yaşamasına neden olabilir.

Gebe kadınların psikolojik ve ruhsal dengeye sahip olabilmeleri için sosyal desteğe ihtiyaçları vardır. Eş desteği, sosyal destek mekanizmasının başlıca bileşenlerinden biridir (Zamani, Ziaie, Lakeh and Leili 2019). Çalışmada GEDAÖ toplam puan ortalaması $70,54 \pm 9,97$ (min: 38, maks: 80) olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılan gebelerin eş desteği algısı yüksek bulunmuştur. Lee, Lee, Lee ve Yu'nun (2020)'nın yaptığı çalışmada eş desteği algısı $81,55 \pm 11,87$, Yüksekakal ve Yurdakul'un (2021) çalışmasında eş desteği puan ortalaması $68,99 \pm 10$, Kucukkaya ve Başgol'un (2023) yürüttüğü araştırmada eş destek ölçeği toplam puan ortalaması 66,06 olarak, Doğrul ve Dikmen'in (2023) gebelerdeki eş destek düzeyinin puan ortalaması $70,81 \pm 7,13$ olarak bulunmuştur (Lee et al 2020; Yüksekakal ve Yurdakul 2021; Kucukkaya ve

Başgol 2023; Doğrul ve Dikmen 2023). Çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler, literatürdeki mevcut çalışmaların sonuçlarını desteklemektedir. Aileye yeni bir üyenin katılması, aile bireylerinde büyük bir heyecan ve sevinçle karşılanır. Toplumlar, soyun devamına verdikleri önem nedeniyle gebelik dönemini oldukça değerli kabul ederler, bu nedenle gebelik sürecinde kadına destek çoğu zaman artmaktadır.

Anneliğe geçiş süreci, eş desteği, kariyer hedefleri, rol modeller, sosyal normlar ve anne bedenine bakış açıları gibi faktörlerden etkilenir. Bazı gebe kadınlar, optimum fiziksel durumu koruyarak, olumlu kişilerarası ilişkiler kurarak ve ailelerinden ve sağlık çalışanlarından destek alarak bu değişikliklere iyi uyum sağlar (Besral, Misrawati, Afiyanti, Ismail and Arifin 2023). Çalışmamızda eğitim durumuna göre gebelerin GEDAÖ genel puan ortalamaları kıyaslandığında, anlamlı bir farklılık ortaya çıktı ($p=0,007$). Üniversite ve üzeri eğitim seviyesindeki gebelerin puanlarının ilköğretim ($p=0,012$) ve lise ($p=0,049$) eğitim seviyesindeki gebelerden yüksek olduğu saptandı. Peter ve ark. nın (2016) yürüttüğü araştırmada daha az yıllık okul eğitimi olan gebelerin, algıladıkları sosyal destekler daha az bulunmuştur (Peter et al 2016). Cohen ve ark. nın (2016) çalışmasında yüksek eğitimin sosyal destek algısını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (Cohen et al 2016). Kanığ ve Eroğlu' nun (2019) çalışmasında eğitim durumunun sosyal desteği etkilediği belirtilmiştir (Kanığ ve Eroğlu 2019). Çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler, literatürdeki mevcut çalışmaların sonuçlarını desteklemektedir. Eğitim seviyesi yükseldikçe, sosyal beceriler ve iletişim de gelişir, bu da kişilerin sosyal etkileşimlerini artırır. Kişiler kendilerini daha rahat ifade edebilir, eşlerine sorunları daha rahat söyleyebilir, sorunun ne olduğunu tespit edebilir. Ayrıca kadınlar daha fazla eğitim aldıkça, iş hayatına katılım oranları ve ailelerinin ekonomik refahı da genellikle artar.

Eğitim düzeyi gebe kadınların sosyal, psikolojik ve fiziksel refahını etkilemektedir. Geleneksel aileler, gebelikte tıbbi bakımın gerekli olmadığını düşünür ve gebe kadınların tıbbi bakım almasına izin vermezler. Sağlık aramalarındaki gecikme, yüksek doğurganlık, istenmeyen gebelikler ve kadınlarda tıbbi komplikasyonlar gibi istenmeyen sağlık sonuçlarına yol açar. Doğum öncesi dönemde, sağlıklı gebelik sonuçlarının sağlanması için eşlerin desteği gereklidir (Naz et al 2021). Çalışmamızda

eş eğitim düzeyine göre GEDAÖ genel puan ortalamaları kıyaslandığında, anlamlı bir farklılık ortaya çıktı ($p=0,001$). Eşleri lisans ve üzeri eğitim düzeyindeki gebelerin puanlarının ilköğretim ($p=0,001$) ve lise ($p=0,017$) eğitim düzeyindeki gebelerden yüksek olduğu saptandı. Güleroğlu ve Onat (2023) çalışmalarında eşi üniversite mezunu olan kişilerin, eşlerinden algıladıkları destek düzeyinin diğerlerinden daha yüksek olduğu tespit etmişlerdir (Güleroğlu ve Onat 2023). Kaniş ve Eroğlu (2019) çalışmasında eşlerin eğitim durumunun sosyal desteği etkilediğini belirtmiştir (Kaniş ve Eroğlu 2019). Elde ettiğimiz veriler, literatürdeki mevcut çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir. Eş eğitim düzeyi yükseldikçe, eşlerin gebelikle ilgili bilgi sahibi olması, problemleri çözme ve iletişim kurma becerilerin gelişmesinden dolayı gebelere destek olduğu düşünülebilir.

Eş desteği, bir çift ilişkisinde eşin yaşadığı bir zorluğa veya soruna destekleyici eylemlerle (hem davranışsal hem de psikolojik) yanıt verme sürecini ifade eder. Eşten gelen etkili destekleyici davranışın ilişki memnuniyetini artırdığı, ruhsal ve fiziksel sağlığı geliştirdiği bir gerçektir. Perinatal dönemde bir kadının iyi bir ruh sağlığına sahip olmasının en önemli göstergelerinden biri, kaliteli bir ilişkiden elde edilen memnuniyet ve eşiyle kurduğu yakınlıktır (Antoniou, Stamoulou, Tzanoulina and Orovou 2021). Çalışmamızda evlenme şekline göre GEDAÖ genel puan ortalamaları kıyaslandığında, anlamlı bir farklılık ortaya çıktı ($p=0,010$). Tanışarak evlenen gebelerin eş desteği algısı puanlarının görücü usulüyle evlenen gebelerden yüksek olduğu saptandı. Akbay'ın (2014) çalışmasına göre evlenme şekillerine göre aldıkları puanlarda anlamlı farklılık bulunmuştur (Akbay 2014). Özbek ve Beydağ'ın (2021) çalışmasına göre eşlerin kendi iradeleriyle, anlaşarak kurdukları evliliklerde eş desteğinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Özbek ve Beydağ 2021). Güleroğlu ve Onat'ın (2023) çalışmasında görücü usulü evliliklerde eş desteği algısının anlamlı şekilde düşük olduğu belirtilmiştir (Güleroğlu ve Onat 2023).

Bir kadının gebelik boyunca karşılaştığı psikolojik ve sosyal problemler, doğumun fizyolojik akışıyla ilgili olası endişelerle daha da artabilir (Aksay, Gülhan, Saygın ve Körükcü 2017). Sosyal ve duygusal destek, gebelik ve doğumun vazgeçilmez bir bileşenini oluşturur. Doğum yapmış kadınlar doğum sürecinde akrabaları ya da

arkadaşları tarafından fiziksel konfor ve duygusal destekle kuşatılmıştır. Bu desteğin temel amacı, kadının doğum eyleminin zorluklarıyla başarılı bir şekilde mücadele etmesini sağlamaktır (Şimşek, Demirci ve Bolsoy 2018). Çalışmamızda önceki doğum şekline göre GEDAÖ genel puan ortalamaları kıyaslandığında, anlamlı bir farklılık ortaya çıktı ($p=0,004$). Doğum yapmamış olan gebelerin puanlarının, normal doğum ($p=0,023$) ve sezaryen ($p=0,011$) ile doğum yapan gebelerden yüksek olduğu saptandı. Turan, Kurt ve Arslan'ın (2020) çalışmasına göre primigravidaların, multigravidalara göre sosyal destek algılarının yüksek olduğu belirtilmiştir (Turan, Kurt ve Arslan 2020). Ölçer, Bakır ve Oskay'ın (2016) çalışmasında ilk defa anne olacak gebelerin sosyal destek algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Ölçer ve ark 2016). Kural'ın (2021) çalışmasında bizim çalışmamızla aynı sonuç bulunmuştur (Kural 2021). Çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler, literatürdeki mevcut çalışmaların sonuçlarını desteklemektedir. Daha önce doğum yapmayan gebelerin gebeliğinin istenen gebelik olması ve eşlerin gebelik gibi özel bir süreci ilk defa deneyimliyor olmaları eş desteğini arttırdığı söylenebilir.

İstenmeyen gebelik, genellikle kazara olan, bir veya her iki ebeveyn tarafından talep edilmeyen gebeliktir. İstenmeyen gebelik ve komplikasyonları, kadınları, aileleri ve toplumu etkilemektedir (Jalali, Mohammadi, Vaisi-Raygani, Ghobadi and Salari 2019). Çalışmamızda istenilen bebek cinsiyetine göre GEDAÖ genel puan ortalamaları kıyaslandığında, anlamlı bir farklılık ortaya çıktı ($p=0,038$). İsteddiği cinsiyette bebek bekleyen gebelerin eş desteği algısı puanlarının, istemeyenlere göre yüksek olduğu saptandı. Özdemir, Bodur, Nazik, Nazik ve Kanbur'un (2010) araştırmasında gebeliğini istemeyen kadınların sosyal destek algısının az olduğu bulunmuştur (Özdemir ve ark 2010). Chou, Kuo ve Wang 'ın (2008) araştırmasında gebeliğini isteyen kadınların, partnerlerinden daha çok destek gördüğü saptanmıştır (Chou et al 2008). Gebeliğin istenmesi kadının gebeliğe uyumunu kolaylaştıracak ve eşiyle ilişkisi pozitif etkilendiği için, eşinden ihtiyaç duyduğu desteği alabilecektir. Araştırmamızda bebeğin cinsiyetini öğrenen gebelerin istedikleri cinsiyet olma oranı, istenilmeyen cinsiyet oranına göre yüksek çıkmıştır. İstenilen bebek cinsiyetinin olması anne ve babaların kurduğu aile hayallerini gerçekleştirebilir. Bu durumunda gebelikte mutluluğun arttırmasına etki ettiği düşünülebilir.

Eş desteğindeki eksiklik, kadının gebeliğini doğru olmayan bir dönemde yaşadığı hissine kapılmasına neden olmaktadır (Wierenga, Skalkidou and Schober 2025). Plansız ve istenmeyen gebelikleri olan kadınların, planlı gebelikleri olan kadınlarla kıyaslandığında önemli derecede daha yüksek oranda depresyon semptomlarına sahip olması, daha fazla partner ve sosyal desteğe ihtiyaç duyabileceklerini düşündürmektedir (Antoniou ve ark 2021). Çalışmamızda planlı gebelik durumuna göre GEDAÖ toplam puanlarında anlamlı bir fark bulundu ($p=0,020$). Planlı gebeliği olan gebelerin eş desteği puanlarının, plansız gebeliği olan gebelerden yüksek olduğu saptandı. Güner' in (2023) yaptığı çalışmada planlanmamış gebeliklerde eş desteğinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Kaniğ ve Eroğlu' nun (2019) çalışmasında planlı gebeliğin sosyal desteği etkilediği belirtilmiştir (Kaniğ ve Eroğlu 2019). Özbek ve Beydağ 'ın (2021) araştırmasında gebelikleri planlı olan kadınların eşlerinden daha fazla destek aldıkları belirtilmiştir (Özbek ve Beydağ 2021).

Bir annenin doğumdan önce, doğum sırasında ve hemen sonrasında aldığı bakım, anne ve bebeğin sağlığı ve yaşamı için hayati önem taşır (Atif et al 2023). Gebelikte gebe eğitim okulundan danışmanlık alma durumuna göre gebelerin GEDAÖ genel puan ortalamaları kıyaslandığında, anlamlı bir farklılık ortaya çıktı ($p=0,043$). Danışmanlık alan gebelerin puanlarının, danışmanlık almayan gebelerden yüksek olduğu saptandı. Baltacı ve Metin' in (2024) çalışmasında doğuma hazırlık ve gebelikte bakım eğitimi alan gebe kadınların, eş destek algılarının yüksek olduğu bulunmuştur (Baltacı ve Metin 2024). Danışmanlıkta, gebelikteki değişiklikler, doğum ve doğum sonrası bilgilendirmeler, bebeğin bakımı gibi konular ele alınmaktadır. Bu sayede kadın ve ailesi bilinçli olarak bu süreci yönetebilmektedir. Bu eğitimlerle, gebelik sürecinin yalnızca anneyi değil, bebeği ve tüm aile üyelerini etkileyen bir durum olduğu ortaya konmaktadır (Tuna, Karataş, Bilge ve Çelik 2021). Danışmanlık alan gebe öğrendiklerini eşi ile paylaşıp, doğumla ilgili ve bebekle ilgili bilgileri aktararak eşini de sürece dahil etmiş olduğundan aralarında yeni bir iletişim alanı oluşabilir.

Babaların gebelik ve doğum bakımına katılımının anne ve bebek için olumlu sonuçları olduğunu bilinmektedir. Bunlar arasında anne stresinin azalması, gebelik komplikasyonları ve doğum korkusunu azaltması, prematüre bebeklerin uygun kilo

alımını desteklemesi ve başarılı emzirme oranını arttırması yer alır (Abbaspoor et al 2023). Gebelik süresince eşin gebe eğitim okulundan danışmanlık alma durumuna göre GEDAÖ genel puan ortalamaları kıyaslandığında, anlamlı bir farklılık ortaya çıktı ($p=0,005$). Danışmanlık alan eşe sahip gebelerin eş desteği puanlarının, danışmanlık almayan eşe sahip gebelerden yüksek olduğu saptandı. Erkekler gebelik sırasında nadiren eşlerinin bakımına katılırlar. Bu katılım eksikliğinin temel nedeni, üreme sağlığının büyük ölçüde kadınların bir endişesi olarak görülmesidir (Gibore, Bali and Kibusi 2019). Doğum öncesi eğitim faaliyetlerine kadının partnerinin dahil edilmesinin ve doğum kontrolü için farmakolojik olmayan tekniklerin kullanımına aktif olarak katılmasının, doğum sürecinde kadınlar için faydalı olduğu ileri sürülmüştür (Miquelutti, Cecatti and Makuch 2013). Eşlerin doğum öncesi bakımda gebeye desteği gebenin ve bebeğin sağlığını geliştirmekte, gebelik, doğum ve lohusalık döneminde, bebek ve anne ölümlerini azaltmada en önemli faktör olduğu bilinmektedir. Bu nedenle eşlerin gebelik, doğum ve doğum sonu eşlerinin bakımına katılması önemlidir (John-Akinola, Babatunde and Desmennu 2022). Danışmanlık alan eşler, derslerde öğrendiklerini eşleri ile beraber uygulayıp ortak bir deneyim yaşabilir buda eşlerin birbirine yakın hissetmesine neden olabilir.

Eş desteği, stresli dönemlerde yaşanan uzaklaşmayı ve içe kapanmayı engeller. Bu destek sayesinde kurulan güçlü duygusal yakınlık, çatışmaları önlemeye yardımcı olur ve olumsuzlukların artmasını durdurur. Eş desteği gebelikte, kadının annelik algısını iyileştirerek, bu döneme ait stres unsurlarının üstesinden gelmesini kolaylaştırmaktadır (Özbek ve Beydağ 2021). Çalışmamızda yaş ile GEDAÖ toplam puanı ($\rho=-0,115$, $p=0,035$) arasında negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Bu bulgular, gebelerin yaşı arttıkça gebelikte eşlerinden aldıkları genel eş desteği algısının daha düşük olma eğiliminde olduğunun göstergesidir. Yüksek ve Yurdakul'un (2021) yürüttüğü araştırmada gebelerin yaşları arttıkça, partnerlerinden gelen destek düzeyini daha düşük algıladıkları belirtilmiştir (Yüksek ve Yurdakul 2021). Mermer, Bilge, Yücel ve Çeber' in (2010) yürüttüğü araştırmada 25-29 yaş diliminde bulunan gebelerin sosyal destek algıları yüksek bulunmuştur (Mermer, Bilge, Yücel ve Çember 2010). Yanık ve Özcanarslan' in (2019) çalışmasında yaş ilerledikçe, gebelerin eşlerinden aldıkları destek azalırken, daha boyun eğen bir tutum

sergiledikleri saptanmıştır (Yanık ve Özcanarslan 2019). Bu durum yaş arttıkça eşlerin romantik beklentilerden uzaklaşıp, temel ihtiyaçların üzerine yoğunlaşılması ve aile yükümlülüklerin artması nedeniyle kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda benzer şekilde eş yaşı ile GEDAÖ toplam puanı ($\rho=-0,122$, $p=0,025$) arasında da negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Bu sonuçlar, eş yaşı arttıkça gebelikte eşten beklenen genel eş desteği algısının azaldığının göstergesidir. Yüksekakal ve Yurdakul'un (2021) yaptığı çalışmada gebelerin eş yaşı arttıkça, partnerlerinden gelen destek düzeyini daha düşük algıladıkları bulunmuştur (Yüksekakal ve Yurdakul 2021). Eş yaşı arttıkça, artan yaşam tecrübesinden dolayı ilişkideki duyguların yerinin daha gerçekçi bir seviyeye gelmesi bunun nedeni olarak görülebilir.

Eşler, gebe kadınların birincil bakım verenleri olarak, önemli bir duygusal destek kaynağıdır. Semptom yönetimi, psikolojik uyum ve yaşam kalitesini kayda değer ölçüde etkilemektedir (Li, Liu, Ma, Sun and Liu 2025). Çalışmamızda evlilik süresi ile GEDAÖ toplam puanı ($\rho=-0,231$, $p<0,001$) arasında negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Bu bulgular, evlilik süresi arttıkça gebelikte genel eş desteği algısının azaldığının göstergesidir. Yüksekakal ve Yurdakul (2021) yaptığı çalışmada evliliğin ilk zamanlarında gebe kadınlar eşlerinden en çok desteği alırken, yıllar geçtikçe bu desteğin azaldığını tespit etmişlerdir (Yüksekakal ve Yurdakul 2021). Baltacı ve Metin (2024) çalışmasında farklı olarak evlilik süresi arttıkça eş desteği algısının da paralel olarak arttığını bulmuşlardır (Baltacı ve Metin 2024). Evliliğin ilk dönemlerinde, çiftlerin sorumlulukları daha az olduğu için birbirlerine ayırdıkları zaman daha fazla olabilir. Bu durum, gebelik sürecinde kadının eş desteğini daha yoğun hissetmesini sağlayabilir.

Gebelik sürecinin daha önce tecrübe edilmesi eşler açısından sürecin bilinirliğini sağlamakta ve gebe kadını rahatlatmaktadır. Çalışmamızda gebelik sayısı ile GEDAÖ toplam puanı ($\rho=-0,208$, $p<0,001$) arasında negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Bu bulgular, gebelik sayısı arttıkça gebelerin gebelikte eşlerinden genel eş desteği algısının daha düşük olma eğiliminde olduğunun

göstergesidir. Yüksekak ve Yurdakul (2021) yürüttüğü araştırmada gebelik sayısı çoğaldıkça, gebelerin eş desteği düzeyini daha düşük algıladıklarını bulmuşlardır (Yüksekak ve Yurdakul 2021). Güleröğlu ve Onat (2023) yürüttüğü araştırmada gebelik sayısının artmasıyla kadınların eşlerinden algıladıkları desteğin azaldığını tespit etmişlerdir (Güleröğlu ve Onat 2023). Binici ve Köse'nin (2020) çalışmasında primipar gebe kadınların, multipar gebe kadınlara göre partnerleriyle daha iyi uyum sağladığı görülmüştür. Bu nedenle partneriyle uyumunun aralarındaki ilişkiyi, gebeliği kabullenmesini ve destek algısını etkilediği düşünülmektedir (Binici ve Köse 2020). Özbek ve Beydağ' ın (2021) çalışmasında ilk gebeliği olan kadınların eşlerinden daha fazla destek gördüğü belirtilmiştir (Özbek ve Beydağ 2021). Baltacı ve Metin (2024) çalışmasında farklı olarak gebelik sayısının artmasının eş destek algısını yükselttiğini belirtmiştir (Baltacı ve Metin 2024). Bu sonucun farklı çıkması Baltacı ve Metin'in (2024) çalışmasının riskli gebeliklerde yapılmasından kaynaklanabilir. Çalışmamızın sonucundaki bilgiler mevcut literatürdeki bilgileri desteklemektedir.

Ülkemizdeki aile yapısında, sosyoekonomik durum farklılıklarına rağmen, çocuk sahibi olmaya yönelik güçlü ve belirgin bir eğilim gözlenmektedir. Gelir ve eğitim seviyesi arttıkça çocuk talebi bir veya iki çocukla sınırlanmakta, buna karşın ekonomik zorluk çeken ailelerde ise üç ve üzeri çocuğa sahip olma isteği ön plana çıkmaktadır (Arslan, Okçu, Coşkun ve Temiz 2019). Çalışmamızda yaşayan çocuk sayısı ve doğum sayısı ile GEDAÖ toplam puanı ($\rho=-0,215$, $p<0,001$) arasında negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Bu bulgular, yaşayan çocuk sayısı arttıkça gebelerin gebelikte eşlerinden aldıkları genel eş desteği algısının daha düşük olma eğiliminde olduğunun göstergesidir. Yüksekak ve Yurdakul'un (2021) yaptığı çalışmada eş desteği, daha önce çocuğu olmayan gebe kadınlarda en üst seviyede bulunurken, çocuk sayısı arttıkça eş desteği algısının azaldığı belirtilmiştir (Yüksekak ve Yurdakul 2021). Ölçer ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada yaşayan çocuğu olmayan gebelerin sosyal destek algısının daha yüksek olduğu belirtmiştir (Ölçer ve ark 2016). Çocuk sayısının artmasıyla beraber eşlerin sorumluluklarının çoğalması, çocuklarla zamanın daha fazla geçirilmesinden dolayı eşlerin birbirlerine ayırdıkları sürenin kısıtlı olması bu duruma etken olabilir.

Algılanan ve alınan sosyal destek arasında ayrım yapmak önemlidir. Algılanan desteğin tutumlar ve davranışlar üzerinde alınan gerçek destekten daha büyük bir etkiye sahip olduğunu bilinmektedir. Sosyal destek eksikliği gebelik ve doğum sonrası dönemde psikolojik sıkıntı riskini artırmaktadır (Yousefi, Montazeri, Javadifar and Ghanbari 2025). Çalışmamızda GEDAÖ toplam puanı ($\rho=-0,328$, $p<0,001$) ile GSDÖ toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Bu bulgular, gebelikte eşlerinden genel eş desteği algısı yüksek olan gebelerin stres düzeylerinin daha düşük olma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Kumar, Brock ve DiLillo (2022) araştırmasında gebelerin eş desteğinin artmasıyla yaşadıkları günlük stresin azaldığını ve eşleriyle olan ilişkilerinden duydukları memnuniyetin arttığını tespit etmişlerdir (Kumar et al 2022). Güner (2023) eşinden daha az destek alan gebelerin stres, anksiyete ve depresyon seviyelerini daha yüksek bulmuştur (Güner 2023). Coşkun ve Arslan (2020) yaptığı çalışmada gebelerin eşleriyle uyumsuz olmasının, stres seviyelerini önemli ölçüde yükselttiğini belirtmiştir (Coşkun ve Arslan 2020). Doğrul ve Dikmen (2023) gebe kadınlarda eş desteğinin artmasıyla stres seviyesinin azaldığı sonucuna ulaşmışlardır (Doğrul ve Dikmen 2023). Derman ve Gölbaşı (2024) yüksek eş desteğinin, gebelerin psikososyal sağlığı üzerinde pozitif bir etkisinin olduğunu belirtmişlerdir (Derman ve Gölbaşı 2024). Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar, mevcut literatürdeki sonuçları desteklemektedir.

Stres faktörünün algısının bireysel olduğu ve kişisel kapasiteye bağlı olduğu bilinmektedir. Bazı stres faktörleri hem belirli olaylarla hem de anne vücudunda beklenen fizyolojik adaptasyonlarla ilişkilidir. Gebe kadınlar için stresi tetikleyen ve durumu ağırlaştıran önemli etkenlerden biri sosyoekonomik koşullardır. Düşük gelir düzeyi bu dönemi daha da zorlaştırabilir (Alves et al). Erkekler, gebelik sürecine en çok finansal destek sağlayarak dahil olurlar (Arisukwu ve ark 2021). Çalışmamızda yaptığımız analizde elde edilen bulgular, standart değerlerle karşılaştırıldığında, GEDAÖ maddi destek alt boyut puanının ($\beta=-0,392$; $t=-7,772$, $p<0,001$) gebelikte stres düzeyini negatif yönde etkileyen ve azaltan bir faktör olduğu saptandı. Çelik ve Atasever (2020) çalışmasında ekonomik durumu iyi olmayan gebelerde, doğum öncesi stres seviyesinin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Çelik ve Atasever 2020).

Maddiyatın yeterli olmaması durumunda bireyler ve aileler en temel ihtiyaçlar konusunda stres yaşayabilirler.

Eğitim durumu açısından üniversite mezunu olmanın ($\beta=0,169$; $t=3,321$, $p=0,001$), gebelikte stres düzeyini pozitif yönde etkileyen ve artıran faktör olduğu belirlendi. Çalışmamızın aksine literatürde bu konuda farklı sonuçlar yer almaktadır. Örneğin, elik ve Atasever'in (2020) alışmasında gebelerde ilkokul mezunu olanların stresi daha fazla hissettiğini bulmuşlardır (elik ve Atasever 2020). Ancak çalışmalarında örneklem grubu 36-39. gebelik haftaları arasında olan gebelerden oluşmakta olup ayrıca ileri düzeyde analiz kullanılmamıştır. apık, Apay ve Sakar'ın (2015) yaptığı çalışmada eğitim seviyesinin gebelik sırasında yaşanan sıkıntı üzerinde etkisi olmadığı belirtilmiştir (apık, Apay ve Sakar 2015). Bu farklılıkların sebebi bölgesel ve örneklem grubu farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda yaşanılan şehrin yoğunluğu, coğrafı özellikler ve sosyokültürel farklılıklar etki etmiş olabilir. Ayrıca bizim çalışmamızda ileri düzey analiz kullanılmış olması sonuçlar açısından daha güvenilir olarak görülebilir. Eğitim durumu açısından üniversite mezunu olanların streslerinin fazla olmasının sebebi mükemmeliyetçilik, gebelik süresini kusursuz yürütmek, yüksek standartlar, gebelikteki risklerle ilgili bilgiler aşırı kayđıya yol açabilir.

Gebelik trimester dönemi açısından birinci trimesterde olmanın ($\beta=0,104$; $t=2,089$, $p=0,037$) gebelikte stres düzeyini pozitif yönde etkileyen ve artıran faktörler olduğu belirlendi. Özbek ve ark'nın çalışması ile benzerlik göstermektedir. Örnekleme dahil olan gebelerin çoğunluğunun planlı gebelik yaşıyor olduğu düşünöldüğünde ilk trimesterde gebeler özellikle gebeliğin devamı, sürecin uzunluğu ve bilinmezliği gibi faktörler nedeniyle daha fazla stres yaşıyor olabilirler. Çalışmamızda yaşanılan yer açısından ilde yaşamanın ($\beta=0,129$; $t=2,558$, $p=0,011$) gebelikte stres düzeyini pozitif yönde etkileyen ve artıran faktörler olduğu belirlendi. Baltacı ve Metin'in (2024) alışması ile benzerlik göstermektedir (Baltacı ve Metin 2024). Güner'in (2023) alışmasında gebelik trimester dönemi bakımından ikinci trimesterde olmanın ve ilçede yaşamanın stresi arttırdığı belirtilmiştir (Güner 2023). Kırsal alanda yaşayan

gebeler doğal yaşam koşulları, iş yaşamından uzak kalmaları, kalabalık olmayan ortamlarda bulunmaları nedeniyle daha az strese maruz kalıyor olabilir

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma bulgularına göre eş desteğinin gebeler tarafından yüksek algılandığı ve gebelik stresinin düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Algılanan eş desteği arttıkça, gebelikte stresin de azaldığı gözlemlenmiştir.

Gebelikte eş desteği algısı ile gebenin eğitim durumu, eş eğitim düzeyi, evlenme şekli, önceki doğum şekli, gebeliğin planlı olması, istenilen bebek cinsiyeti olması, gebelikte gebe eğitim okulundan danışmanlık alınması, eşin gebe eğitim okulundan danışmanlık alması, gebenin yaşı, eş yaşı, evlilik yılı, bebeğin sayısı, yaşamakta olan çocuk sayısı ve doğum sayısı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Gebelik stresi ile yaşanan yer, gebelik trimester dönemi, evlenme şekli ve çalışma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Referans değerler doğrultusunda analiz sonuçlarında, GEDÖ maddi destek alt boyut puanının gebelikte stres düzeyini negatif şekilde tesir eden ve azaltan bir etken olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu açısından üniversite mezunu olmanın, yaşanan yer açısından ilde yaşamamanın ve gebelik trimester dönemi açısından birinci trimesterde olmanın gebelikte stres düzeyine pozitif şekilde tesir eden ve artıran etken olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın sonucuna göre;

- Gebe eğitim okullarına ilginin arttırılması,
- Gebe eğitim okulundan danışmanlık alan gebelerin sayılarının arttırılması,
- Gebe eğitim okullarında danışmanlıkta eş desteğinin arttırılması için programlara eşlerinde davet edilmesi,
- Gebelerle eşlerinin iletişimlerini arttırmak için eğitimlerin verilmesi,

- Anamnezlerde gebeler için psikolojik iyi oluş ve sosyal ilişkileri değerlendirmek için alanların düzenlenmesi,
- İlk trimester döneminde olan, ilde yaşayan ve üniversite mezunu gebelerin kontrollerde stres seviyelerinin belirlenmesi,
- Acile başvuran gebelerin sosyal desteğinin sorgulanması ve stres seviyelerinin belirlenmesi,
- Gebelik stresi yüksek çıkan kadınların uzman yardımı alması sağlanması,
- Acil servise başvuran gebelerin stresini azaltmak için yanında eşinin/sosyal desteğin bulunmasına imkan tanınması,
- Acil durumun özelliğine göre, eşlerin/sosyal desteğin tetkik, muayene ve tedavi süreçlerinde gebeye eşlik etmesinin desteklenmesi,
- Acil servislere bekleme alanlarında durumun uygun olduğu hallerde, eş desteğinin /sosyal desteğin önemi hakkında bilgilendirici broşürler veya kısa videolar sunulması,
- Gebeye ve eşine, acil durumla ilgili bilgi verirken stresi azaltmaya yönelik destekleyici ifadeler kullanılması, eşin rolünün vurgulanması,
- Acil serviste klinik uygulamada yer alan sağlık profesyonellerinin eş desteğinin/ sosyal desteğin stres üzerindeki etkisi hakkında bilgilendirilmesi,
- Hizmet içi eğitimlerle ebelerin, hemşirelerin, hekimlerin ve diğer sağlık profesyenellerinin bu konudaki farkındalığı arttırılması,
- Sosyal politikalar çerçevesinde sağlanan finansal destek ve ekonomik yardım programları arttırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abbaspoor Z, Sharifipour F, Javadnoori M, Moghadam ZB, Cheraghian B & Najafian M. (2023). Evaluation of the effectiveness of a postnatal support education program for husbands in promotion of their primiparous wives' perceived social support: a randomized controlled trial. *BMC Women's Health*, 23(1), 139.
- Adorno M, Maher-Griffiths C & Abadie HRG. (2022). HELLP syndrome. *Critical Care Nursing Clinics*, 34(3), 277-288.
- Akbaba E. (2021). Servikal yetmezliği olan gebelerde medikal tedavi yeterli mi? Acil serklaj uygulanmalı mı?. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(2), 75-79.
- Akbay AS. (2014). Doğum sonu dönemde eş desteğinin yaşam kalitesine etkisi, Yüksek lisans tezi, *Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Akben M & Taşhan T. (2022). Gebe kadınlarda sosyal destek, depresif belirtiler ve sosyal ağ kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psychiatria Danubina*, 34(Ek 10), 93-103.
- Aksay Y, Gülhan YB, Saygın N & Körükcü Ö. (2017). Gebelerin psikososyal sağlıkları doğum tercihini etkiler mi?. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 138-145.
- Aksoy H, Aksoy U, Ozturk M, Ozyurt S, Acmaz G, Karadağ Oİ & Aydın T. (2014). Jinekoloji ve doğum acil servisinin kullanımı: Bir eğitim hastanesinin kesitsel analizi. *Klinik Tıp Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 109.
- Aksoy SD, Dutucu N, Özdilek R, Bektaş HA & Keçeci A. (2019). 'Gebelik stresi değerlendirme ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması ve faktör analizi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 10-14.

- Alex A, Bhandary E & McGuire KP. (2020). Anatomy and physiology of the breast during pregnancy and lactation. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1252, 3–7. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41596-9_1
- Alio AP, Mbah AK, Kornosky JL, Wathington D, Marty PJ & Salihu HM. (2011). Assessing the impact of paternal involvement on racial/ethnic disparities in infant mortality rates. *Journal of Community Health*, 36, 63-68.
- Al-Mutawtah M, Campbell E, Kubis HP & Erjavec M. (2023). Women's experiences of social support during pregnancy: A qualitative systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 782.
- Alsadery HA, Bamalan OA, Aljubran HJ, Albaish LJ & Al Ghanim BZ. (2023). Non-obstetric acute abdomen in pregnancy: a review of literature. *Medical Archives*, 77(4), 293.
- Alves AC, Cecatti JG & Souza RT. (2021). Resilience and stress during pregnancy: a comprehensive multidimensional approach in maternal and perinatal health. *The Scientific World Journal*, 2021, 9512854. <https://doi.org/10.1155/2021/9512854>
- Andhavarapu M, Orwa J, Temmerman M & Musana JW. (2021). Maternal sociodemographic factors and antenatal stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6812.
- Ansaldi Y & de Tejada Weber BM. (2023). Urinary tract infections in pregnancy. *Clinical Microbiology and Infection*, 29(10), 1249-1253.
- Antoniou E, Stamoulou P, Tzanoulinou MD & Orovou E. (2021, November). Perinatal mental health; the role and the effect of the partner: a systematic review. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 11, p. 1572). MDPI.
- Arisukwu O, Igbolekwu CO, Oyekola IA, Oyeyipo EJ, Asamu FF & Osueke ON. (2021). Spousal support during pregnancy in the Nigerian rural context: a mixed methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 1-12.
- Aronoff DM. (2020). Deconstructing extraplacental membranes to understand bacterial chorioamnionitis. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 131, 72–79.

- Arslan S, Okçu G, Coşkun AM & Temiz F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 179-192.
- Atasever İ & Çelik AS. (2018). Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1), 60-68.
- Atif M, Farooq M, Shafiq M, Ayub G & Ilyas M. (2023). The impact of partner's behaviour on pregnancy related outcomes and safe child-birth in Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth*, 23(1), 516. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05814-z>
- Babatunde OO, John-Akinola YO & Desmennu AT. (2022). Social Support Provided by Men to their Spouse during Last Pregnancy. *Nigerian Medical Journal*, 63(1), 59-65.
- Backström C, Thorstensson S, Mårtensson LB, Grimming R, Nyblin Y & Golsäter M. (2017). 'To be able to support her, I must feel calm and safe': pregnant women's partners perceptions of professional support during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 1-11.
- Bakır N, Demir C & Şener N. (2021). 'Gebelerin yaşadığı stres ve gebelik semptomları arasındaki ilişki'. *Karya Journal of Health Science*, 2, 71-76. doi: 10.52831/kjhs.974791
- Baltacı N & Metin A. (2024). Riskli gebelerin algıladığı stres ve eş desteği arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 1212-1222.
- Banwarth-Kuhn B, McQuade M & Krashin JW. (2023). Vaginal Bleeding before 20 weeks gestation. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 50(3), 473-492.
- Baran GK, Şahin S, Öztaş D, Demir P & Desticioğlu R. (2020). Gebelerin algılanan stres düzeylerinin ve stres nedenlerinin değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 45(1), 170-180.
- Bedaso A, Adams J, Peng W & Sibbritt D. (2021). The association between social support and antenatal depressive and anxiety symptoms among Australian

- women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 708.
<https://doi.org/10.1186/s12884-021-04188-4>
- Bedaso A, Adams J, Peng W & Sibbritt D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 18(1), 162.
<https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
- Bendix I, Miller SL & Winterhager E. (2020). Causes and consequences of intrauterine growth restriction. *Frontiers in Endocrinology*, 11, 205.
- Bennett K, Heritage DB & Allen DP. (2023). *SPSS Statistics: A Practical Guide*, 5th ed., Cengage Learning Australia Pty Limited, Sydney.
- Besral B, Misrawati M, Afiyanti Y, Ismail RI & Arifin H. (2023). MIESRA mHealth: Marital satisfaction during pregnancy. *PloS ONE*, 18(8), e0289061.
- Binici DK & Köse S. (2020). Primipar ve multipar gebelerde algılanan stres ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 189-202.
- Bouyou J, Gaujoux S, Marcellin L, Leconte M, Goffinet F, Chapron C & Dousset B. (2015). Abdominal emergencies during pregnancy. *Journal of Visceral Surgery*, 152(6), 105-115.
- Burns ER, Farr SL, Howards PP & Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). Stressful life events experienced by women in the year before their infants' births--United States, 2000-2010. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(9), 247-251.
- Cai Y, Zhang X, Wu X, Liu H, Qi L & Liu X. (2022). The value of umbilical artery blood gas analysis in the diagnosis and prognosis evaluation of fetal distress. *American Journal of Translational Research*, 14(7), 4821.
- Can ST, Yıldız S, Sağlam C, Golbasi H & Ekin A. (2025). Evaluation of spousal support and stress coping styles of pregnant women diagnosed with fetal anomaly. *Medicina*, 61(5).

- Chandra M & Paray AA. (2024). Natural Physiological Changes During Pregnancy. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 97(1), 85–92. <https://doi.org/10.59249/JTIV4138>
- Chen CH. (2015). Revision and validation of a scale to assess pregnancy stress. *Journal of Nursing Research*, 23(1), 25-32.
- 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), 672-679.
- Cheung KL & Lafayette RA. (2013). Renal physiology of pregnancy. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 20(3), 209-214.
- Chou FH, Kuo SH & Wang RH. (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), 306-314.
- 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, 2291-2298.
- Coşkun A, Arslan S. & Okcu G. (2020). Gebe kadınlarda gebelik algısının stres, demografik ve obstetrik özellikler açısından incelenmesi. *Journal of Education & Research in Nursing/Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(1).
- Çapık A, Apay SE & Sakar T. (2015). Gebelerde distress düzeyinin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 18(3), 196–203.
- Çelik AS & Atasever İ. (2020). Gebelerde algılanan stres düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 267-276.
- Da Fonseca EB, Damião R & Moreira DA. (2020). Preterm birth prevention. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 69, 40-49.

- DABrandt JS & Ananth CV. (2023). Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), 1313-1329.
- Declercq ER, Liu CL, Cabral HJ, Amutah-Onukagha N, Diop H & Mehta PK. (2024). Emergency care use during pregnancy and severe maternal morbidity. *JAMA Network Open*, 7(10), e2439939-e2439939.
- Derman G & Gölbaşı Z. (2024). Psychosocial health in pregnant women and its association with fear of childbirth and spouse support. *Göbeklitepe Medical Science Journal*, 7(18).
- Doğru HY, Oktay G, Özsoy AZ, Çakmak B, Delibaş İB & Esen M. (2017). Acil servise başvuran gebelerin değerlendirilmesi: Üçüncü basamak tek merkez deneyimi. *Van Tıp Dergisi*, 24(3), 157-162.
- Doğrul E & Dikmen HA. (2023). Gebelerde eş desteğinin annelik rolü, beden algısı ve distres düzeyi ile ilişkisi: tanımlayıcı bir çalışma. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 4(2), 163-175.
- Dündar T, Özsoy S, Aksu H & Toptaş B. (2019). Obstetrik özelliklerin gebelikte distres üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 17-24.
- Engidaw NA, Mekonnen AG & Amogne FK. (2019). Perceived stress and its associated factors among pregnant women in Bale zone Hospitals, Southeast Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 12(1), 356.
- Erdemoğlu Ç, Karakayalı Ç & Özşahin Z. (2018). Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörler. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2), 34-46.
- Ersanlı C. (2022). Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi. *Sağlık & Bilim 2022: Ebelik-III*, 7.
- Fejzo MS, Trovik J, Grooten IJ, Sridharan K, Roseboom TJ, Vikanes Å & Mullin PM. (2019). Nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 62.

- Field, A. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage publications limited.
- Filipek A & Jurewicz E. (2018). Preeklampsja â choroba kobiet w ciąży. *Postępy Biochemii*, 64(4), 232-229.
- George D & Mallery P. (2024). *IBM SPSS statistics 29 step by step: A simple guide and reference* (18th ed.). Taylor & Francis.
- Gibore NS, Bali TA & Kibusi SM. (2019). Factors influencing men's involvement in antenatal care services: a cross-sectional study in a low resource setting, Central Tanzania. *Reproductive Health*, 16(1), 52.
- González-Ochoa R, Sánchez-Rodríguez EN, Chavarría A, Gutiérrez-Ospina G & Romo-González T. (2018). Evaluating stress during pregnancy: do we have the right conceptions and the correct tools to assess it?. *Journal of pregnancy*, 2018, 4857065. <https://doi.org/10.1155/2018/4857065>
- Güleroğlu FT & Onat T. (2023). Gebelerde algılanan eş desteği ve gebelik semptomları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 416-424.
- Güner Ö. (2023). Gebelikte eş desteğinin stres, anksiyete ve depresyonla ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 39(2), 235-242.
- Hagaman A, LeMasters K, Zivich PN, Sikander S, Bates LM, Bhalotra S & Maselko J. (2021). Longitudinal effects of perinatal social support on maternal depression: a marginal structural modelling approach. *J Epidemiol Community Health*, 75(10), 936-943.
- Harrison V, Kemp R, Brace N & Snelgar R. (2020). *SPSS for Psychologists*. Bloomsbury Publishing.
- Helli A, Dolapçioğlu K & Çekiç Ç. (2011). Gebelikte üriner sistemde meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler. *Türk Üroloji Seminerleri*, 2(13), 121-123.

- Jalali R, Mohammadi M, Vaisi-Raygani A, Ghobadi A & Salari N. (2019). Prevalence of unwanted pregnancy in Iranian women: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 16(1), 133.
- John-Akinola YO, Babatunde OO & Desmennu AT. (2022). Perspectives of women about social support provided by men during pregnancy: a qualitative study. *Maternal and Child Health Journal*, 26(6), 1255-1260.
- Kandemir T. (2022). *Gebelik stresi ve sosyal medya bağımlılığı ilişkisi*, Yüksek lisans tezi, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kanığ M & Eroğlu K. (2019). Gebelerde algılanan sosyal destek düzeyi ve etkileyen faktörler. *Journal of Education & Research in Nursing/Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(2).
- Karagöz Y. (2023). *SPSS Amos Meta Uygulamalı: Nicel-Nitel-Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği*, 4th ed., Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Karimi A, Sayehmiri K, Vaismoradi M, Dianatinasab M & Daliri S. (2024). Vaginal bleeding in pregnancy and adverse clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 44(1), 2288224.
- Khoury JE, Giles L, Kaur H, Johnson D, Gonzalez A & Atkinson L. (2023). Associations between psychological distress and hair cortisol during pregnancy and the early postpartum: a meta-analysis. *Psycho Neuroendocrinology*, 147, 105969.
- Kızılırmak A. (2019). *Erken membran rüptürü ve bakım*, Yüksek lisans tezi, Nevşehir Hacıbektas Veli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kilfoyle KA, Vrees R, Raker CA & Matteson KA. (2017). Nonurgent and urgent emergency department use during pregnancy: an observational study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(2), 181-e1.
- Kohlhepp LM, Hollerich G, Vo L, Hofmann-Kiefer K, Rehm M, Louwen F & Weber CF. (2018). Physiologische veränderungen in der schwangerschaft. *Anaesthesist*, (5), 383-396.

- Koyucu RG, Ülkar D & Erdem B. (2020). Primipar ve multipar gebelerin gebelik streslerinin karşılaştırılması. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(3), 652-663.
- Koyutürk ÖA & Körükcü ÖÜÖ. (2018). ‘Acil servise başvuran kanamalı gebelerde durumluk kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler’, Köse O & Kirik E (Ed.) *Bilimsel Araştırmalarda Yeni Yaklaşımlar – 1*, Berikan Yayınevi, Ankara, 13–38.
- Kucukkaya B & Basgol S. (2023). The effect of perceived spousal support on childbirth self-efficacy on pregnant women in turkey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 173.
- Kumar SA, Brock RL & DiLillo D. (2022). Partner support and connection protect couples during pregnancy: A daily diary investigation. *Journal of Marriage and Family*, 84(2), 494-514.
- Kural B. (2021). *Doğum öncesi dönemde eş desteğinin gebelik ve doğum korkusuna olan etkisi*, Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Laskowska M. (2023). Eclampsia: a critical pregnancy complication demanding enhanced maternal care: a review. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 29, e939919-1.
- Lee EJ, Lee JY, Lee SJ & Yu SE. (2020). Influence of self-esteem and spouse support on prenatal depression in pregnant women. *Journal of The Korean Society of Maternal and Child Health*, 24(4), 212-220.
- Li B, Liu T, Ma D, Sun J & Liu J. (2025). Association of fear of childbirth and postpartum depression with perceived partner response during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 1-9.
- Lilliecreutz C, Larén J, Sydsjö G & Josefsson A. (2016). Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 1-8.
- Lima SAM, El Dib RP, Rodrigues MRK, Ferraz GAR, Molina AC, Neto CAP & Rudge MVC. (2018). Is the risk of low birth weight or preterm labor greater

- when maternal stress is experienced during pregnancy? A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *PloS ONE*, 13(7), e0200594.
- LoMauro A & Aliverti A. (2015). Respiratory physiology of pregnancy: physiology masterclass. *Breathe*, 11(4), 297-301.
- Lovato I, Simonelli A, Visentin S, Priante E, Baraldi E & Sacchi C. (2022). Prenatal environment and developmental trajectories: The intrauterine growth restriction. *Minerva Pediatrics*, 75(1), 62-74.
- Ma, D., Sun, S., Qian, J., Wang, M., Gu, H., Lou, J., & Yu, X. (2023). Predictors of pregnancy stress and psychological birth trauma in women undergoing vaginal delivery: *a cross-sectional study in China*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 596.
- Ma'ayeh M & Costantine MM. (2020, October). Prevention of preeclampsia. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 25, No. 5, p. 101123). WB Saunders.
- Mahaffey BL, Tilley JL, Molina LK, Gonzalez A, Park E & Lobel M. (2022). "How am I going to make it through pregnancy?" A qualitative examination of prenatal maternal stress. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 49(2), 253–260. <https://doi.org/10.1111/birt.12598>
- Matenchuk BA, Rosychuk RJ, Rowe BH, Metcalfe A, Chari R, Crawford S & Ospina MB. (2023). Emergency department visits during pregnancy. *Annals of Emergency Medicine*, 81(2), 197-208.
- Matvienko-Sikar K, Flannery C, Redsell S, Hayes C, Kearney PM & Huizink A. (2021). Effects of interventions for women and their partners to reduce or prevent stress and anxiety: A systematic review. *Women and Birth*, 34(2), e97-e117.
- McCarthy M, Houghton C & Matvienko-Sikar K. (2021). Women's experiences and perceptions of anxiety and stress during the perinatal period: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 1-12.

- McParlin C, O'Donnell A, Robson SC, Beyer F, Moloney E, Bryant A & Vale L. (2016). Treatments for hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy: a systematic review. *Jama*, 316(13), 1392-1401.
- Meguerdichian D. (2012). Complications in late pregnancy. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 30(4), 919-936.
- Meller CH, Carducci ME, Ceriani Cernadas JM & Otaño L. (2018). Preterm premature rupture of membranes. *Arch Argent Pediatr*, 116(4), e575-e581.
- Mera-Lojano LD, Mejía-Contreras LA, Cajas-Velásquez SM & Guarderas-Muñoz SJ. (2023). Prevalencia y factores de riesgo de infección del tracto urinario en embarazadas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(5), 590.
- Mermer G, Bilge A, Yücel U & Çeber E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 71-76.
- Metodiev Y, Ramasamy P & Tuffnell D. (2018). Amniotic fluid embolism. *BJA Education*, 18(8), 234-238.
- Miquelutti MA, Cecatti JG & Makuch MY. (2013). Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 171.
- Mohan N & Banerjee A. (2021). Metabolic emergencies in pregnancy. *Clinical Medicine*, 21(5), e438-e440.
- Moon SH & Kim M. (2023). Multiple mediation effect of coping styles and self-esteem in the relationship between spousal support and pregnancy stress of married immigrant pregnant women. *PeerJ*, 11, e16295.
- Morton A & Teasdale S. (2018). Investigations and the pregnant woman in the emergency department—part 1: Laboratory investigations. *Emergency Medicine Australasia*, 30(5), 600-609.
- Morton A. (2021). Physiological changes and cardiovascular investigations in pregnancy. *Heart, Lung and Circulation*, 30(1), e6-e15.

- Naz S, Muhammad D, Ahmad A & Ali P. (2021). Pregnant women perceptions regarding their husbands and in-laws' support during pregnancy: a qualitative study. *Pan African Medical Journal*, 39(1), 229.
- Ölçer Z, Bakır N & Oskay Ü. (2016). Yüksek riskli gebelerin öz yeterlilik ve sosyal destek algıları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1), 25-33.
- Özbek Z & Beydağ KD. (2021). Yüksek riskli gebelerde eş desteği ve gebelik stresi arasındaki ilişki. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 144-155.
- Özdemir F, Bodur S, Nazik E, Nazik H & Kanbur A. (2010). Investigation the perceived social support levels of pregnant with hyperemesis gravidarum. *Türk Silahlı Kuvvetleri, Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 9(5), 463-470.
- Pallant J. (2020). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using IBM SPSS*. McGraw-Hill Education, UK.
- Pedigo R, Nusbaum J & Gupta N. (2019). Points & Pearls: First trimester pregnancy emergencies: recognition and management. *Emergency Medicine Practice*, 21(Suppl 1), 1-2.
- Peter PJ, de Mola CL, de Matos MB, Coelho FM, Pinheiro KA, da Silva RA & Quevedo LA. (2016). Association between perceived social support and anxiety in pregnant adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(1), 21-27.
- Pontius E & Vieth JT. (2019). Complications in early pregnancy. *Emergency Medicine Clinics*, 37(2), 219-237.
- Rachita A, Strete GE, Suci LM, Ghiga DV, Sălcudean A & Marginean C. (2022). Psychological stress perceived by pregnant women in the last trimester of pregnancy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8315.
- Raghuveer P & Haleema M. (2023). Perceived social support among pregnant women attending the antenatal clinic of a tertiary care hospital. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), 88.

- Resmi Gazete, Sağlık Bakanlığı. (2022, Eylül 13). *Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/09/20220913-5.htm> (E.T: 11.04.2024).
- Rösand GMB, Slinning K, Eberhard-Gran M, Røysamb E & Tambs K. (2011). Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. *BMC Public Health*, 11, 1-12.
- Sağlık Bakanlığı. (2022). *Acil obstetrik bakım yönetim rehberi*. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Home/GetDocument/704>
- Sánchez-Rubio M, Abarzúa-Catalán L, Del Valle A, Méndez-Ruette M, Salazar N, Sigala J, Sandoval S, Godoy MI, Luarte A, Monteiro LJ, Romero R, Choolani MA, Wyneken Ú, Illanes SE & Bátiz LF. (2024). Maternal stress during pregnancy alters circulating small extracellular vesicles and enhances their targeting to the placenta and fetus. *Biological Research*, 57(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s40659-024-00548-4>
- Savukyne E, Bykovaite-Stankeviciene R, Machtejeviene E, Nadisauskiene R & Maciuleviciene R. (2020). Symptomatic uterine rupture: a fifteen year review. *Medicina*, 56(11), 574.
- Shapiro GD, Fraser WD, Frasch MG & Séguin JR. (2013). Psychosocial stress in pregnancy and preterm birth: associations and mechanisms. *Journal of Perinatal Medicine*, 41(6), 631-645.
- Sharma D, Shastri S & Sharma P. (2016). Intrauterine growth restriction: antenatal and postnatal aspects. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, 10, CMPed-S40070.
- Silver RM. (2015). Abnormal placentation: placenta previa, vasa previa, and placenta accreta. *Obstetrics & Gynecology*, 126(3), 654-668.
- Snyder MJ, Guthrie M & Cagle S. (2018). Acute appendicitis: efficient diagnosis and management. *American Family Physician*, 98(1), 25-33.

- Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H & Mebazaa A. (2016). Physiological changes in pregnancy: review articles. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(2), 89-94.
- Staneva AA, Bogossian F & Wittkowski A. (2015). The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery*, 31(6), 563-573.
- Staneva A, Bogossian F, Pritchard M & Wittkowski A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth*, 28(3), 179-193.
- 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.
- Strauss A & Gräsner JT. (2018). Prähospitales notfallmanagement bei schwangeren. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 222(6), 237-244.
- Sufredini F, Catling C, Zugai J & Chang S. (2022). The effects of social support on depression and anxiety in the perinatal period: A mixed-methods systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 319, 119-141.
- Şimşek HN, Demirci H & Bolsoy N. (2018). Sosyal destek sistemleri ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 97-103.
- Tabachnick BG & Fidell LS. (2019). *Using Multivariate Statistics* (7th ed.). Pearson, Boston.
- Tan EK & Tan EL. (2013). Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(6), 791-802.
- Tani F & Castagna V. (2017). Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(6), 689-692.
- Tomimatsu T, Mimura K, Matsuzaki S, Endo M, Kumasawa K & Kimura T. (2019). Preeclampsia: maternal systemic vascular disorder caused by generalized

- endothelial dysfunction due to placental antiangiogenic factors. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(17), 4246.
- Traylor CS, Johnson JD, Kimmel MC & Manuck TA. (2020). Effects of psychological stress on adverse pregnancy outcomes and nonpharmacologic approaches for reduction: an expert review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2(4), 100229.
- Tuna GN, Karataş A, Bilge Ç & Çelik D. (2021). Gebe eğitim sınıfının doğum ve doğum sonrası sürece etkisi: Olgu sunumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 85-90.
- Turan Z, Kurt G & Arslan H. (2020). Graviditenin sosyal destek algısı ve prenatal bağlanma düzeyine etkisinin incelenmesi. *Cukurova Medical Journal*, 45(3), 1126-1136.
- Varner CE, Park AL, Little D & Ray JG. (2020). Emergency department use by pregnant women in Ontario: a retrospective population-based cohort study. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 8(2), E304-E312.
- Vitt N, Vecchi M, James J & Belot M. (2022). Maternal stress during pregnancy and children's diet: Evidence from a population of low socioeconomic status. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 93, 111423. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2021.111423>
- Wierenga H, Skalkidou A & Schober P. (2025). Pregnancy planning and partner support: Protective factors for women's perinatal wellbeing in Sweden?. *Journal of Affective Disorders*, 119723.
- Wierzchowska-Opoka M, Kimber-Trojnar Ż & Leszczyńska-Gorzelak B. (2021). Emergency cervical cerclage. *Journal of Clinical Medicine*, 10(6), 1270.
- Wu P, Green M & Myers JE. (2023). Hypertensive disorders of pregnancy. *BMJ*, 381, e071653. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071653>
- Yamada K, Kimura T, Cui M, Kubota Y, Ikehara S, Iso H & Japan Environment and Children's Study Group. (2021). Social support, social cohesion and pain during pregnancy: The Japan environment and children's study. *European Journal of Pain*, 25(4), 872-885.

- Yanık D & Özcanarslan F. (2019). Riskli gebelerde algılanan sosyal destek ile stresle başetme düzeyleri arasındaki ilişki. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 96-104.
- Yanılmaz P & Beydağ KD. (2023). Primipar gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres ve eş desteği arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 33(2), 87-94.
- Yousefi S, Montazeri S, Javadifar N & Ghanbari S. (2025). Psychosocial support during pregnancy: perceptions and expectations among pregnant teenagers in Ahvaz, Iran-a qualitative content analysis. *Reproductive Health*, 22(1), 134.
- Yurdakul M, Beşen MA & Alıcı D. (2020). Gebelikte eş desteği algısı ölçeği'nin (GEDAÖ) geliştirilmesi: güvenirlik ve geçerlik çalışmaları. *Journal of Education & Research in Nursing/Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(3).
- Yüksekal Z & Yurdakul M. (2021). Gebelerin eş desteği algıları ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(4), 800-808.
- Zamani P, Ziaie T, Lakeh NM & Leili EK. (2019). The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. *Midwifery*, 75, 146–151. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.002>
- Żyrek J, Klimek M, Apanasewicz A, Ciochoń A, Danel DP, Marcinkowska UM, ... & Galbarczyk A. (2024). Social support during pregnancy and the risk of postpartum depression in Polish women: A prospective study. *Scientific Reports*, 14(1), 6906.

EKLER

Ek-1) BİĞİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU METNİNDE BULUNMASI GEREKENLER (RETROSPEKTİF ÇALIŞMALARDA GEREKLİ DEĞİLDİR.)

I-Araştırmayla İlgili Bilgi Verilmesi ;(bu bölüm hastanın anlayabileceği bir dille tıbbi terimlerden kaçınarak yazılmalıdır)

Sayın Katılımcı

Sizi Doç. Dr. Yasemin HAMLACI BAŞKAYA danışmanlığında ebe Nefise BERTAN tarafından yürütülen *Acile Başvuran Gebelerde Eş Desteği Algısının Stres Düzeyine Etkisi* başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı; eş desteği kadın için bu kadar önemli iken, gebelik döneminde kadının acil servise başvuru yaptığında eş desteği algısının stres düzeyi üzerindeki etkisine bakılması, amaçlanmıştır. Araştırmada sizden tahminen 15 dk ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya toplam 350 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Tamamen akademik amaçlı olan bu araştırma için herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve katılımcıya herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz

II-Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgi Verilmesi

- Araştırma yöntemi dışında hangi alternatif tedavilerin bulunduğunu; bu tedavilerin neler olduğunu
- Gönüllüye araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğunun bildirilmesi
- Gönüllünün istediği anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebileceği ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabileceğinin bildirilmesi
- Gönüllünün araştırmayı kabul etmemesi durumunda veya herhangi bir nedenle çalışma programından çıkarılması veya çıkması halinde, hastalığı ile ilgili tedavisinde bir aksama olmayacağı güvencesi verilmesi
- Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceğinin ayrıca kendisine de bir ödeme yapılmayacağının belirtilmesi gerekmektedir. Yol masrafı ve sigorta gibi ödenekler mevcutsa mutlaka gönüllü olurda bilgi verilmelidir.
- Gönüllüden alınacak numunelerin (serum vs.) yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacağı belirtilmesi
- Kimlik bilgilerinin gizli tutulacağına dair güvence

İkinci bölüm: (Katılımcının/Hastanın Beyanı) (bu bölüm hazırlanan gönüllü olur formunun sonuna eklenmelidir)

Sayın Ebe Nefise BERTAN tarafından Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Acil Servisinde acile başvuran gebelerle bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Ebe Nefise BERTAN, Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Acil Servisi’nde ve ***** numaralı telefonda arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

▲ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Doç. Dr. Yasemin Hamlacı Başkaya

Ebe Nefise Bertan

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar **tanıklık eden kuruluş görevlisinin** Adı-soyadı, İmzası, Görevi

Ek-2) TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:
2. Eğitim Durumunuz:
a) Okuryazar b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite e) Lisansüstü
3. Çalışma Durumunuz: a) Çalışmıyor b) Çalışıyor
4. Evlilik süreniz:
5. Eş Yaşı:
6. Eş Eğitim Düzeyi:
a) Okuryazar b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite e) Lisansüstü
7. Eş Çalışma Durumu: a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
8. Aile Tipiniz: a) Çekirdek aile b) Geniş aile
9. Yaşanılan Yer:
a) İl b) İlçe c) Köy
10. Gebelik Haftanız:|
11. Gebelik sayısı: Yaşayan çocuk sayısı: Doğum sayısı: Düşük sayısı:
Küretaj sayısı:
12. Önceki doğum şekliniz a) Normal Doğum b) Sezaryen Doğum
13. Bebeğin cinsiyeti: a) Kız b) Erkek c) Bilmiyorum
14. Bebeğin cinsiyeti istenilen bir cinsiyet mi? a) Evet b) Hayır
15. Bu gebeliğiniz planlı bir gebelik mi? a) Evet b) Hayır
16. Gebeliğinizi sonlandırmayı düşündünüz mü? a) Evet b) Hayır
17. Gebeliğiniz süresince düzenli kontrollere gidiyor musunuz? a) Evet b) Hayır
18. Gebelikte gebe eğitim okulundan danışmanlık aldınız mı? a) Evet b) Hayır
19. Gebeliğiniz süresince eşiniz gebe eğitim okulundan danışmanlık aldı mı?
(a) Evet b) Hayır
20. Maddi durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz(?)
a) Kötü b) Orta c) İyi
21. Evlenme şekliniz : a) Görücü usulü b) Tanışarak

Ek-3) GEBELİK STRESİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Kesinlikle endişem yok	Hafif derecede endişeleniyoru m	Orta derecede endişeleniyoru m	Şiddetli endişeleniyoru m	Çok şiddetli endişeleniyoru m
1.	Gebelik esnasında değişen vücut şeklimle ilgili	0	1	2	3	4
2.	Ciltte ortaya çıkan koyu kahverengi lekelerle ilgili	0	1	2	3	4
3.	Değişen vücut şekli nedeniyle harekette zorlanmayla ilgili	0	1	2	3	4
4.	Gebelikte zararı dokunacağı düşünülen dini ve kültürel şeylere bağlı kalmayla ilgili	0	1	2	3	4
5.	Gebelikte kilonun kontrol altında tutulmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
6.	Gebelik esnasındaki davranışlarının bebeğin kişiliğini etkileme ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4
7.	Bebeğimin dış görünüşüyle ilgili	0	1	2	3	4
8.	Bebeğimin cinsiyetiyle ilgili	0	1	2	3	4
9.	Bebeğimin doğum ağırlığıyla ilgili	0	1	2	3	4
10.	Bebeğimin sağlığıyla ilgili	0	1	2	3	4
11.	Karımdayken bebek hareketlerinin normal normal olup olmamasıyla ilgili	0	1	2	3	4
12.	Bebeğimin kıyafetleri ve yenidoğan malzemelerinin hazırlığıyla ilgili	0	1	2	3	4
13.	Bebeğimin bakımında bana kimin yardımcı olacağına karar vermeyeyle ilgili	0	1	2	3	4
14.	Bebeğimin bakımının iyi ve kaliteli olmasını sağlamayla ilgili	0	1	2	3	4
15.	Lohusalıkta nerede/kimde kalacağıma karar vermeyeyle ilgili	0	1	2	3	4
16.	Doğumda hastanedeysen ev işleriyle ilgilenen birini ayarlamayla ilgili	0	1	2	3	4
17.	Ekonomik yükün artmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
18.	Aile içinde sözü geçen kişiler (ör: kayınvalide ve kayınpeder, eş) tarafından bebeğin benimsenmesiyle ilgili	0	1	2	3	4
19.	Gebelikte cinsel yaşamla ilgili	0	1	2	3	4
20.	Bebeğimin doğumundan sonra boş zamanın azalmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
21.	Ailedeki diğer kişilerin desteğiyle ilgili	0	1	2	3	4
22.	Uyku kalitesiyle ilgili	0	1	2	3	4
23.	Bebeğimin emin ellere doğmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
24.	Doğumumun emin ellerde olmasıyla ilgili	0	1	2	3	4
25.	Erken doğum ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4
26.	Doğum esnasında problem yaşanması ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4
27.	Doğumda eşimin yanımda bulunamamasıyla ilgili	0	1	2	3	4
28.	Doktorun doğuma zamanında yetişememe ihtimaliyle ilgili	0	1	2	3	4
29.	Doğum sırasında doktorların bana ve bebeğime karşı tutumlarıyla ilgili	0	1	2	3	4
30.	Doğum sırasında ebe/hemşirelerin bana ve bebeğime karşı tutumlarıyla ilgili	0	1	2	3	4
31.	Doğum esnasındaki ağrı şiddetiyle ilgili	0	1	2	3	4
32.	Bebeğimi nasıl besleyeceğime karar vermeyeyle ilgili	0	1	2	3	4

33.	Bebeğimi başarılı bir şekilde emzirebilmemle ilgili	0	1	2	3	4
34.	Doğum sonrası dönemde vücudumun gebelik öncesi halini almasıyla ilgili	0	1	2	3	4
35.	Bebeğime verilecek isimle ilgili	0	1	2	3	4
36.	Gelecekte bebeğimi bekleyen durumlarla ilgili	0	1	2	3	4

Ek-4) GEBELİKTE EŞ DESTEĞİ ALGISI ÖLÇEĞİ

	Her zaman	Çoğunlukla	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
1) Eşim doğum ile ilgili sahip olduğu bilgileri benimle paylaşır.					
2) Gebeliğim süresince eşim nasıl hissettiğini anlar.					
3) Eşim karnıma dokunarak bebeğimiz ile iletişim kurmaya çalışır.					
4) Eşim bebek bakımı ile ilgili sahip olduğu bilgileri benimle paylaşır.					
5) Gebelik eşimle duygusal yakınlığımızı arttırdı.					
6) Eşim gebelikle ilgili bilgi edinmeye çalışır.					
7) Eşim gebelikte oluşan fiziksel rahatsızlıklarla (bulantı, kusma vb.) baş etmemde yardımcı olur.					
8) Eşim gebeliğim süresince beni çekici bulduğunu hissettirir.					
9) Eşim gebeliğim süresince ev işlerinde (temizlik, yemek hazırlığı, diğer çocukların bakımı vb.) yardımcı olur.					
10) Eşim gebelikle ilgili sahip olduğu bilgileri benimle paylaşır.					
11) Eşim doğum ile ilgili bilgi edinmeye çalışır.					
12) Bebek ile ilgili hazırlıkları (alışveriş, oda hazırlığı vb.) eşimle birlikte yaparız.					
13) Eşimle bebeğimizle ilgili hayaller kurarız.					
14) Gebelikte eşim giysilerimi/ayakkabılarımı giymek ve çıkarmak gibi yapmakta zorlandığım durumlarda yardımcı olur.					
15) Eşim bebek bakımı ile ilgili bilgi edinmeye çalışır.					
16) Gebeliğim süresince eşim ihtiyacım olduğunda yanımda olur.					

Ek-5) ETİK KURUL ONAY FORMU

Ek-6) ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

ÖZGEÇMİŞ