

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRİMİGRAVİD GEBELERDE ALGILANAN SOSYAL
DESTEK VE EŞ DESTEĞİNİN DOĞUM TERCİHİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Sevgi ZEYBEK YILMAZ

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zekiye TURAN

MAYIS-2023

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRİMİGRAVİD GEBELERDE ALGILANAN SOSYAL
DESTEK VE EŞ DESTEĞİNİN DOĞUM TERCİHİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Sevgi ZEYBEK YILMAZ

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez .../.../2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği /Oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30/03/2021 tarihli ve 71522473-050.01.04-21467-224 sayılı onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezde ki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih:

../../....

Adı-Soyadı

Sevgi ZEYBEK YILMAZ

İmza

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek lisans eğitim sürecim içinde bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım, danışmanım sayın Doç. Dr. Zekiye TURAN hocama, ders dönemi ve staj döneminde bilgi ve donanımı ile yol gösteren sayın Doç. Dr. Gönül KURT hocama çok teşekkür ediyorum. Hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen aileme, tez yazım sürecimde beni yalnız bırakmayan Büşra KARA'ya ve Merve CENGİZ TOKLU'ya çok teşekkür ediyorum.

Tez verilerimi toplamamda desteklerini esirgemeyen Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Gebe Polikliniği çalışanlarına çok teşekkür ederim.

Bu süreçte desteğini, sevgisini, bana olan inancını her zaman hatırlatan eşim Emrah YILMAZ ve bana anne olmayı öğretten, canım kızım Alya YILMAZ'a çok teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
KISALTMALAR.....	V
ŞEKİLLER	VI
TABLOLAR	VII
EKLER.....	VIII
ÖZET.....	IX
SUMMARY.....	X
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1 GEBELİK DÖNEMİ	4
2.1.1.Gebeliğin Fizyolojisi.....	4
2.1.2.Gebelik Trimesterleri	8
2.2 DOĞUM VE DOĞUM ŞEKİLLERİ	9
2.2.1.Doğum.....	9
2.2.2.Vajinal Doğum.....	9
2.2.3.Sezaryen Doğum	12
2.3.GEBELİKTE ALGILANAN SOSYAL DESTEK.....	18
2.4.GEBELİKTE EŞ DESTEĞİ.....	19
2.5.SOSYAL DESTEK ve EŞ DESTEĞİNİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNE ETKİSİ.....	21
2.6. DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNDE HEMŞİRENİN GÖREVLERİ	22
3.GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	25
3.1.1.Araştırmanın Yeri	25
3.1.2. Araştırmanın Zamanı	25
3.2.ARAŞTIRMANIN TİPİ	25
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	25
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE EDİLMEME KRİTERLERİ.....	27
3.4.1. Dahil Edilme Kriterleri	27
3.4.2. Dahil Edilmeme Kriterleri	27
3.5. ARAŞTIRMANIN SORULARI.....	27
3.6.VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI.....	27

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Toplama Formu	27
3.6.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	28
3.6.3. Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği (GEDAÖ).....	28
3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAŞTIRMANIN YERİ.....	29
3.8. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER.....	29
3.9. VERİLERİN ANALİZİ.....	30
3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	51
5.1. GEBELERİN SOSYAL DESTEK VE EŞ DESTEĞİ ALGILARININ İNCELENMESİ	51
5.2. SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE SOSYAL DESTEK ALGILARININ İNCELENMESİ.....	52
5.3. SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE EŞ DESTEĞİ ALGILARININ İNCELENMESİ.....	55
5.4. OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE SOSYAL DESTEK VE EŞ DESTEĞİ ALGILARININ İNCELENMESİ.....	58
5.5. DOĞUM TERCİHLERİNE GÖRE SOSYAL DESTEK VE EŞ DESTEĞİ ALGILARININ İNCELENMESİ.....	62
5.6. SOSYAL DESTEK VE EŞ DESTEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ .	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
KAYNAKLAR.....	69
EKLER.....	85

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği)

BGOF: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ELSKAEDÖ: Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladığı Eş Desteği Ölçeği

GEDAÖ: Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği

HCG: Human Koryonik Gonotrop

HIV: Human Immunodeficiency Virus

HPL: Human Plasental Laktojen

Na: Sodyum

RDS: Respiratuar Distres Sendromu (Solunum Sıkıntısı Sendromu)

ŞEKİLLER

Şekil 1. OECD Üye Ülkelerinin 2018 yılı Sezaryen Doğum Hızları

Şekil 2. Araştırmadan önceki son beş yılda sezaryen ile gerçekleşen canlı doğumların yüzdesi



TABLolar

Tablo 1. Doğum Şekline Göre Hastanede Kalış Süreleri

Tablo 2. Sosyo-demografik özellikler

Tablo 3. Obstetrik verilerin dağılımı

Tablo 4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeklerinin Alt Boyut ve Toplam Puanları

Tablo 5. Sosyo-demografik özelliklerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyut ve toplam puanının değerlendirilmesi

Tablo 6. Sosyo-demografik Özelliklere Göre Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği alt boyut ve toplam puanının değerlendirilmesi

Tablo 7. Obstetrik verilere göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyut ve toplam puanının değerlendirilmesi

Tablo 8. Obstetrik özelliklere göre Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği alt boyut ve toplam puanının değerlendirilmesi

Tablo 9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeklerinin Alt Boyut ve Toplam Puanlarının korelasyonu

Tablo 10. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeklerinin Alt Boyut ve Toplam Puanları ve Cronbach's Alpha değerleri

EKLER

EK 1. Etik Kurul Onay Formu

EK 2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Kullanım İzni

EK 3. Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği (GEDAÖ) Kullanım İzni

EK 4. Tanıtıcı Bilgi Toplama Formu

EK 5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

EK 6. Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği

EK 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (BGOF)



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Gebelik dönemi kadınların sosyal ve eş desteğine en fazla ihtiyaç duydukları dönemdir. Bu araştırma, primigravid gebelerde sosyal destek ve eş desteğinin doğum şekline karar vermedeki etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma bir kamu hastanesinde Nisan-Ekim 2021 tarihleri arasında kadın doğum polikliniğine başvuran 241 primigravid gebe ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Bilgi Toplama Formu”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)”ve “Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği (GEDAÖ)” kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik yöntemler; Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilks testi, Kruskal Wallis testi, Dunn’s testi, Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman’s rho korelasyon analizi ve ölçeklerin güvenilirliği için Cronbach’s alpha katsayıları hesaplanmıştır. Anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Gebelerin yaş ortalaması $25,59\pm4,50$ yıldır. Gebelerin %79,7’si gebeliğinin planlı olduğunu belirtmiş ve gebelerin %64,3’ü normal doğumu tercih ettiklerini bildirmiştir. Gebelerin ÇBASDÖ aldıkları puan ($68,67\pm14,06$) ortalamanın üzerindeyken, GEDAÖ puanı ($28,87\pm13,98$) ise ortalamanın altındadır. Gebelik takibi sayısı, doğum şekilleri ile ilgili bilgilili olma durumu, gebelik ve doğumun stres ve anksiyete yaratma durumu ile ÇBASDÖ ve alt grup ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Normal doğumu tercih eden gebelerin ÇBASDÖ toplam puanı ve alt grup ölçek puanları sezaryen doğumu tercih edenlerden ve kararsız olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek tespit edilirken, GEDAÖ toplam puanı ve alt grup ölçek puanları sezaryen doğum tercih edenlerde daha yüksek tespit edilmiştir. ÇBASDÖ toplam puanı ve alt grup ölçek puanları ile GEDAÖ toplam puan ve alt grup ölçek puanları arasında negatif yönlü orta düzeyli ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

SONUÇ: Sosyal destek ve eş desteğinin doğum şekline karar vermede etkili olduğu tespit edilmiştir. Normal doğumu tercih eden gebelerin sosyal destek puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Sosyo-demografik ve obstetrik veriler ile sosyal destek ve eş desteği arasında ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum tercihi, Eş desteği, Gebelik, Hemşirelik, Sosyal destek

SUMMARY

Investigation of the Effect of Perceived Social Support and Spirit Support on Birth Preference in Primigravid Pregnancy

INTRODUCTION AND PURPOSE: Pregnancy is the period when women need social and spousal support the most. This study was carried out to examine the effect of social support and spousal support in deciding the mode of delivery in primigravid pregnant women.

MATERIALS AND METHODS: This descriptive study was conducted with 241 primigravid pregnant women who applied to the obstetrics clinic of a public hospital between April and October 2021. “Descriptive Information Collection Form”, “Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)” and “Spousal Support Perception During Pregnancy Scale (SSPDPS)” were used to collect data. Descriptive statistical methods in data analysis; Kolmogorov-Smirnov and Shapiro Wilks test, Kruskal Wallis test, Dunn's test, Mann Whitney U test were used. Spearman's rho correlation analysis and Cronbach's alpha coefficients were calculated for the reliability of the scales in examining the relationships between parameters that did not conform to the normal distribution. Significance was evaluated at the $p < 0.05$ level.

RESULTS: The mean age of the pregnant women was 25.59 ± 4.50 years. 79.7% of the pregnant women stated that their pregnancy was planned and 64.3% reported that they preferred normal delivery. While the MSPSS score of the pregnant women (68.67 ± 14.06) was above the average, the SSPDPS score (28.87 ± 13.98) was below the average. A statistically significant difference was found between the number of pregnancy follow-ups, the state of being knowledgeable about the delivery methods, the stress and anxiety state of pregnancy and birth, and MSPSS and subgroup scales ($p < 0.05$). While the total MSPSS score and subgroup scale scores of the pregnant women who preferred normal delivery were found to be statistically significantly higher than those who preferred cesarean section and those who were undecided, the total SSPDPS score and subgroup scale scores were found to be higher in those who preferred cesarean section. A negative, moderate, and statistically significant relationship exists between MSPSS total and subgroup scale scores and SSPDPS total score and subgroup scale scores ($p < 0.05$).

CONCLUSION: It has been determined that social and spousal support are influential in deciding the mode of delivery. It was determined that the social support scores of the pregnant women who preferred normal delivery were significantly higher. A relationship was found between socio-demographic and obstetric data and social support and spousal support.

Keywords: Birth preference, Spousal support, Pregnancy, Nursing, Social support

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 PROBLEM TANIMI VE ÖNEMİ

Gebelik, kadınların fiziksel ve mental olarak değişimler geçirdikleri bir dönemdir (Yanık ve Özcanarlan 2019). Özellikle primigravid gebelerde bu süreç bilgi eksikliği, daha önce doğum deneyiminin olmaması, çevresinden duyduğu yanlış ve eksik bilgilerden dolayı daha karmaşık bir duruma dönüşmektedir (Mermer, Bilge, Yücel ve Çeber 2010). Kadınların yaşam dönemleri içinde zor bir dönemi kapsayan gebelik, çok hızlı değişimlerin yaşandığı, yeni oluşacak aile yapısına kendini hazırlamaya çalışan kadının çok fazla stresöre maruz kalmasına neden olmaktadır (Derman 2020). Birinci trimesterde bulantı, kusma, halsizlik ve gebeliği kabullenmeye çalışan kadın, gebeliğinin devamında farklı sorunlar ile karşılaşabilmektedir. Bunlar; kilo alımına bağlı hareket kısıtlamaları, yorgunluk, ilerleyen gebelik ayına bağlı sık idrara çıkma, uyku problemleri, ebeveynliğe kendini hazır hissetmeme, sosyal yaşamına ve iş hayatına geri dönme ile ilgili endişeleri kapsamaktadır (Dönmez, Yeniel ve Kavlak 2014). Son trimester de ise gebe doğum şekline karar verme ve bebek bakımı ile ilgili kaygılar yaşamaya başlar (Deliktaş, Körükçü ve Kukulu 2015). Özellikle gebenin karar vermede zorlandığı ve en yoğun stres yaşadığı bu dönemde yeterli sosyal desteğe ve eş desteğine ihtiyacı vardır (Ardahan 2006).

Sosyal destek, aile ve çevresinde bulunan diğer kişiler; arkadaş, akraba, komşu ve eş tarafından sağlanan destektir (Aksakallı, Çapık, Ejder Apay, Pasinlioğlu ve Bayram 2013). Fiziksel ve mental tam iyilik haline ulaşmak için insanlar her yaşta sosyal destek almaya ihtiyaç duyarlar. Literatüre bakıldığında gebelik süresince ve doğumdan sonra yetersiz sosyal destek alan gebelerin eşleri ile sorunlar yaşadığı ve psikolojik hastalıkların görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir (Ağargün, Beşiroğlu, Kıran, Kara ve Özer 2005, Akbaş, Kalenderoğlu, Savaş ve Sertbaş 2008). Sosyal destek algısı eşler arasındaki bağı güçlendirmekte ve cinsel yaşamlarını olumlu etkilemektedir, ayrıca istenmeyen gebeliklerin azalmasına ve müdahalesiz doğumların artmasına sebep olmaktadır (Özkan, Demirhan ve Çınar 2009, Kramer, Bowen, Stewart and Muhajarine 2013, Gümüşdağ ve Apay 2016, Maxson, Edwards,

Valentiner and Miranda 2016). Sosyal desteği yüksek olan gebelerin sağlıklı ve mutlu gebelik geçirdiğini gösteren çalışmalar vardır (Meyer, Arnold and Pascali 2001, Cheng et al. 2016). Literatüre bakıldığında gebelerin algıladıkları sosyal desteğin artması ile gebeliğe uyum halinin paralel olarak arttığı görülmektedir (Yılmaz ve Pasinlioğlu 2014). Eş desteğini yeterli seviyede alan gebelerde hem anne karnındaki fetüs üzerinde hem de yenidoğan da koruyucu etkisinin olduğu, ayrıca baba bebek bağlanma oranlarını da arttırdığını bildiren çalışmalar vardır (Sokoya, Farotimi and Ojewole 2014).

Literatüre bakıldığında eş desteği yüksek olan gebelerin doğumdan korkma oranlarının daha düşük olduğu görülmektedir (Güleç, Öztürk, Sevil ve Kazandı 2014). Gebelerin algıladıkları eş desteğinin doğum şekline karar vermede etkili bir faktör olduğunu kanıtlayan çalışmalar bulunmaktadır (Çobanlar Akkaş 2014, Tokat 2019, Yüksek 2019).

Kadınların kendi ve bebeklerinin sağlığı için, doğum şeklini belirlemeleri önemlidir. Doğum şeklini tercih etmek nerede ve hangi şekilde doğum yapacağına karar vermek anlamına gelmektedir (Bel 2019). Gebelerin doğum şekli tercihleri gebeliğin nasıl ilerlediği, önceki olumsuz doğum deneyimi, doğumdan korkma durumu, kendisi ve bebeğin için endişelenme, doğum yapacağı kurum ve doğum ekibi, sosyal destek ve eşin desteği gibi faktörlere bağlı olarak değişebilir (Kingdon et al. 2009). Gebelikte yeterli sosyal desteğe sahip olmayan kadınlar doğum tercihlerini hekim ve çevresinde bulunan diğer kişilere bırakmaktadır (Moffat et al. 2007). Kadınlar anatomik, fizyolojik ve mental engeli yoksa normal doğum yapabilecek yeterliliğe ve güce sahiptir, fakat son zamanlarda dünya da ve ülkemizde sezaryen ile doğum sayıları her yıl artmaktadır. DSÖ, sezaryen doğum için kabul edilir oranların %10-15 olması gerektiğini bildirmiştir (WHO 2015). Dünya geneline bakıldığında DSÖ' nün istediği oranın aşıldığı görülmektedir. Dünya da tüm doğumlar arasında sezaryen doğum yüzdeleri incelendiğinde; Türkiye %54,9, Meksika %48,7 ve Şili %47,7 ile en yüksek üç sırayı oluştururken, İzlanda %16,2, Norveç %16 ve İsrail %14,8 en düşük yüzdelere sahip ülkeleri oluşturmaktadır (Biçer 2020). Gebelerin doğum şekli sadece anne ve bebeği etkilememektedir. Sezaryen doğum, anne-bebek sağlığını etkilemesinin yanında ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösterir, bunun yanı sıra ülkelere ciddi ekonomik yük bindirmektedir. Gebelerin doğum tercihlerini etkileyen

faktörler incelenerek, sezaryen tercih nedenleri araştırılmalı ve buna yönelik girişimler ile normal doğuma teşvik yapılmalıdır. Kadınlar gebelikleri boyunca kendilerini destekleyecek aile, eş, arkadaş, komşu, sağlık çalışanları ve değer verdikleri kişilere ihtiyaç duyarlar (Metin 2014). Destek sistemleri gebelikte ve doğum kararı vermede önemli yere sahiptir. Kadınların bu süreçte en sık karşılaştıkları kadın sağlığı hemşirelerine, yeterli sosyal destek ve eş desteğinin sağlanması için büyük sorumluluk düşmektedir. Hemşireler, eş desteği ve sosyal desteği yetersiz alan gebelerin sosyal çevreleri ve eşleri ile görüşerek sorunsuz gebelik, doğum ve doğum sonrasında, anne ve bebek sağlığı ve doğum tercihi için eş desteği ve sosyal desteğin önemli yere sahip olduğunu vurgulamalıdır. Gebelerin en sık karşılaştıkları hemşireler; gebe ile güvenli iletişim halinde olup sosyal destek sistemlerine ulaşmada ve gebeye destek olmada en etkili ekip üyesidir.

1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI

Literatüre bakıldığında eş desteği ve sosyal desteğin doğum tercihine etkisi ile ilgili ayrı ve farklı konular ile yapılmış kısıtlı çalışma bulunmaktadır. Fakat primigravid gebelerde eş desteği ve sosyal desteğin doğum tercihine etkisinin incelenmesi ile ilgili bir araştırma bulunamamıştır. Bu çalışma da destek sistemlerinin doğum şekli tercihinde etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır Çalışma sonuçlarının doğurganlık çağında ki gebeler ile çalışan sağlık çalışanlarına yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma, primigravid gebelerde algılanan eş desteği ve sosyal desteğin doğum tercihine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 GEBELİK DÖNEMİ

Gebelik dönemi kadınların çok yönlü değişime uğradıkları uyum sağlama da güçlüklerin yaşandığı karmaşık bir süreçtir (Okanlı 2003, Karaçam ve Akyüz 2011). Gebelik, doğurganlık dönemindeki kadınların yaşayacağı fizyolojik bir dönemdir (Taşkın 2020). Gebelik kadın için eşsiz duygu yoğunluğu yaşadığı, aile olmada ki ilk aşama olarak tanımlanırken bir taraftan da yaşanılacak endişe, kaygı korku ve yeni doğacak bebeğin bakımını üstlenme ve bağlılık olarak da algılanabilir (Yanık ve Özcanarslan 2019).

Döllenme; kadın ve erkek üreme hücreleri olan oosit ve spermin birleşmesi olayıdır (Cunningham et al 2016). Gebelik, son menstrüasyonun başlangıcından itibaren 280 gün devam eden veya 40 haftayı kapsayan bir süreçtir (Şirin ve Kavlak 2008). Gebelik sürecini yaşayan kadınların çoğunda bu döneme alışma ve bedeninde oluşan değişikliklere uyum sağlamada problemler yaşanmaktadır (Beydağ ve Mete 2008). Özellikle primigravid gebeler de gebelik önemli dönemlerden biri olup sadece kadının hayatında değil eşi ve ailesi için de yeni başlayacak yaşam döneminde adaptasyon sorunlarına neden olabilir (Uçar ve Gölbaşı 2015). Ülkemiz de gebeler ile yürütülmüş bir çalışmada, gebelerin %56,6'sı fiziksel, %23'ünün ise psikolojik sorunlarla karşılaştığı bildirilmiştir (Karaçam ve Ançel 2009).

2.1.1.Gebeliğin Fizyolojisi

2.1.1.1.Fertilizasyon

Bir sürü olaylar zincirinden sonra gerçekleşen ovum ve spermiumun bir araya gelerek kromozomların birleşip kaynaşması olayına fertilizasyon denir. Bu birleşmenin gerçekleştiği yere bakıldığında, tubaların ampulla kısmında olduğu görülür (Taşkın 2020). Ovumda ve spermiumda yarıya indirilen kromozomların kaynaşması ile meydana gelen 46 kromozomlu yeni oluşuma “zigot” adı verilir. Zigotun uterusu ulaşması bir haftayı bulur ve bu arada zigot değişimler geçirir. Mitoz

ile bölünerek büyür, ilk defa mitoz geçiren zigot ikiye bölünür ve oluşan yapıya “blastomer” adı verilir. Blastomerlerin mitozla bölünerek çoğalmalarının devam ettiği üç dört günlük onaltı hücreli yapıya da “morula” adı verilir. Morulanın uterusu ulaşması ile bazı değişimler meydana gelir, ortasından sıvı toplanan ve hücrelerin kenara doğru itilmesi ile oluşan tek taşlı yüzüğe benzeyen yapının halka kısmını oluşturan yassı hücrelere “trofoblast”, yüzüğün taş kısmına benzeyen sabit şekilde kalan hücrelere de “embrioblast” denir. Dış hücre topluluğu da denilen trofoblasttan plasenta ve membranlar oluşurken iç hücre topluluğu denilen embrioblasttan ise embrio oluşacaktır. Ortalama on dört günlük olan yapıya da “blastosist” adı verilir (Taşkın 2020, Ikawa, Inoue, Benham and Okabe 2010).

2.1.1.2.İmplantasyon

Blastosist aşamasında oluşmaktadır ve ortalama döllenmeden yedi gün sonra meydana gelir. Yerleşme genelde fundusun ön ve arka kısmında oluşur ve döllenme oluşumunun onuncu gününde tamamlanır (Gökçimen ve Temel 2004).

2.1.1.3.Plesantanın gelişimi

Yerleşmeden sonra trofoblastların çoğalıp artması ile üç tabaka meydana gelir bunlar; “sinsityotrofoblast tabakası” dış tabaka, “sitotrofoblast tabakası” iç tabaka ve plasentanın destek dokularını ve dolaşımını sağlayacak “mesoblast tabakası” oluşur.

Plesantanın yapısı

Bebeğin doğumunun her an olabileceği son zamanlarda plesantanın ağırlığı 500 gr, boyutu 15-25 cm ve kalınlığı 2cm’ye ulaşmıştır. Bebeği ve anneyi gören iki yüzü vardır, bunlardan anneye bakan kırmızı ve düzensiz yüzüne “maternal yüz”, amnion ve koryon membranları ile kaplı bebeği gören yüzüne “fetal yüz” denir.

Plasentanın görevleri

Anneden bebeğe O₂ bebekten anneye CO₂ değişimini sağlar, beslenme, bebeğin metabolizma atıklarını anneye taşır, antikor transferi, koruma ve hormon üretimi yapar.

Plasental transfer

Plasentanın ihtiyacı olan besinler ve oksijen, intervilloz boşluktan sırayla villus stromasına sonra villus epitelyal yüzünü aşarak villus içinde bulunan damarlara

giderler. Kullanılan atıklar ise aynı şekilde intervillöz aralığa geçerler. Virüsler plesantal duvarı geçerek fetüs için tehlike yaratır iken, bakteriler plesantal duvarı geçemezler. Virüslerin plesantal duvarı geçmesi fetüs anomalilere hatta düşüklere neden olabilir.

Plasental hormonlar

HCG (Human Koryonik Gonotrop): İmplantasyon sırasında sinsityotrofoblast hücrelerinden oluşur. Fertilizasyondan yaklaşık on gün sonra anne kanında ve idrarında görülür, gebeliğin ikinci ve üçüncü haftasında en üst seviyeye ulaşırken, gebeliğin onuncu ve onbirinci haftalarında giderek azlamaya başlar ve gebeliğin son iki hatasında hiç görülmez. En önemli görevine bakıldığında; korpus luteumun gerilemesini önleyerek estrojen ve progesteron hormonlarının salgılanmasını ve gebeliğin sürdürebilirliğini sağlamaktır.

HPL (Human Plasental Laktojen): Fertilizasyondan 12-18 günleri arasında plasental trofoblastlardan salgılanır. 34-36. haftar da kanda en yüksek miktarlara ulaşır. HPL nin görevi anne insülinini duyarsızlaştırarak, anneden fetusa sürekli geçen glukozu rağmen, anne kanında düzenlenmesini sağlar. Gebelik boyunca memeleri emzirmeye hazırlamasına yardımcı olur. Aminoasitlerin anne tarafından fazla kullanımını azaltarak, fetusun aminoasitlerden faydalanmasını sağlar.

Steroid hormonlar (Estrojen ve Progesteron):

Progesteron: Placenta anne sirkülasyonundan çektiği kolestrolde progesteron sentez eder. Progesteron plasentanın materyal yüzünden salgılanır, fetal kayıplar progesteron salgılanmasına engel olmadığı için fetal değerlendirmede kullanılmaz (Öztürk ve Demir 2010).

Progesteronun görevlerine bakıldığında;

- Myometrial hareketliliği azaltır
- Karbondioksit karşı solunum merkezine duyarlılığını artırır, bu sebep ile gebelikte solunum alkalozuna yatkınlık artar.
- Merkezi sinir sistemine yaptığı etkiden kadınların çoğunda kendini uykulu ve neşesiz hissederek.

- Vücut ısını gebeliğin birinci trimesterinde 0,4 – 0,6 °C yükseltir.
- Na (sodyum) ve kloride atımını artırır

Estrojen: Estrone ve estradiol plasentadan salgılanır. Bunların boşaltım ürünü estriol, fetusun sağlığı ile birebir ilişkilidir. Bu hormonların sentezini stimüle eden maddelerin % 90'ı fetal adrenallerden sağlanır. Fetusun kontrolün de estriol önemli rol oynar.

2.1.1.4.Umlikal kord

Beşinci haftada, embrioblastı trofoblast ile birleştiren mezoblast genişleyerek gelişmemiş umblikal kordu şekillendirir. Umblikal kord da 2 arter ile 1ven mevcuttur ve “WhartonJelly” denen müköz bağ dokusunu içerir. Umblikal kord, plasentanın embrio ile iletişimini sağlar. Arterler fetusta oluşan kirli kanı plasentaya getirirken, ven de plasentadan temiz kanı fetusa iletir. Doğumda umblikal kord daha özenli incelenmelidir. Doğum sırasında plesanta da iki arter varlığı özenle bakılmalı ve kayıt altına alınmalıdır, bazı doğumlarda iki arter yerine tek arter mevcut olduğu tespit edilmektedir. Tek arteri mevcut olan yenidoğanda farklı anomalilikler olabileceğinden dikkat edilmelidir.

2.1.1.5.Featal membranlar

İçte amnion, dışta koriyon bulunmaktadır. İlk etapta ikisi de ayrıdır. Fakat amniyotik boşluk geliştikçe, iki membran bütünleşir. Bu iki membran plasentanın fetal tarafından bağlanmışlardır. Doğum oluşumunun hemen öncesinde açılmaya başlarlar (Taşkın 2020, Ikawa, Inoue, Benham and Okabe 2010).

Amniyotik sıvı:

Gebeliğin erken evrelerinde amniyon boşluğunun içinde, amniyoblastlardan salgılanan amniyotik sıvı birikir. Amniyotik sıvı büyük oranda maternal kandan çekilir. Gebeliğin geç dönemlerinde fetusun idrarı, sıvının büyük miktarını oluşturur. Doğuma yakın bu sıvı yaklaşık olarak 500-1000 ml dir. Beşinci ay ile beraber fetus bu sıvıyı yutmaya başlar.

Amniyotik sıvının işlevleri:

- Fetusu dıştan gelebilecek darbelerden korur,
- Fetusun ısı dengesini sağlar ve ısı kaybı oluşumunu engeller,

- Amniyotik sıvı fetüsün rahat hareketini sağlar ve böylelikle kasları ve iskelet yapıların gelişimi sağlanır,
- Fetüsün simetrik büyümesini sağlar,
- Amniyotik sıvı, fetüs cinsiyet tayini, enfeksiyon varlığı, anamoli riski ve fetüs hakkında bilgi sahibi yapar,
- Doğum sırasında membranların açılması ile gelen amnion sıvısı doğum öncesinde ortamda bulunan mikroorganizmaların azalmasına neden olur böylelikle enfeksiyon oluşma riski de azalır.

2.1.2.Gebelik Trimesterleri

Gebelik yaklaşık 40 haftayı kapsayan bir dönemdir ve bu süre de üç aylık üç ayrı döneme ayrılmıştır, bu süreçlerin adına trimester denir (Taşkın 2020). Gebeler bu üç ayrı dönemin her birinde fizyolojik ve mental olarak değişime uğrarlar.

2.1.2.1.Birinci Trimester

İlk trimester 13 haftayı kapsar (Karthikeyan 2012). Gebeliği kabullenme dönemidir. Kadınlar bu dönemin başlaması ile kendi sıkıntılarına ve gebeliğine odaklanırlar, bebeği fazla düşünmezler. Gebeliğin sorgulandığı bir dönemdir. Sosyal destek ve eş desteğinin gebeliği kabullenme ve gebeliğe uyum sağlama da önemli yeri bulunmaktadır (Lederman 2009, Taşkın 2020). Bu sürecin en fazla karşılaşılan problemleri; bulantı, halsizlik, kusma, yorgunluk uyuma isteği, idrara çıkmada artma, memelerde ağrı ve hassasiyet görülür (Aşçı ve Özer 2011).

2.1.2.2.İkinci Trimester

14-26. Haftayı kapsar (Karthikeyan 2012). Bulantı-kusma ve yorgunluk gibi şikayetlerinin azaldığı uterusun hacimce büyüdüğü ve fetal hareketlerin hissedilmeye başlandığı dönemdir (Taşkın 2020). Bu dönemde bebeğin hareketlerinin hissedilmesi, cinsiyetin belli olması gibi durumlar ile gebe bebeğini kabullenir ve gebeliğe uyumun oluşumunu sağlar. Halsizlik bulantı, kusma gibi şikayetler birinci trimesterin sonunda geçmesi ile birlikte ikinci trimester de farklı şikayetler başlar. Reflü, kilo alımına bağlı kadının kendini beğenmemesi ve buna bağlı eşine çekici gelmediğini düşünmesi, cinsel aktivitenin bebeğe zarar verir diye inanılmasına bağlı azalması, hormonların etkisi ile karın üst kısmından pubise kadar uzanan kahverengi siyah arası çizgi (linea albada) ve gebelik maskesi yüzde (cloasma) oluşabilir (Kamalak 2015, Taşkın 2020). Bu dönemde kadınlar gebeliğinin devamı, beslenme,

yeni doğacak bebeğe uygun odanın hazırlanması ve eşya seçimi gibi konularda araştırma yaparlar (Yurdakul 2018).

2.1.2.3.Üçüncü Trimester

27-41. Haftaları kapsar (Karthikeyan 2012). Yorgunluk ve uykusuzluğun en sık yaşandığı dönemdir. Uterus ve fetüsün büyümesi ve gebeliğin ilerlemesine bağlı üçüncü trimester gebelerin fiziksel ve psikolojik zorlandığı bir dönemdir (Yücel 2004). En sık görülen şikayetler eklem ağrıları, sık idrara çıkma, ekstremitelerde ödem, nefes darlığı ve uykusuzluk olarak sıralanabilir (Nalbant 2008, Taşkın 2020 ve Yurdakul 2018). Bu trimester de gebelere en fazla stres yaşatan düşünce doğum şekline karar vermedir. Bu dönemin sorunsuz ve mutlu geçmesi için eş desteği ve sosyal destek çok önemlidir (ACOG 2014, Taşkın 2020).

2.2 DOĞUM VE DOĞUM ŞEKİLLERİ

2.2.1.Doğum

DSÖ doğumu şu şekilde tanımlamıştır, “Herhangi bir müdahale olmadan başlayan, doğumun başından sonuna kadar düşük riskli devam eden, 37-42 haftalar arasında baş gelişi ile fetusun kendiliğinden doğması ve doğum sonrası anne ve bebeğin iyi durumda olmasıdır”. DSÖ’nün belirlediği gebelik süresi 40 haftadır ve 20. haftayı tamamlayıp gebeliği sonlanmasına verilen isme doğum denir (WHO Technical Working Group, 1997).

Normal bir doğum eylemi, fetusun anne karnının dışında yaşayabilecek olgunluğa ulaşması ile ve uterusun daha fazla hacmini büyütemeyecek duruma gelmesi ile gerçekleşir (Taşkın 2020). Kadınlar için eşsiz olan gebelik ve doğum süreçleri kadın hayatının unutulmaz dönemlerini oluşturur (Kapısız ve ark. 2017). Gebelik döneminde kadınların kararsız kaldıkları, korktukları ve sonraki doğumlarının da etkileyen önemli kararların başında doğum şekli tercihi gelmektedir.

Doğum, vajinal veya abdominal (sezaryen) olmakla birlikte iki şekilde gerçekleşebilir (Cunningham et al. 2010).

2.2.2.Vajinal Doğum

Gebelerde düzenli ve periyotlar halinde gelen, uterusu kontraksiyonlar oluşturan, serviksin efasman (incelme) ve dilatasyonunun (genişleme) gerçekleştiği doğal

doğum şeklidir. Fizyolojik olarak fetüs ve eklerinin vajenden dışarı atılmasıdır (Rathfisch 2017). Normal doğum dört aşamadan meydana gelmekte olup birinci evre serviksin incilmesi ve açılması evresidir. Birinci evre de üç faza bölünmüştür (Rathfisch, 2017).

Birinci evre;

- 1) Latent faz:** Belirli aralıklar ile (15-20 dakikada bir) başlayan ve belirli süre (15-20 saniye) devam eden sancılar ile serviksin 2-4 cm açıklığa ulaştığı evredir.
- 2) Aktif faz:** Servikte oluşan açılma 5 cm olduğunda aktif faz başlar 8 cm ulaştığında sonlanır.
- 3) Geçiş fazı:** Servikal açılmanın 8cm ile başlayıp 10 cm'e ulaştığında tam açılmanın tamamlanması ile sonlanır (Taşkın 2020).

İkinci evre: Servikal açıklığın tamamlanıp, bebeğin doğumu ile son bulur.

Üçüncü evre: Bu döneme plasental dönem adı da verilir. Bebeğin doğumu ile başlayan bu süreç plasantanın ayrılıp atılması ile sonuçlanır.

Dördüncü evre: Plasantanın doğumu ile başlar ve ilk dört saati içeren süreyi kapsar (Yıldırım ve Beji 2008, Taşkın 2020).

Normal doğum; Kendiliğinden meydana gelen, anne ve bebek için sağlıklı olan, yeni doğanı akciğer solunumuna hazırlayan, anne-bebek arasında uyum ile gerçekleşen, her kadının deneyimlemeyi arzuladığı duygu olarak tarif edilen bir mucizedir (Şahin 2009, Duran ve Atan 2011).

2.2.2.1.Vajinal Doğumun Avantajları ve Dezavantajları

Normal doğum, insan anatomisinin yaradılışına uygun olmasından dolayı bebek ve anne sağlığı için avantaj sağlar. Doğum sonrasında herhangi bir problem yaşamamış ise normal doğum yapan kadın doğumundan dakikalar sonra ayaklanıp günlük yaşamına devam edebilir. Anne bebek arasında iletişimin hemen başlaması ile anne sütü daha hızlı gelir ve yenidoğan beslenmesi hemen başlar (İskender ve Danışman 2008, Haral 2018). Yenidoğanın doğum kanalından geçmesi ile akciğerler solunuma hazır hale gelir (Şahin 2009) . Yapılan çalışmalar vajinal yolla doğan bebeklerde, RDS (Respiratuvar Distres Sendromu-Solunum Sıkıntısı Sendromu) gelişme

durumu, yoğun bakım ve oksijen gereksinimi, yenidoğan'da sarılık görülme sıklığı sezaryen ile doğuma kıyasla daha az görülmüştür. Ayrıca vajinal doğan bebeklerin hastanede kalma süreleri sezaryen ile doğanlara kıyasla daha kısa bulunmuştur (Geller et al. 2010, Acar Önal ve Adal 2015).

Vajinal doğum sırasında doğumdan kaynaklanacak yırtılmaları önlemek ve doğumun rahat gerçekleşmesini sağlamak amacı ile yapılan perineal kesi (epizyotomi) sonrası bazı komplikasyonlar görülebilir. Bunlar kesi yerinde kızarıklık, ödem, enfeksiyonlar, ağrı, insizyon yerinde açılma olabilir (Arısan 1997, Haral 2018).

Vajinal doğum sırasında genital sistemde istenmeyen laserasyonlar ve buna bağlı ciddi kanamalar oluşabilir. Kan transfüzyonu gerektiren kanamaların yanında histerektomi ile sonuçlanan ciddi kanamalar da oluşabilir (Kamel and Khaled 2014, Das and Snyder 2016).

Yenidoğanda vajinal doğum sırasında travmatik olaya bağlı doğum yaralanmaları oluşur. En sık görülen yaralanma klavikula kırıklarıdır ve görülme insidansı 100 canlı doğumda 2-3,5 arasındadır (Awang et al. 2017).

2.2.2.2.Dünya'da Vajinal Doğum Oranları

Dünya da normal doğum oranlarına bakıldığında; İngiltere'de %63, Galler'de %61, İskoçya'da %60 ve Kuzey İrlanda'da %56 dır (Chapman and Charles 2012). Yapılan çalışmalarda Asya ve Avrupa ülkelerin de vajinal doğum oranının %43 ile %95 arasında olduğu bildirilmiştir (Deng et al. 2014, Dweik et al. 2014, Kovavisarach and Sukontaman 2017). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de yapılan çalışmada vajinal doğum oranı %59,3 bulunmuştur (Reyes ve Rosenberg 2019).

2.2.2.3.Türkiye'de Vajinal Doğum Oranları

Ülkemizde yapılmış çalışmalara bakıldığında ilk doğumu ve diğer doğumları için hastaneye gelen gebelerde vajinal doğum %59,6 ile %72,9 arasındadır (Aktaş ve Gökgöz 2015, Ünay ve Taşpınar 2018, Uslu ve Çoban 2020). İlk doğumunu gerçekleştiren kadınlarda vajinal doğum oranı %40, ikinci ve üzeri doğumunu gerçekleştiren kadınlarda ise %30,2 ile %58,4 arasında olduğu yapılan araştırma sonuçlarında tespit edilmiştir (Aslan ve Okumuş 2017, Türkler 2019).

Yapılan bir araştırmada kadınların doğum için %70-%80'inin yüksek riskli olmayıp düşük risk skalasında ve dolayısıyla vajinal doğum için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Brunt 2005). Yıllar içinde ülkemizde ki tüm doğumlar arasında normal doğum yüzdelere bakıldığında; 2010 yılında meydana gelen tüm doğumların sayısı 700061 iken normal doğum sayısı 389520 (%55,6) dir, 2017 yılında toplam doğum sayısı 720141'i oluştururken normal doğum sayısı 431134 (%59,1) tür, 2018 yılı toplam doğum sayısı 60935'i oluştururken normal doğum sayısı 37471 (%61,4) olduğu bildirilmiştir, bu oranlar bize normal doğum yüzdelerinin giderek arttığını göstermektedir (Sağlık Bakanlığı 2018). Yapılan farklı bir çalışmada vajinal doğum oranları %60,6 ile %78,8 arasında bildirilmiştir (Karabulutlu 2012, Aktaş ve Gökgöz 2015). İzmir de aile hekimliğine kontrole gelen birinci gebeliği olan 600 gebeye doğum şekli kararı sorulduğunda %77,4 oranında normal doğuma karar verildiği tespit edilmiş (Vatansever ve Okumuş 2013).

2.2.3.Sezaryen Doğum

Sezaryen doğum; bebeğin, anne abdomeninden oluşturulan insizyon yoluyla uterus kavitesinden doğurtulmasıdır (Taşkın 2002, Şirin 2008). Sezaryen ilk yapıldığı yıllarda anne ve bebeğin hayatını kurtarmak amacı ile yapılmasına karşın son yıllarda endikasyonu olmadığı halde gebelerin ve hekimlerin isteği ile de yapılmaktadır (Ergöl ve Kürtüncü 2014, Taşkın 2020).

Sezaryen endikasyonlarına bakıldığında;

- Baş-pelvis uygunsuzluğu,
- Prezantasyon-pozisyon uygunsuzluğu,
- Fazla miktarda kanama,
- Plasental yetmezlik,
- Placenta da meydana gelen ayrılma,
- Placenta previa,
- Uterus disfonksiyonu,
- Sistemik hastalıklar (Diyabetes Mellitus),
- Eklemsi-Pre-eklemsi,
- Genital virüsler (Herpes Genitalis), HIV(Human Immunodeficiency Virus)
- Daha önce geçirilen sezaryen,

- Kordon dolanması ve sarkması,
- Fetal distres ve
- Başarısız indüksiyon (Himmetoğlu ve Demirtürk 2003, Taşkın 2020).

Doğum zamanında olmayıp geciktiğinde, annede veya bebekte hayati risk oluşması durumunda veya oluşma ihtimali olduğunda, doğumun vajinal yolla tamamlanmasının imkansız olduğu durumlarda sezaryen doğum endikasyonu oluşturmaktadır (WHO Technical Working Group 1997).

En sık sezaryen olma durumlarına bakıldığında %85' den fazlası fetal distres, zor doğum, çoğul gebelik, fetusun baş geliş olmaması ve önceki geçirilen sezaryen operasyonlarıdır (Boyle et al. 2013, ACOG 2016). Sezaryen doğumun artmasına neden olan faktörlere bakıldığında; kadınların yaşadıkları olumsuz doğum deneyimlerini diğer kadınlar ile paylaşması, ileri anne yaşı, vajinal doğum sonrası cinsel birliktelikte tatmin yaşanamayacağı korkusu, medyada yayınlanan ağırlı doğum sahneleri, hekimlerin herhangi bir endikasyonu olmadığı halde sezaryen doğumu önermesi ve gebeler de yaşanan doğum korkusu sezaryen doğumda artışlara neden olmaktadır (Sayiner ve Özerdoğan 2009, Karabulutlu 2012, Loke et al. 2015)

2.2.3.1.Sezaryen Doğumun Avantajları ve Dezavantajları

Sezaryen doğum; normal doğumun gerçekleşemeyeceği durumlarda ve ani gelişen anormal durumlarda, bebeğin ve annenin iyilik halini koruyarak doğumun gerçekleştirilmesinin sağlaması en önemli avantajıdır (Filippi et al 2015). Doğum korkusunu şiddetli yaşayan gebelerde ve doğum zamanının belli olmamasına bağlı psikolojik problemler yaşayan kadınlar için sezaryen doğum avantajlı olarak algılanmaktadır (Gregory et al. 2012). Vajinal doğum sırasında oluşan perine yaralanmaları, servikal yırtıklar ve hematoma oluşma ihtimali sezaryen doğumda nadir görülebilir (Liu et al. 2015). Bazı çalışmalarda fekal inkontinansın gelişme durumunun normal doğumda sezaryen doğuma göre fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gregory et al. 2012). 30 milyon kişinin katılımı ile gerçekleşen randomize kontrollü bir çalışmada idrar inkontinansı ve pelvik organ prolapsus gelişme olasılığı vajinal doğum sonrasında sezaryen doğuma oranla daha yüksek bulunmuştur (Keag et al. 2018).

Planlı sezaryen operasyonlarında fetal yaralanma olasılığının vajinal doğumlara oranla daha az olduğu bildirilmiştir (ACOG 2013). ACOG, 2013 yılında ki bildirisinin de yenidoğan enfeksiyonu, fetal mortalite, kafa ile ilgili yaralanma, hipoksiye bağlı oluşabilecek komplikasyonlar, durumlarının sezaryen doğumlarda neonatal avantaj sağladığını bildirmiştir (ACOG 2013).

Sezaryen ile doğan bebeklerde pulmoner hipertansiyon görülme sıklığı normal doğan bebeklerden 5 kat daha riskli bulunmuştur. Yanlış hesaplanan fetal yaş da preterm doğumlara neden olup yenidoğan yoğun bakım yatış oranlarını arttırmaktadır (Leslie 2004, ACOG 2013).

Sezaryen operasyonundan sonra görülebilecek komplikasyonlara bakıldığında üriner sistem sorunları, solunum yolu enfeksiyonları, akciğer embolisi, kan transfüzyon ihtiyacı, komşu organ yaralanmaları, yara yeri enfeksiyonları, vasküler tromboz, emzirme problemleri ve anesteziye bağlı komplikasyonlardır (Ghotbi et al. 2012). Maternal morbidite ve mortalite oranlarına bakıldığında sezaryen doğumda oran vajinal doğuma göre 4-7 kat fazladır. Sezaryen doğum; anne bebek iletişiminin gecikmesi, anesteziye bağlı annenin oryante olamaması ve insizyon yerinde ki ağrıya bağlı yenidoğanın anne sütü alamamasına neden olmakta ve anne ile tensel temasta gecikmelere sebep olmaktadır (Şahin 2009). Dünyada giderek artan sezaryen oranları, düşük ve yeterli gelire sahip olmayan ülkelerde vajinal doğuma oranla hem aile ekonomisine hem de ülke ekonomisine ciddi mali yük getirmektedir (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170250/9789240694439_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim Tarihi:31.05.2023). Sezaryen doğumda kullanılan tek kullanımlık tıbbi malzemelerin maddi yükünün yanında antibiyotik kullanım oranları da artmaktadır ve buna bağlı antibiyotik direnci gelişmektedir. Sezaryen doğumda maliyeti arttıran nedenlere bakıldığında en önemli faktörlerin başında hastanede kalış süresi gelmektedir.

2018 TNSA (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması) raporuna göre sezaryen doğumların hastanede kalması gereken zaman, vajinal doğuma göre daha uzun bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Doğum Şekline Göre Hastanede Kalış Süreleri*

Doğum Sonrası Sağlık Kuruluşlarında Kalış Süresi							
Doğum Şekli	<6 saat	6-11 saat	12-23 saat	1-2 gün	3+ gün	Toplam	Kadın Sayısı
Vajinal Doğum	4,9	4,1	3,3	79,5	8,2	100,0	926
Sezaryen Doğum	6,0	0,0	0,1	72,8	26,5	100,0	1088

* TNSA 2018 yılı sonuçlarına göre hazırlanmıştır. (TNSA 2019)

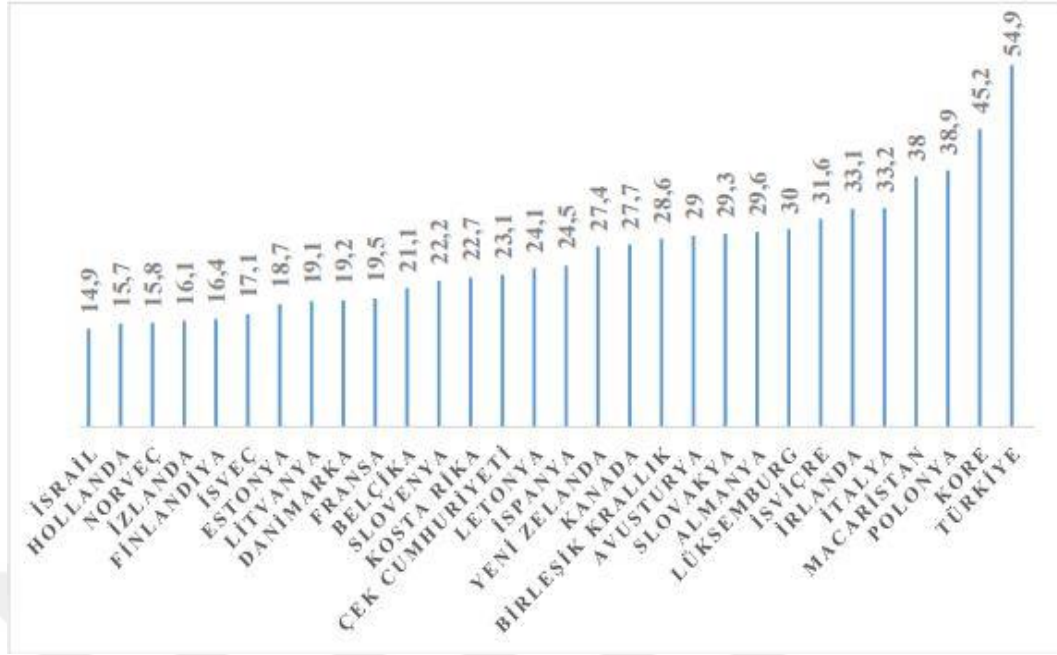
2.2.3.2.Dünya’da Sezaryen Doğum Oranları

DSÖ 1985 yılında ideal sezaryen olma oranının %10-15 arasında olması gerektiğini bildirmiştir

(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170250/9789240694439_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim Tarihi:31.05.2023). Fakat giderek artan sezaryen hızı dünya da en çok yapılan cerrahi operasyon olarak birinci sıraya yükselmiştir (Souza et al. 2016). 150 ülkenin verileri kullanılarak, Betran ve ark. (2016) tarafından yapılan küresel sezaryen artış hızını analiz ettikleri çalışmada tüm dünya da ki kadınlardan beşte birinin sezaryen yöntemi ile doğumunu gerçekleştirdiği, ortalama dünyada ki sezaryen hızının %18,6 olduğu, yıllık ortalama artış oranının %4,4 olduğu, en düşük sezaryen hızının Afrika’da %7,3 ve sezaryen hızının en fazla olduğu Latin Amerika ve Karayipler (%40,5) olduğu tespit edilmiştir (Betran et al. 2016).

En yüksek sezaryen hızına sahip ülkelere baktığımızda Latin Amerika’da Dominik Cumhuriyeti (%56,4) ve Brezilya (%55,6), Afrika’da Mısır (%51,8), Asya’da İran (%47,9) ve Türkiye (%47,5), Avrupa’da İtalya (% 38,1), Kuzey Amerika’da Amerika (% 32,8) ve Okyanusta’da Yeni Zelanda (% 33,4) olarak tespit edilmiştir.

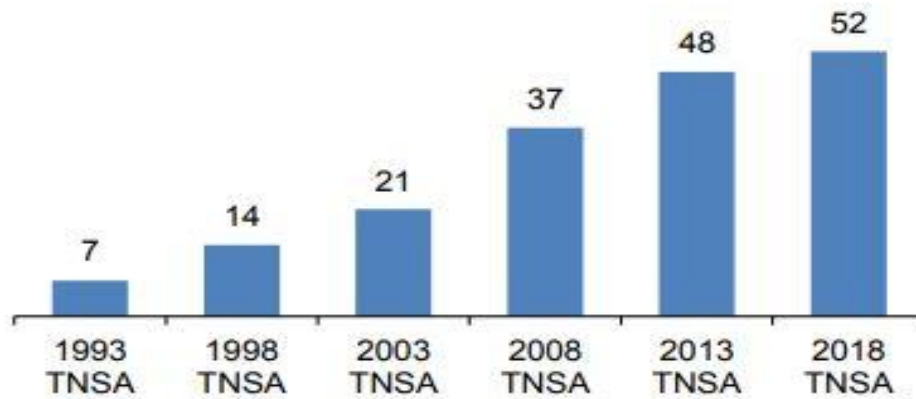
OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development – Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü)’nin 2018 raporuna bakıldığında Türkiye sezaryen hızında en yüksek orana sahip ülke olmuştur.(şekil 1.)



Şekil 1. OECD Üye Ülkelerinin 2018 yılı Sezaryen Doğum Hızları
(www.statista.com/statistics/283123/cesarean-sections-in-oecd-countries/ Erişim tarihi: 27.10.2021)

2.2.3.3. Türkiye’de Sezaryen Doğum Oranları

Sezaryen doğum hızındaki artış ülkemizde yıllar içinde dünyayı takip ederek hızlı bir şekilde artmıştır. 2018 TNSA verilerine bakıldığında 1993 yılında %7, 2008’ de %37 ve 2018 yılında %52 ye çıktığı saptanmıştır (Şekil 2).



Şekil 2. Araştırmadan önceki son beş yılda sezaryen ile gerçekleşen canlı doğumların yüzdesi

(http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf)

2018 yılına bakıldığında sezaryen ile yapılan doğumlar, sağlık bakanlığına bağlı kurumlarda %40,3; üniversite hastanelerinde %70,4 ve özel hastanelerde ise %70,7 olmuştur (Sağlık Bakanlığı 2019).

Sönmez ve Sivaslioğlu'nun (2019) yaptıkları çalışmada otuz yaşından büyük olan kadınların 71'i (%57,7) otuz yaş ve altı kadınların 48'i (%16,2) doğum tercihlerini sezaryen olarak bildirmişlerdir.

Temizkan ve Mete'nin (2020) kadınlarda gebelik haftasına göre sezaryen doğum seçme oranlarını inceledikleri çalışmada otuz sekizinci gebelik haftasından önce sezaryen doğum seçme oranları otuz sekizinci hafta ve sonrasına göre azaldığı tespit edilmiştir.

Ülkemiz' de yapılan bir çalışmaya bakıldığında çalışan gebelerin daha çok sezaryen doğum yapmak istediği ve özel hastanede doğum yapmanın sezaryen doğumu 6 kat arttırdığı bildirilmiştir.(Karaca 2019).

Kentsel alanda yaşayan kadınların sezaryen olma durumları (% 54,5) kırsal alanda yaşayan kadınlara göre (%41,6) daha yüksek bulunmuştur (TNSA 2018). Sezaryen oranlarının dünyada ve ülkemizde hızlı artış göstermesinin nedenlerine bakıldığında “anne yaşının otuz beşin üzerinde olması, BKİ (Beden Kitle İndeksi) >30 olması, hastane ve çalışanlar ile ilişkili etkenler, dava edilme kaygısı ve annenin sezaryen doğumu istemesi” gibi etkenler yer almaktadır.

Son yıllar da sezaryen doğumun artmasının nedenlerini araştıran birçok çalışma yapılmış olup, yetersiz sosyal destek alan gebelerin daha fazla sezaryen doğumu tercih ettikleri tespit edilmiştir. Gebelik döneminde özellikle üçüncü trimesterde gebeye sağlanacak eş desteği arkadaş aile desteği çok önemlidir (Ergöl ve Kürtüncü 2014, Bülbül ve ark. 2016, Karabekir 2016).

2.3.GEBELİKTE ALGILANAN SOSYAL DESTEK

Sosyal destek, insanların yaşamları boyunca ihtiyaç duydukları, kendilerini iyi hissetme ve fizyolojik ve mental olarak tam iyilik halinde olmalarını sağlamada önemli yere sahiptir (Kanığ ve Eroğlu 2019, Yanık ve Özcanarşlan 2019). Gebelik dönemi, kadınların birçok değişime uğradıkları sosyal destek alacakları kişilere en yoğun ihtiyaç duydukları süreçtir. Sosyal destek; kişinin kendini iyi hissetmediği durumlarda aile, arkadaş, komşu, eş, sağlık çalışanları veya kişinin değer verdiği bireyler tarafından sağlanan maddi, manevi ve farklı destekleri içerir (Freeney and Collins 2015, Demirel ve Yücel 2017). Maddi destek kişinin çevresi tarafından giderlerinin karşılanması, manevi destek kişinin sosyal ihtiyaçlarının karşılanması ve getirilmesi ve bilişsel destek gebenin bilgi eksikliği yaşadığı konularda bilgilendirme yapılması ve sorularının cevaplanmasıdır (Mermer ve ark. 2010, Şimşek ve ark. 2018). Sosyal destek daha çok bireyin algıladığı ve ihtiyaçlarının giderilmesi odaklı olduğu için algılanan sosyal destek olarak da belirtilebilir (Felmlee 2003). Zor durumda olduğunda ve yardıma ihtiyacı olduğunda yakınları tarafından anlaşılma, yalnız olmadığını bilme ve yardım alabilecek birinin olması gebeye kendini güvende hissettirecektir. Sosyal destek kadının gebeliğe uyum sağlama, annelik rolüne kendini hazır hissetmesini kolaylaştırma ve bebeğini kabullenip bebeğin sorumluluğunu üstlenmeyi kolaylaştırır (Mermer ve ark 2010). Sosyal destek, gebelik doğum ve doğum sonu dönemde gebenin karşılaşacağı birçok stresöre karşı koruyucu ve önleyici rol oynamaktadır (Tani and Castagna 2017). Gebenin annelik duygusunun gelişmesinde ve annelik rolüne adapte olabilmesinde algılanan sosyal desteğin önemli yeri bulunmaktadır (Aksoy ve ark. 2016). Gebeler gebelik süresi boyunca sosyal destek almaya ve normal zamandan daha çok ilgilenilmeye ihtiyaç duyarlar ve bu desteği duygusal olarak güçlü ve bilgili kişilerden almak isterler (Sezen ve Ünsalver 2018). Sosyal desteği yeterli olan gebeler gebelik, doğum ve doğumdan sonraki dönemini sosyal desteği yetersiz olan gebelere oranla daha sorunsuz ve mutlu geçirmektedirler (Turan ve ark. 2020). Aktaş ve ark. (2015) yaptıkları çalışmalarında sosyal desteği yeterli olmayan gebelerde depresyon görülme durumları daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada eş desteği ile depresyon görülme durumunun da ters orantılı olduğu belirtilmiştir (Aktaş ve ark. 2015). Gebelerin algıladıkları sosyal destek kişiler arasında farklılık göstermektedir.

Gebenin eğitimi ve çalışma durumu, aile tipi, gelir düzeyi, gebeliğin planlı olup olmayışı, eşinin eğitim seviyesi ve maddi geliri, gebelik süresi algılanan sosyal desteği etkilemektedir (Derman 2020). Gebeye verilen sosyal destek gebenin anksiyete düzeyini düşürür, olumsuz gebelik yaşamasını azaltır, mutlu gebelik geçirmesine neden olur ve olumlu doğumu deneyimlemesini sağlar (Aydın ve ark. 2020). Algılanan sosyal desteği yüksek olan gebelerde normal doğum oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ve sorunsuz, müdahalesiz doğum oranlarının arttığı bildirilmiştir, yenidoğan ve annede oluşabilecek komplikasyonları azalttığı da görülmektedir (Şimşek ve ark. 2018, Aydın ve ark. 2019) . Toptaş ve ark. (2019)' da yaptıkları çalışmada ekonomik özgürlüğü bulunan ve eğitim seviyesi yüksek olan gebelerin algılanan sosyal desteklerinin daha yüksek olduğu ve sosyal ilişkilerde daha iyi olduğu bildirilmiştir (Toptaş ve ark. 2019). Metin ve Pasinlioğlu (2016) ve Toptaş ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmada gelir durumu yüksek olan gebelerin sosyal destek puanları da yüksek bulunmuştur. Ülkemiz de yapılan bir araştırma da kadınların %74,5'nin gebelik süresi boyunca ve doğumda sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu sonucuna ulaşılmıştır (Timur ve Hotun Şahin 2010). Gebelikte sosyal desteğin az olmasının gebeye ve bebeğe birçok olumsuz etkisinin olduğu bildirilmiştir bunlar; annede sigara tüketiminin yüksek olması, erken doğum, yetersiz kiloya sahip yenidoğan, komplikasyonlu doğum, plansız gebelik ve buna bağlı annede psikolojik iyilik halinde bozulmalar oluşmaktadır (Yalnız Dilcen ve ark. 2021)

2.4.GEBELİKTE EŞ DESTEĞİ

Kadınların gebelikleri boyunca destek almayı en çok tercih ettikleri kişi eşleridir. Gebelik bazı kadınlarda mutluluk ve sevinç kaynağı olurken bazılarında ise endişe, korku ve panik yaratabilmektedir. Bu süreçte kadınlar her duyguyu eşleri ile paylaşmayı tercih etmektedirler. Baş edilmesi güç olaylar karşısında gebelerin birinci destek kaynağı eşleri olurken ikinci sırada da aileleri gelmektedir (Akyıldız 2019, Çifçi Arıdağı ve ark. 2019, Biçer 2020). Aksoy ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada gebelerin gebeliklerinde bir sorunla karşılaştıklarında %48,8' nin eşlerine ve ailelerine danıştığı görülmüştür (Aksoy ve ark. 2016). Eşlerden ve aileden alınan desteğin gebenin psikolojik ve fizyolojik iyilik halini arttırdığı bildirilmiştir (Güngör 2015, Gul et al. 2018). Yapılan bir çalışma da kadınların gebeliklerinde %96,5'i

sosyal destek aldıklarını ve en fazla eşlerinden destek aldıklarını belirtmişlerdir (Kılıçarslan 2008). Gebelik döneminde algılanan eş desteğinin yeterli olması gebeliğin olumlu geçmesini sağlar, gebelik stresini azaltır ve gebede oluşabilecek şiddetli anksiyete ve depresyon oranlarını da düşürmektedir (Apay ve Gümüşdağ 2016). Şahin ve Soypak (2010) yaptıkları çalışmada da eş desteği yeterli olan gebelerin bulantı kusma şikayetlerinin eş desteği yetersiz olan veya hiç eş desteği almayan gebelerden daha az yaşadığı görülmüştür (Şahin ve Soypak 2010). Gebelerde eş desteğinin sigara kullanımına etkisinin ölçüldüğü bir çalışmada yeterli eş desteği alan gebelerde sigara bırakma oranı %36 bulunmuştur (Martin et al. 2007). Başka çalışmalarda da eş desteğini yetersiz alan gebelerde sigara kullanma durumu yüksek bulunmuştur (Cheng et al. 2016, Cohen et al. 2016).Yapılan araştırmalarda, birinci trimesterde yeterli eş desteği bulunan gebelerin doğum öncesi takiplere gelme durumlarının eş desteği almayanlara göre bir buçuk kat fazla olduğu sonucuna varılmıştır ve eşleri olmayan gebelerde bu oranın çok daha yetersiz olduğu tespit edilmiştir (Martin et al. 2007, Alio et al. 2011). Son trimester de gebe, doğumun yaklaşması ve gebeliğin ilerlemesine bağlı yaşadığı zorluklar sebebe ile korku ve anksiyete duygularını yoğun bir şekilde yaşamaya başlar. Bu süreçte gebenin en yakını olan eşinden destek beklentisi artmaktadır (Doğrul 2020). Özellikle yatak istirahati gereken riskli gebelerde gebenin hareketinin kısıtlanmasına bağlı ev idaresini sağlayamama, bakıma ihtiyacı olan diğer çocuğun ihtiyaçlarını karşılayamama gibi olumsuzluklar nedeni ile gebenin bu süreçte normal zamandan daha çok sosyal desteğe ihtiyacı olmaktadır. Eş desteği algısının gebelerdeki etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada, eş desteği yetersiz olan gebelerde gebeliğe bağlı hipertansif hastalıklar, erken doğum tehditi, doğum sonu kanama, uzamış doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek ve annede doğum sonu depresyonu görülme durumunun arttığı bildirilmiştir. Kadınlar yaşamlarının her anında sosyal desteğe ihtiyaç duyarlar, fakat gebelik dönemi kadınların her türlü değişime uğradıkları ve hormonların aktif bir dönem olduğu için gebelik döneminde en çok eşlerinin desteğine ihtiyaç duyarlar. Gebelik döneminde kilo alımı, ciltte oluşan gebeliğe bağlı lekeler ve gebeliğin bazı dönemlerinde cinsel birlikteliğe ara verilmek zorunda olması kadınlarda eşleri tarafından beğenilmeme, aldatılma gibi birçok stres kaynağını da beraberinde getirir. Bu sürecin sağlıklı sonuçlanması için eş desteğinin önemi büyüktür.

2.5.SOSYAL DESTEK ve EŞ DESTEĞİNİN DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNE ETKİSİ

Gebelik kadınların hayatında eşsiz olan ve birbiri ile kıyaslanamayacak farklılıklardan oluşan bir süreçtir. Bazı kadınlar gebelik dönemini mutlu ve sorunsuz geçirirken bazıları ise zor ve problemlili geçirebilmektedir. Gebelik sürecinin sonlarına doğru kadınların en yoğun düşündükleri konu doğum şeklidir. Doğum anne için fizyolojik, mental ve sosyal farklılıkların yaşandığı bir dönemdir. Doğum şekli kararı, özellikle primigravid gebeler için zor bir karardır (Karaçam ve Akyüz 2011). Kadınlar yaşamlarının her anında sosyal desteğe ve eş desteğine ihtiyaç duyarlar fakat doğum şekline karar verme gibi zor ve daha önce tecrübe edilmeyen bir deneyim olan doğum şekli kararında, gebenin öncelikli olarak eş desteğine ve sosyal desteğe ihtiyaçları vardır. Gebelere doğum öncesi takiplerinden başlanarak doğum ve doğum şekli ile ilgili bilgi ve eğitim verilmelidir. Doğum korkusu yaşayan gebeler tespit edilip bununla ilgili eğitimler düzenlenmeli ve bu korku doğum öncesinde aşılmalıdır (Güleç ve ark. 2013). Bu süreçte sağlık profesyonellerine büyük sorumluluk düşmektedir. Özellikle ebeler ve hemşireler gebelerin en sık karşılaştıkları sağlık çalışanlarıdır. Bu süreçte gebelerin gebelik, doğum şekli, yenidoğan bakımı ve lohusalık süreci ile ilgili gerekli bilgilendirilmelerinin yapılması gerekmektedir (Todman 2007). Doğum şekli kararını veren ve bu süreçte ne istediğinin bilen gebeler için, bu zaman dilimi daha kolay ve sorunsuz geçmektedir. Gebelerin bu süreçte sosyal destek almak istedikleri kişilere bakıldığında; eşleri, anneleri, doğum deneyimi olan arkadaşları ve sağlık profesyonelleri olan ebeler ve hemşirelerden oluşmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre kadınların, % 74,5 gebelik ve doğum sırasında sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır (Timur ve Hotun Şahin 2010). Yine yapılan başka bir çalışma da doğum esnasında eş desteği alan ve eşi yanında olan gebelerde normal doğum oranlarının daha yüksek olduğu, müdahalesiz doğum oranlarının arttığı ve komplikasyonsuz doğum oranlarının arttığı bildirilmiştir (Price et al.2007). Gebelik ve doğumda sosyal desteğin ve eş desteğinin olması gebeliği ve doğumu olumlu etkilemektedir (Gilliland 2010). Timur ve Hotun Şahin (2010) yaptıkları çalışma da gebeye sağlanan sosyal destek ve eş desteğinin, doğum ve doğum sonu dönemi olumlu geçirmeye katkı sağladığı bildirilmiştir (Timur ve Hotun Şahin 2010).

Doğum sürecinde yeterli sosyal destek ve eş desteği alamayan gebelerde sezaryen oranları arttığı bildirilmektedir (Bingöl Bayrı ve ark. 2020). Doğum anında gebeye eşinden, annesinden, arkadaşından ve sağlık ekibinden sağlanan desteğin vajinal doğum oranlarını arttırdığı, doğum ağrısı puanını azalttığı ve annede daha az anksiyete yaşandığı bildirilmiştir (Aune et al.2014).

2.6. DOĞUM ŞEKLİ TERCİHİNDE HEMŞİRENİN GÖREVLERİ

Kadınlar yüzyıllardan beri doğal vajinal doğum yapmaktadırlar. Son zamanlarda vajinal doğumun yerini sezaryen doğuma bıraktığı görülmektedir (Başar ve Yeşildere Sağlam 2018). Dünyada artan bu sezaryen doğum oranlarının düşürülmesinde hemşirelerin rol ve sorumlulukları büyüktür (Karaçam ve Akyüz 2010). Gebelerin doğum öncesi dönemden başlanarak doğum ve doğum şekilleri konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Yeterli bilgiye sahip olmayan anneler normal doğumun kendi ve bebeği için tehlikeli olduğunu düşünmektedirler ve böylelikle doğum tercihini sezaryen yönünde kullanmaktadırlar. Fakat çalışmalar göstermektedir ki normal doğum sezaryen doğumdan daha az komplikasyona sebep olmaktadır ve anne bebek sağlığı için daha güvenlidir (Ergöl ve Kürtüncü 2014, Bel 2019). Kadınların doğum şekli tercihi yaşanılan bölgenin özelliklerine bağlı olarak farklılık göstermektedir (Karabulutlu 2012). Bunlara bakıldığında; gebenin ailesi, arkadaşları, medya, sağlık çalışanlarının tutumu ve yönlendirmesi, doğum ağrısı çekmekten korkma, önceki gebelik deneyimi, gebelik sayısı, fetüs prezentasyonu, sosyal destek yetersizliği ve gebenin bilgi eksikliğidir (Temizkan ve Mete 2020). Hemşirelerin toplumun bilgilendirilmesi hususunda büyük sorumluluğu bulunmaktadır. Özellikle doğum ile ilgili, toplumda eksik veya yanlış bilinen ve gebelerin doğum şekli kararı vermelerini etkileyen konular araştırılarak bu konular ile ilgili toplum bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır. Gebelere vajinal doğumun avantajları, maternal ve fetal faydaları, vajinal doğum sonrası diğer gebeliklerinde yine vajinal doğum yapma şansının yüksek olduğu konusunda bilgilendirme yaparak vajinal doğuma teşvik edilmelidir (Başkaya ve Sayiner 2018). Kadınlarda ilk doğumun vajinal doğum olmasının önemli avantajı vardır. İlk doğumu sezaryen olan kadınların %90'ı ikinci doğumlarında da sezaryen olmaktadır (Cunningham et al. 2014). Bu süreçte kadınların ilk doğumunu vajinal yapmaları kadın sağlığı için ve

ülkelere sezaryenin getirdiği maddi yükü azaltma açısından önemlidir. Hemşirelerin gerekli girişimleri ile bu durum önlenebilir. Buran ve ark.(2020) yaptıkları araştırmada doğum öncesi eğitime katılan kadınlarda vajinal doğum oranları katılmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalar da doğum öncesinde sağlık profesyonellerinden alınan danışmanlığın vajinal doğum oranlarını arttırdığı bildirilmiştir (Brixval et al. 2015, Afshar et al. 2017, Gluck et al. 2020). Doğum yapan kadınların sezaryen ve vajinal doğum yapma sebeplerinin araştırıldığı bir çalışmada (n:100) kadınların 43'nün vajinal doğum yaptığı tespit edilmiştir. Sezaryen doğum yapan kadınlara neden sezaryen doğumu seçtiği sorulduğunda cevap olarak ilk sırada hekimin tercihi olduğunu belirtmişlerdir ve kadınların büyük çoğunluğu %87, doğum şekli kendine bırakılsa normal doğum seçerdim diye ifade etmişlerdir (Başar ve Yeşildere Sağlam 2018). Sağlık çalışanlarının doğum şekli tercihi ile sağlık çalışanı olmayan gebelerin doğum şekli tercihinin karşılaştırıldığı çalışmada sağlık çalışanı olan gebelerin büyük çoğunluğunun sezaryen doğumu tercih ettiği görülmüştür (Akyol ve ark. 2011). Çalışma sonuçları gösteriyor ki sağlık profesyonellerinin doğum şekillerinin avantajları ve dezavantajları konusunda eğitim almaları gerekmektedir ve endikasyonu olmadığı durumlarda gebelere sezaryen doğum önermemelidirler. Toplum sağlığı ve ülkeye getireceği maddi yük açısından sağlık profesyonellerinin, gebeleri doğru yönlendirmeleri gerekmektedir, bunun için gebelik ve doğum ile ilgili güncel kılavuzları takip etmeleri önemlidir. Ayrıca sağlık çalışanlarının özellikle hekimlerin gebeleri sezaryen doğuma yönlendirmesine neden olan malpraktis kanunları ve hasta hakları ile ilgili yasalarda yapılandırmaların yapılması ile de sezaryen doğum tercihleri azaltılabilir (Aşıcı 2021). Kadınlara, prekonsepsiyonel dönemden başlanarak doğum sonuna kadar gebelik ve doğum ile ilgili danışmanlık hizmeti verilmelidir. Doğum şekilleri maternal-fetal avantaj ve dezavantajları ile anlatılmalı ve gebenin kendi doğum şeklini kendisi seçmesi için cesaretlendirilmelidir. Birinci basamak sağlık kurumlarında görev alan ebe ve hemşireler gebelerin takiplerinde doğum ve doğum şekilleri ile ilgili danışmanlık hizmeti vermelidirler. Gebelerin bilgi eksikliği yaşadıkları konular ayrıntılı broşür ve diğer materyaller ile anlatılmalıdır. Gebenin doğum şekli tercihinin verirken sosyal desteğin ve eş desteğinin önemi gebe ve çevresi ile konuşulmalıdır. Yapılan çalışmalar sosyal destek ve eş desteği yeterli olan gebelerin mutlu gebelik ve

sorunsuz doğum deneyimi yaşadığını göstermektedir (Timur ve Hotun Şahin 2010, Özbek 2021).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

3.1.1.Araştırmanın Yeri

Bu çalışma Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum polikliniğine başvuran primigravid gebeler ile yapılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırma verilerini toplamaya etik kurul onayı alınması ile 01 /04/ 2021 tarihinde başlanmış olup yeterli örneklem sayısına ulaşılan 01 /10 / 2021 tarihinde verilerin toplama işlemi bitmiştir.

3.2.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; Ocak 2021- Aralık 2021 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hizmet Binası Kadın Doğum Polikliniklerine başvuran primigravid gebeler oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme; çalışma evreninden basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile örneklem genişliği hesaplaması yapıldığında, istatistiksel analizin güçlü olması için $\alpha=0,05$ düzeyinde, %95 güç aralığında, ölçek için görülüş sıklığı 0,8 ve görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma 0,05 olduğu durumda 11134 gebe evren kabul edildiğinde gerekli değerler formülde yerine konulduğunda çalışmaya alınması gereken minimum gebe sayısı 241 olarak hesaplanmıştır.

Basit Rastgele Örneklemede Örneklem Genişliği Tahmini

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değeri

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma

$$n = \frac{(11134)(1,96)^2(0,8)(0,2)}{(0,05)^2(11134-1) + (1,96)^2(0,8)(0,2)}$$

$$n = 241$$

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE EDİLMEME KRİTERLERİ

3.4.1. Dahil Edilme Kriterleri

- İlk gebeliği olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Okuma yazması olan,
- İletişim gücü güçlü çekmeyen,

3.4.2. Dahil Edilmeme Kriterleri

- Riskli gebeliği olan,
- 19 yaşından küçük, 35 yaşından büyük gebeler,
- Psikolojik rahatsızlığı olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve
- Dahil edilme kriterlerine sahip olmayan gebeler örnekleme alınmamıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. Primigravid gebelerde algılanan sosyal desteğin doğum tercihinin etkisi var mıdır?
2. Eş desteğinin doğum tercihinin etkisi var mıdır?
3. Sosyo-demografik özelliklerin sosyal destek ve eş desteğine etkisi var mıdır?
4. Sosyo-demografik özelliklerin doğum tercihinin etkisi var mıdır?

3.6. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında ‘Tanıtıcı Bilgi Toplama Formu’ (Ek 4), ‘Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’ [(ÇBASDÖ)] (Ek 5) ve ‘Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği’ [(GEDAÖ)] (Ek 6) kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Toplama Formu

Bu form, gebelerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Formda gebelerin, yaşı, eğitim durumu, mesleği, geliri, yaşadığı yer, eşinin yaşı, eşinin okul durumu, eşinin mesleği, doğum ile ilgili bilgi alıp

almadığı, doğuma hazırlık eğitimi alıp almadığı ve antenatal bakım sıklığı gibi bilgileri içeren toplam 19 sorudan oluşmaktadır (Akben 2019, Aşıcı 2021).

3.6.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Bu ölçek, üç farklı kaynaktan aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan sosyal desteği ölçmek amacı ile Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Eker, Arkar ve Yıldız tarafından (2001) Türkçe'ye uyarlanmıştır. ÇBASDÖ 12 madden oluşmaktadır. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 gruba ayıran 3 alt boyutu içermektedir. Aile (3, 4, 8, 11.maddeler), arkadaşlar (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel bir insan (1, 2, 5, 10. maddeler) alt boyutları ile üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini değerlendirmektedir. Likert tipi olan ölçekte her madde 1' den (kesinlikle hayır) 7'ye (kesinlikle evet) kadar puanlanmaktadır. Her alt boyutta yer alan madde puanlarının toplanması ile alt boyut toplam puanı; alt boyut toplam puanlarının toplanması ile de ölçek toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12 ve en yüksek puan 84'tür. Ölçek sonuçlandığında çıkan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise desteğin algılanmadığını ya da destek azlığını veya yoksunluğunu ifade eder. Türkçe güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin toplam Cronbach's Alpha katsayısı 0,89, alt boyut Cronbach's alpha değerleri ise, aile için 0,85, arkadaşlar için 0,88, özel bir insan için 0,92 olarak bildirilmiştir (Eker, Arkar ve Yıldız 2001). Bu çalışmada ölçeğin toplam Cronbach's Alpha katsayısı 0,91 olup, alt boyut Cronbach's alpha değerleri aile için 0,83, arkadaşlar için 0,77, özel bir insan için 0,74 olarak hesaplanmıştır (Tablo 10).

3.6.3. Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği (GEDAÖ)

Yurdakul, Beşen ve Alıcı tarafından (2020) gebelerin algıladıkları eş desteğini belirlemek amacı ile geliştirilen bu ölçek, toplam 16 madde; bilişsel, duygusal ve maddi olmak üzere 3 alt boyuttan oluşan bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 16, en yüksek puan ise 80'dir. Puanların yüksek olması, desteğin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçek geliştirme çalışmasında, ölçeğin toplam Cronbach's Alpha katsayısı 0,92 olup, alt boyut Cronbach's alpha değerleri alt boyut Cronbach's alpha değerleri bilişsel destek için 0,91, duygusal destek için 0,73 ve maddi destek

için 0,68 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin toplam Cronbach's Alpha katsayısı 0,95 olup, alt boyut Cronbach's alpha değerleri bilişsel destek için 0,94, duygusal destek için 0,88 ve maddi destek için 0,87 olarak hesaplanmıştır (Tablo 10)

3.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAŞTIRMANIN YERİ

Veriler toplanmaya başlanmadan önce ölçekler için elektronik mail aracılığı ile izinler alınmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) için ölçeği geliştiren Prof. Dr. Haluk Arkar'dan, Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği (GEDAÖ) için, Doç Dr. Mine Yurdakul'dan ölçek kullanım izni alınmıştır. İzin için yapılan elektronik mail görüntüleri ekte sunulmuştur (Ek 2, Ek 3)

İzinler alındıktan sonra çalışma kriterlerine uyan, çalışmaya katılmaya gönüllü gebelere yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak sorumlu araştırmacı tarafından veri toplama formları sorularak uygulanmıştır. Verilerin toplanması her bir katılımcı için yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

Çalışmanın verilerinin toplandığı yere bakıldığında; Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği triaj odası, NST (Non Stress Testi) odalarıdır. Triaj'a (ilk başvuru) gelen gebelerden primigravid olanlar, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara uygulanmıştır. Araştırmaya katılması için 260 gebe davet edilmiştir. Çalışmaya davet edilenlerden 10 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir, 9 katılımcının ise veri toplama sırasında araştırmadan ayrılmak istemeleri nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. 241 gönüllü katılımcının eksiksiz doldurulmuş verileri ile çalışma tamamlanmıştır.

3.8. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Veri toplamaya başlamadan önce araştırma için Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik kuruldan 71522473-050.01.04-21467-224 karar sayılı ve 30.03.2021 tarihli etik kurul onayı alınmıştır (Ek 1).

Katılımcılara, araştırmanın konusu ve amacı anlatıldıktan sonra formlar tanıtılmıştır ve çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu bildirilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara herhangi bir maddi ödeme yapılmayacağı eğer

isterlerse araştırmadan geri çekilebileceği ve araştırmadan geri çekildiğinde herhangi bir yaptırım olmayacağı anlatılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcıların verdikleri her türlü kişisel bilgilerin gizli tutulacağının ve araştırma ile ilgili bilgi almak istediğinde araştırmacıya ulaşabileceği numaralar paylaşılmıştır. Her katılımcıya çalışmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair gönüllü onam formu imzalatılmıştır. Çalışmada kullanılacak ölçekler için kullanım izinleri mail yolu ile alınmıştır (Ek 2, Ek 3).

3.9.VERİLERİN ANALİZİ

Çalışmadan elde edilen bulgular incelenirken istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılmıştır. Parametrelerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilks testleri ile değerlendirilmiş ve parametrelerin normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir. Çalışma verileri incelenirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, medyan, frekans) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Dunn's test kullanılmıştır. Parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliği için Cronbach's alpha katsayıları hesaplanmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.10. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Pandemi (COVID-19) nedeniyle bazı hastalar anketleri doldurmak istemediklerini dile getirmiş olup çalışmaya dahil edilmemişlerdir.

4. BULGULAR

Çalışma yaşları 18 ile 35 arasında değişmekte olan toplam 241 gebe ile yapılmıştır. Yaş ortalaması $25,59 \pm 4,50$ yıldır. Eşlerinin yaşları 19 ile 41 arasında değişmekte olup, ortalaması $29,01 \pm 4,80$ yıldır.

Tablo 2. Sosyo-demografik özellikler

		N	%
Yaş	≤ 25	125	51,9
	> 25	116	48,1
Eşin Yaşı	< 30	155	64,3
	≥ 30	86	35,7
Evlilik süresi (yıl)	0-2	160	66,4
	3-5	56	23,2
	6-8	23	9,5
	9-11	2	0,8
Yaşanılan yer	İl Merkezi	118	49,0
	İlçe Merkezi	96	39,8
	Köy	27	11,2
Aile tipi	Geniş Aile	32	13,3
	Çekirdek Aile	203	84,2
	Geçici Geniş Aile	6	2,5
Kadının Eğitim düzeyi	İlkokul	24	10,0
	Orta Okul	48	19,9
	Lise	87	36,1
	Ön lisans	16	6,6
	Lisans ve Üzeri	66	27,4
Eşin eğitim düzeyi	İlkokul	12	5,0
	Ortaokul	43	17,8
	Lise	98	40,7
	Ön lisans	12	5
	Lisans ve Üzeri	76	31,5
Kadının Mesleği	Ev Hanımı	159	66,0
	Memur	34	14,1
	İşçi	35	14,5
	Emekli	1	0,4

	Diğer	8	3,3
	Güvenlik	2	0,8
	Avukat	2	0,8
Eşin mesleği	İşsiz	20	8,3
	Memur	48	19,9
	İşçi	130	53,9
	Emekli	1	0,4
	Diğer	15	6,2
	Askeri Personel	3	1,2
	Serbest Meslek	3	1,2
	Esnaf	14	5,8
	Çiftçi	3	1,2
	Muhasebeci	2	0,8
	Mühendis	2	0,8
Gelir durumu	Geliri Giderinden Az	50	20,7
	Geliri Giderine Eşit	169	70,1
	Geliri Giderinden Çok	22	9,1

Gebelerin %51,9'u 25 yaşında ve daha küçük iken, %48,1'i 25 yaş üzerindedir. Kadınların eşlerinin %64,3'ü 30 yaş altında iken, %35,7'si 30 yaş ve üzerindedir. Gebelerin %66,4'ü 0-2 yıllık, %23,2'si 3-5 yıllık, evlidir.

Gebelerin %49'u il merkezinde, %39,8'i ilçe merkezinde ve %11,2'si köyde yaşamaktadır. %84,2'sinin aile tipi çekirdek ailedir.

Gebelerin %36,1'inin lise, %27,4'ünün lisans ve üzeridir. Eşlerin %40,7'si lise, %31,5'i lisans ve üzeri mezunudur.

Gebelerin %66'sı ev hanımı, %14,5'i işçidir. Eşlerinin %53,9'u işçi, %19,9'u memurdur.

Gebelerin %70,1'inin geliri giderine eşit iken, %20,7'sinin geliri giderinden az, %9,1'inin geliri giderinden çoktur.

Tablo 3. Obstetrik verilerin dağılımı

		N	%
Planlı gebelik	Evet	192	79,7
	Hayır	49	20,3
Gebelik haftası	0-13	19	7,9
	14-26	65	27
	27-41	157	65,1
Bebeğin cinsiyeti	Kız	111	46,1
	Erkek	101	41,9
	Kız ve Erkek	4	1,7
	İki Kız	2	0,8
	İki Erkek	3	1,2
	Henüz Bilmiyorum	20	8,3
Gebelik takibi sayısı	1	25	10,4
	2	19	7,9
	3	36	14,9
	4 ve üzeri	143	59,3
	Hiç	18	7,5
Doğum şekilleri ile ilgili bilgi edindiği kaynak	Hayır	75	31,1
	Çevre	82	34,0
	İnternet	49	20,3
	Doktor	11	4,6
	Aile	15	6,2
	Televizyon	1	0,4
	Okul	6	2,5
	Gebe Okulu	2	0,8
Gebelik ve doğum ile ilgili gebelik okulu vb eğitimlere katılma	Online eğitime katılan	30	12,4
	Katılmayan	211	87,6
Gebelik ya da doğumun stres ve anksiyete yaratma durumu	Evet	110	45,6
	Hayır	131	54,4
Doğum tercihi	Normal	155	64,3
	Sezaryen	45	18,7
	Kararsız	41	17,0
Doğum şekli kararını etkileyen kişiler	Kendi	73	30,3
	Eşi	28	11,6
	Anne, Baba, Kardeşler	11	4,6
	Arkadaşlar	25	10,4
	Sağlık Çalışanları	41	17
	İnternet+Sosyal Medya	25	10,4
	Cevapsız	38	15,8

Gebeliklerin %79,7'si planlı gebeliktir. Katılımcıların %65,1'inin gebelik haftası 27-41 hafta arasında iken, %27'sinin 14-26 hafta arasındadır.

Bebeklerin %46,1'i kız, %41,9'u erkektir. Gebelerin %59,3'ü 4 kez gebelik takibine gitmişken, %14,9'u 3 kez gitmiştir.

Gebelerin %31,1'inin doğum şekilleri ile ilgili bilgisi yokken, %34'ünün çevreden, %20,3'ünün internetten bilgi edinmiştir. Gebelerin %87,6'sı gebelik ve doğum ile alakalı gebelik okulu vb eğitimlere katılmamış olup, %12,4'ü online eğitime katıldığını belirtmiştir. Katılımcı kadınların %45,6'sında gebelik veya doğum, stres ve anksiyete yaratmaktadır. %64,3'ü normal doğum yapmayı planlarken, %18,7'si sezaryen doğum yapmayı planlamakta, %17'si ise henüz karar vermemiştir.

Gebelere doğum kararını etkileyen faktörler sorulduğunda %30,3'ü kendim, %17'si sağlık çalışanları, %11,6'sı eşim, %10,4'ü arkadaşlarım, %10,4'ü internet+sosyal medya, %4,6'sı annem-babam-kardeşlerim derken, %15,8'i bu soruyu cevapsız bırakmıştır.

Tablo 4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeklerinin Alt Boyut ve Toplam Puanları

		Minimum	Maximum	Mean	Medyan
ÇBASDÖ	Aile	4	28	22,01±5,85	24
	Arkadaşlar	5	28	22,29±5,32	24
	Özel bir insan	9	28	24,37±4,17	26
	Toplam	23	84	68,67±14,06	72
GEDAÖ	Bilişsel destek	6	30	12,25±6,72	10
	Duygusal destek	5	24	9,08±4,69	7
	Maddi destek	4	25	7,54±3,87	6
	Toplam	16	78	28,87±13,98	24

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı 23 ile 84 arasında değişmekte olup, ortalama puan 68,67±14,06, medyan değer 72'dir.

Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği toplam puanı 16 ile 78 arasında olmakla birlikte, ortalama puan 28,87±13,98, medyan değer 24'tür.

Tablo 5. Sosyo-demografik özelliklerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyut ve toplam puanının değerlendirilmesi

		Aile	Arkadaşlar	Özel bir insan	ÇBASDÖ toplam puan
		Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)
Yaş	≤25	21,02±6,34 (23)	21,36±5,71 (23)	23,91±4,66 (25)	66,3±15,15 (70)
	>25	23,08±5,07 (24,5)	23,28±4,68 (24)	24,86±3,52 (26)	71,22±12,36 (74)
	Z	-2,475	-2,627	-1,204	-2,585
	P	0,013*	0,009*	0,229	0,010*
Eşin Yaşı	<30	21,67±6,24 (23)	22,18±5,54 (24)	24,13±4,49 (25)	67,98±14,9 (72)
	≥30	22,63±5,04 (24)	22,48±4,92 (24)	24,8±3,49 (26)	69,91±12,4 (73)
	Z	-0,597	-0,092	-0,528	-0,472
	P	0,551	0,927	0,598	0,637
Evlilik süresi	0-2	22,05±5,84 (23)	22,39±5,2 (24)	24,51±4,25 (26)	68,96±13,9 (73)
	3-5	22,48±5,62 (24)	22,46±5,24 (24)	24,59±3,89 (26)	69,54±13,75 (73)
	6-8	21,3±5,61 (22)	21,57±6,12 (23)	22,78±4,16 (23)	65,65±15,01 (70)
	9-11	14±14,14 (14)	17±9,9 (17)	25±4,24 (25)	56±28,28 (56)
	KW	2,504	1,441	6,297	2,433
	P	0,475	0,696	0,098	0,488
Yaşadığı yer	İl Merkezi	23,16±5,14 (24,5) ^a	23,11±5,05 (24) ^a	24,81±3,85 (26)	71,08±13,06 (74) ^a
	İlçe Merkezi	21,45±6,25 (23)	21,74±5,48 (23) ^a	24,21±4,27 (25,5)	67,4±14,45 (70)
	Köy	19±6,1 (18) ^b	20,63±5,46 (21) ^b	23,04±4,93 (25)	62,67±15,04 (62) ^b
	KW	12,168	7,334	3,189	9,972
	P	0,002*	0,026*	0,203	0,007*
Aile tipi	Geniş Aile	19,34±5,39 (21) ^b	18,78±5,33 (19) ^b	21,5±5,2 (22,5) ^b	59,63±14,57 (61) ^b
	Çekirdek Aile	22,44±5,75 (24) ^a	22,83±5,07 (24) ^a	24,78±3,84 (26) ^a	70,05±13,39 (73) ^a
	Geçici Geniş Aile	21,67±8,43 (26) ^a	22,67±7,26 (26,5) ^a	25,67±3,14 (26,5) ^a	70±18,18 (79) ^a
	KW	10,566	17,126	15,105	16,268
	P	0,005**	0,001**	0,001**	0,001**
Eğitim düzeyi	İlkokul	20,54±6,08 (22)	21,13±5,79 (22,5)	22,79±5,27 (25)	64,46±15,98 (70)
	Ortaokul	17,54±6,98 (18) ^b	18,65±6,39 (19) ^b	22,48±5,19 (23) ^b	58,67±16,91 (61) ^b
	Lise	22,93±5,22 (24) ^a	23,33±4,58 (24) ^a	24,76±3,66 (26) ^a	71,02±12,25 (73) ^a
	Ön lisans	24,94±3,71 (27) ^a	25,25±3,94 (27,5) ^a	26,63±2,09 (28) ^a	76,81±8,71 (81) ^a
	Lisans ve Üzeri	23,88±4,04 (25,5) ^a	23,26±4,11 (24) ^a	25,26±3,21 (26) ^a	72,39±9,94 (75) ^a
	KW	32,836	27,725	17,803	31,339
	P	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
Eşinin eğitim düzeyi	İlkokul	18,83±7,83 (22,5)	18,75±6,05 (18,5)	22±5,49 (23)	59,58±17,71 (64)
	Ortaokul	20,6±6,36 (22)	20,74±6,46 (22)	22,93±5,13 (24)	64,28±16,64 (67)
	Lise	22,08±5,9 (24)	23,03±4,82 (24)	25,04±3,38 (26)	70,15±12,9 (74)
	Ön lisans	24,08±3,73 (24)	23,17±4,73 (23)	25,5±2,81 (26,5)	72,75±9,65 (71)
	Lisans ve Üzeri	22,89±5,13 (24)	22,62±4,92 (24)	24,51±4,19 (26)	70,03±13,09 (73)

	KW	6,612	7,799	7,789	7,976
	P	0,158	0,099	0,100	0,092
Mesleği	Ev Hanımı	21,3±6,24 (23)	21,76±5,71 (23)	23,96±4,51 (25)	67,03±15,09 (70)
	Memur	23,88±3,92 (24,5)	23,56±3,4 (24)	25,62±3,01 (26,5)	73,06±9,56 (76)
	İşçi	22,8±5,33 (24)	23,26±4,65 (24)	24,83±3,45 (26)	70,89±12,1 (73)
	Diğer	23,69±5,09 (25)	22,77±5,73 (26)	24,85±3,69 (27)	71,31±13,33 (78)
	KW	5,286	2,679	4,012	4,854
	P	0,152	0,444	0,260	0,183
	İşsiz	17,55±8,2 (16,5) ^b	18,3±6,83 (16,5)	20,6±5,64 (20) ^b	56,45±19,51(51) ^b
	Memur	23,69±4,74 (25) ^a	22,88±4,63 (24)	24,9±3,78 (26) ^a	71,46±11,91 (76) ^a
Eşinin mesleği	İşçi	21,76±5,91 (23)	22,62±5,23 (24)	24,52±3,99 (26) ^a	68,9±13,84 (72) ^a
	Diğer	22,98±4,32 (23)	22,49±4,92 (24)	25,07±3,51 (26) ^a	70,53±11,27 (73) ^a
	KW	9,228	7,395	10,029	8,568
	P	0,026*	0,060	0,018*	0,036*
Gelir durumu	Geliri Giderinden Az	19,44±6,83 (20,5) ^b	20,16±6,19 (20,5) ^b	22,16±5,39 (23,5) ^b	61,76±16,96 (61) ^b
	Geliri Giderine Eşit	22,66±5,45 (24) ^a	22,72±5,05 (24) ^a	24,82±3,68 (26) ^a	70,2±12,91 (73) ^a
	Geliri Giderinden Çok	22,91±4,92 (24,5) ^a	23,77±3,9 (24,5) ^a	25,91±2,62 (27) ^a	72,59±10,37 (75) ^a
	KW	8,977	7,707	12,864	10,504
	P	0,011**	0,021**	0,002**	0,005**

Z: Mann Whitney U Test

KW: Kruskal Wallis Test

*p<0,05

**p<0,001

ÇBASDÖ (Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği)

Tablo 5’de gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyut ve toplam puan değerlendirilmesi verilmiştir. Eşin yaşı, evlilik süresi, eşin eğitim düzeyi, mesleği ve ÇBASDÖ toplam puanı ve alt grup puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

25 yaş üstü gebelerin, ‘aile’ ve ‘arkadaşlar’ alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanları 25 yaş ve altı gebelerden istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksektir (p<0,05).

Yaşanan yere göre, aile alt boyut puanı ve ÇBASDÖ toplam puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). İl merkezinde yaşayan gebelerin ‘aile’ alt boyut puanları, köyde yaşayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p<0,05). Diğer yaşanan yerler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Yaşanan yere göre, ‘arkadaşlar’ alt boyut puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Köyde yaşayan gebelerin ‘arkadaşlar’ alt boyut puanları, il merkezi ve ilçe merkezinde yaşayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). İl ve ilçe merkezinde yaşayanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Aile tipine göre, ‘aile’, ‘arkadaşlar’ ve ‘özel bir insan’ alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Geniş ailesi olan gebelerin ‘aile’ alt boyut puanları, çekirdek aile ve geçici geniş ailesi olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Diğer aile tipleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eğitim düzeyine göre, ‘aile’, ‘arkadaşlar’ ve ‘özel bir insan’ alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Ortaokul mezunu olan gebelerin ‘aile’ alt boyut puanları, lise, ön lisans, lisans ve üzeri mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Diğer eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eşin mesleğine göre, ‘aile’ alt boyut puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Eşi işsiz olan gebelerin ‘aile’ alt boyut puanları, memur olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer meslekler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eşin mesleğine göre, ‘özel bir insan’ alt boyut puanı ve ÇBASDÖ toplam puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Eşi işsiz olan gebelerin ‘özel bir insan’ alt boyut puanı, memur, işçi ve diğer meslek gruplarında olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Diğer meslekler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Gelir durumuna göre, ‘aile’, ‘arkadaşlar’ ve ‘özel bir insan’ alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Geliri giderinden az olan gebelerin ‘aile’ alt boyut

puanları, geliri giderine eşit ve geliri giderinden çok olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Diğer gelir düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 6. Sosyo-demografik Özelliklere Göre Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği alt boyut ve toplam puanının değerlendirilmesi

		Bilişsel Destek	Duygusal Destek	Maddi Destek	GEDAÖ Toplam Puan
		Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)
Yaş	≤25	12,6±7,17 (9)	9,43±4,91 (8)	7,68±3,86 (6)	29,71±14,51 (24)
	>25	11,87±6,19 (10)	8,7±4,42 (7)	7,39±3,9 (6)	27,96±13,4 (24)
	Z	-0,343	-0,927	-0,656	-0,807
	P	0,732	0,354	0,512	0,420
Eşin Yaşı	<30	12,52±6,97 (10)	9,41±4,88 (8)	7,79±4,05 (6)	29,72±14,46 (25)
	≥30	11,77±6,24 (9,5)	8,48±4,28 (7)	7,09±3,5 (6)	27,34±13,02 (23)
	Z	-0,477	-1,208	-1,330	-1,224
	P	0,633	0,227	0,183	0,221
Evlilik süresi	0-2	12,64±7,06 (10)	9,33±4,95 (7,5)	7,79±4,18 (6)	29,75±14,77 (25)
	3-5	10,57±5,31 (9)	7,91±3,51 (7)	6,46±2,55 (5)	24,95±10,08 (22)
	6-8	13,39±6,93 (13)	10,17±5,12 (9)	8,39±4,1 (7)	31,96±15,38 (26)
	9-11	15±8,49 (15)	9,5±3,54 (9,5)	8±2,83 (8)	32,5±14,85 (32,5)
	KW	4,327	3,606	6,615	5,159
	P	0,228	0,307	0,085	0,161
Yaşadığı yer	İl Merkezi	11,31±6,11 (9) ^b	8,64±4,41 (7) ^b	7,06±3,38 (5,5) ^b	27,01±12,5 (23) ^b
	İlçe Merkezi	11,92±6,07 (10) ^b	8,52±3,93 (7) ^b	7,4±3,54 (6)	27,83±12,13 (24,5) ^b
	Köy	17,52±8,98 (20) ^a	13±6,39 (13) ^a	10,15±5,76 (8) ^a	40,67±19,99 (39) ^a
	KW	9,054	11,506	8,490	9,924
	P	0,011*	0,003*	0,014*	0,007*
Aile tipi	Geniş Aile	17,69±8,24 (19,5) ^a	12,81±5,86 (12,5) ^a	10,22±5,37 (8,5) ^a	40,72±17,91 (39,5) ^a
	Çekirdek Aile	11,44±6,06 (9) ^b	8,5±4,23 (7) ^b	7,12±3,46 (6) ^b	27,06±12,44 (23) ^b
	Geçici Geniş Aile	10,5±6,38 (8)	8,83±4,17 (7,5)	7,33±2,07 (7,5)	26,67±10,63 (23,5)
	KW	15,445	17,694	13,490	19,109
	P	0,001**	0,001**	0,001*	0,001**
Eğitim düzeyi	İlkokul	16,79±8,15 (17,5) ^a	11,63±5,71 (9) ^a	10,08±5,27 (8) ^a	38,5±17,42 (36) ^a
	Orta Okul	14,29±7,26 (13) ^a	10,69±5,21 (10) ^a	8,31±4,1 (7) ^a	33,29±14,97 (29) ^a
	Lise	11,51±6,5 (9) ^b	9,07±4,75 (7)	7,37±4,1 (6) ^b	27,94±14,32 (22) ^b
	Ön lisans	11,69±4,27 (12,5) ^b	7,63±2,13 (8)	6,38±1,82 (5,5) ^b	25,69±6,01 (27)
	Lisans Ve Üzeri	10,23±5,4 (8,5) ^b	7,35±3,34 (6,5) ^b	6,56±2,49 (6) ^b	24,14±9,88 (21) ^b
	KW	18,545	21,295	13,481	22,585
	P	0,001**	0,001**	0,009*	0,001**
Eşinin eğitim	İlkokul	12,75±7,5 (9,5)	10,58±5,93 (8,5)	9,75±5,56 (7,5) ^a	33,08±18,08 (25,5)

düzeyi	Ortaokul	13,53±7,86 (11)	9,67±5,5 (7)	8,37±4,59 (7)	31,58±17,15 (25)
	Lise	12,56±6,82 (10)	9,63±4,66 (8)	7,83±3,99 (6)	30,02±13,91 (26)
	Ön lisans	11,58±4,29 (12,5)	7,83±2,89 (7,5)	6,08±2,11 (5) ^b	25,5±6,65 (25)
	Lisans ve Üzeri	11,14±6,01 (9)	7,99±4,05 (7)	6,58±2,81 (5,5) ^b	25,71±11,64 (21)
	KW	2,637	9,423	11,974	6,952
	P	0,620	0,054	0,018*	0,138
Mesleği	Ev Hanımı	12,81±7,05 (10)	9,55±4,92 (8)	7,89±4,19 (6)	30,25±14,84 (26)
	Memur	10,79±5,45 (9)	8,06±4,26 (7)	7,32±3,77 (6)	26,18±12,54 (21)
	İşçi	11,06±5,43 (9)	8,26±3,94 (7)	6,66±2,6 (6)	25,97±10,84 (23)
	Diğer	12,46±8,28 (8)	8,23±4,27 (6)	6,15±2,23 (5)	26,85±13,08 (21)
	KW	2,198	4,308	3,707	3,978
	P	0,532	0,230	0,295	0,264
Eşinin mesleği	İşsiz	18,65±8 (21) ^a	12,8±6,45 (13,5) ^a	11,65±5,61(11,5) ^a	43,1±18,89 (46,5) ^a
	Memur	10,9±5,81 (9) ^b	8,02±4,05 (6,5) ^b	6,63±2,84 (6) ^b	25,54±11,39 (21,5) ^b
	İşçi	12±6,62 (9) ^b	9,26±4,62 (8) ^b	7,35±3,6 (6) ^b	28,61±13,51 (25) ^b
	Diğer	11,53±5,85 (10) ^b	7,98±3,67 (7) ^b	7,23±3,67 (6) ^b	26,74±11,66 (24) ^b
	KW	15,488	10,071	13,956	14,647
	P	0,001*	0,018*	0,003*	0,002*
Gelir durumu	Geliri Giderinden Az	14,54±8,41 (11)	10,8±6,05 (7,5)	9,02±5,16 (6,5)	34,36±18,75 (24,5)
	Geliri Giderine Eşit	11,83±6,17 (10)	8,75±4,29 (7)	7,25±3,51 (6)	27,83±12,46 (25)
	Geliri Giderinden Çok	10,27±5,26 (8,5)	7,68±2,93 (7)	6,41±1,94 (5,5)	24,36±8,36 (21,5)
	KW	3,994	3,401	3,558	3,444
	P	0,136	0,183	0,169	0,179

Z: Mann Whitney U Test

KW:Kruskal Wallis Test

* $p<0,05$

** $p<0,001$

GEDAÖ (Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği)

Tablo 6’da gebelerin sosyo-demografik özelliklere göre Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği alt boyut ve toplam puanları verilmiştir. Yaş, eşin yaşı, evlilik süresi, mesleği, gelir durumu ve GEDAÖ toplam puanı ve alt grup puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Yaşanan yere göre ‘bilişsel destek’ ve ‘duygusal destek’ alt boyut puanları ve GEDAÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Köyde yaşayan gebelerin ‘bilişsel destek’, ‘duygusal destek’ alt grup puanları ve GEDAÖ toplam puanları bakımından il merkezi ve ilçe merkezinde yaşayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). İl ve ilçe merkezinde yaşayanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Yaşanan yere göre ‘maddi destek’ alt boyut puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Köyde yaşayan gebelerin ‘maddi destek’ alt boyut puanları, il merkezinde yaşayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Diğer yerlerde yaşayanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Aile tipine göre ‘bilişsel destek’, ‘duygusal destek’ ve ‘maddi destek’ alt boyut puanları ve GEDAÖ toplam puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Geniş ailesi olan gebelerin ‘bilişsel destek’ alt grup puanları, çekirdek ailesi olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Diğer aile tipleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eğitim düzeyine göre ‘bilişsel destek’ alt boyut puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Lisans ve üzeri mezunu olan gebelerin ‘bilişsel destek’ alt boyut puanları, ilkokul ve ortaokul mezunu olan gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Lise mezunu gebelerin ‘bilişsel destek’ alt boyut puanları, ilkokul mezunu olan gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Diğer eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eğitim düzeyine göre ‘duygusal destek’ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Lisans ve üzeri mezunu gebelerin ‘duygusal destek’ alt boyut puanları, ilkokul ve ortaokul mezunu olan gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Diğer eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eğitim düzeyine göre ‘maddi destek’ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Lisans ve üzeri mezunu gebelerin ‘maddi destek’ alt boyut puanları, ilkokul ve ortaokul mezunu olan gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Ön lisans mezunu gebelerin ‘maddi destek’ alt boyut puanları, ilkokul ve ortaokul mezunu olan gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Lise mezunu gebelerin ‘maddi destek’ alt boyut puanları, ilkokul ve ortaokul mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Diğer eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eğitim düzeyine göre GEDAÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Lisans ve üzeri mezunu gebelerin GEDAÖ toplam puanları, ilkokul ve ortaokul mezunu olan gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Lise mezunu gebelerin GEDAÖ toplam puanları, ilkokul ve ortaokul mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Diğer eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eşin eğitim düzeyine göre ‘maddi destek’ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Eşi ilkokul mezunu olan gebelerin ‘maddi destek’ alt boyut puanları, ön lisans ve lisans ve üzeri mezunu olan gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Diğer eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eşin mesleğine göre ‘bilişsel destek’ alt boyut puanları, ‘duygusal destek’, ‘maddi destek’ ve GEDAÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Eşi işsiz olan gebelerin bilişsel destek puanları, memur, işçi ve diğer mesleklerde olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Diğer meslekler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 7’de obstetrik verilere göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyut ve toplam puanları verilmiştir. Gebelik haftası, bebeğin cinsiyeti, gebelik ve doğum ile ilgili eğitime katılma durumu ile ÇBASDÖ toplam puanı ve alt grup ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Planlı gebelik olanların, ‘aile’, ‘arkadaşlar’ ve ‘özel bir insan’ alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanları planlı gebelik olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 7. Obstetrik verilere göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyut ve toplam puanının değerlendirilmesi

		Aile	Arkadaşlar	Özel bir insan	ÇBASDÖ toplam
		Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)
Planlı gebelik	Evet	22,56±5,69 (24)	22,91±5,21 (24)	24,78±3,98 (26)	70,24±13,68 (73,5)
	Hayır	19,88±6,04 (21)	19,86±5,09 (20)	22,78±4,54 (23)	62,51±14 (63)
	Z	-3,027	-3,928	-3,210	-3,685
	P	0,002*	0,001*	0,001*	0,001*
Gebelik haftası	0-13	22,11±5,49 (24)	22,37±3,82 (24)	24,79±3,43 (25)	69,26±11,57 (72)
	14-26	21,68±5,86 (23)	22,08±5,12 (24)	23,63±4,24 (25)	67,38±14,38 (72)
	27-41	22,14±5,91 (24)	22,36±5,57 (24)	24,62±4,2 (26)	69,13±14,25 (73)
	KW	0,542	0,866	4,053	0,851
	P	0,762	0,649	0,132	0,654
Bebğin cinsiyeti	Kız	22,05±5,52 (23)	22,3±5,26 (24)	24,27±4,2 (26)	68,62±13,47 (72)
	Erkek	21,65±6,5 (24)	21,96±5,79 (24)	24,26±4,41 (26)	67,87±15,65 (73)
	İkiz	22,67±4,72 (22)	24,22±3,87 (25)	26±2,18 (26)	72,89±8,59 (70)
	Henüz bilmiyorum	23,3±4,59 (24,5)	23±3,42 (24)	24,75±3,43 (25,5)	71,05±10,48 (72,5)
	KW	0,426	1,069	1,344	0,618
	P	0,935	0,785	0,719	0,892
Gebelik takibi sayısı	1	22,92±5,45 (24)	23,04±4,12 (24)	24,4±4,29 (26) ^a	70,36±13 (72)
	2	18,74±6,76 (18) ^b	19,37±5,8 (20) ^b	21,11±5,37 (22) ^b	59,21±16,54 (60) ^b
	3	21,61±5,74 (23) ^b	22,08±4,74 (23,5) ^b	24,11±3,89 (25)	67,81±13,35 (72) ^b
	4 ve üzeri	22,02±5,83 (24) ^b	22,2±5,63 (24) ^b	24,67±4,02 (26) ^a	68,9±14,07 (73) ^b
	Hiç	24,94±4,21 (26,5) ^a	25,39±2,97 (26) ^a	25,89±2,74 (27) ^a	76,22±8,78 (78) ^a
	KW	11,108	12,437	12,671	13,303
	P	0,025*	0,014*	0,013*	0,010*
Doğum şekilleri ile ilgili bilgi durumu	Çevreden	23,56±4,84 (25) ^a	23,95±4,36 (25) ^a	25,51±2,94 (27) ^a	73,02±10,8 (75) ^a
	Bilgisi yok	19,77±7,3 (21) ^b	20,24±6,46 (22) ^b	22,67±5,38 (25) ^b	62,68±17,87 (66) ^b
	İnternet /televizyon Doktor	21,98±4,62 (22,5)	22,1±4,37 (23,5)	24,28±3,62 (25)	68,36±10,8 (70)
	Ailemden	22,73±3,47 (22)	22,91±4,37 (24)	26,18±1,99 (27) ^a	71,82±7,82 (74)
	Okulda/gebe okulu	22,4±5,74 (23)	21,93±5,22 (23)	24,47±3,8 (26)	68,8±14,16 (73)
	Okulda/gebe okulu	25,63±2,77 (26,5) ^a	25,38±2,26 (25,5) ^a	26,5±2,51 (28) ^a	77,5±5,98 (78,5) ^a
	KW	14,687	18,828	17,351	19,120
	P	0,012*	0,002*	0,004*	0,002*
Gebelik ile ve doğum ile ilgili eğitimlere katılma	Evet	23,4±4,1 (24)	23,57±3,67 (24)	25,57±2,66 (26)	72,53±8,89 (73,5)
	Hayır	21,82±6,04 (23)	22,1±5,5 (24)	24,2±4,32 (26)	68,12±14,58 (72)
	Z	-0,835	-0,873	-1,339	-1,027
	P	0,404	0,383	0,181	0,304
Gebelik ya da doğumun	Evet	20,7±6,42 (22)	20,84±5,72 (22)	23,41±4,53 (25)	64,95±15,26 (67,5)
	Hayır	23,11±5,08 (25)	23,5±4,64 (25)	25,18±3,67 (26)	71,79±12,17 (74)

stres ve anksiyete yaratma durumu	Z	-2,797	-3,755	-3,316	-3,551
	P	0,005*	0,001*	0,001*	0,001*
Doğum tercihi	Normal	23,05±5,27 (25) ^a	23,19±4,71 (24) ^a	25,08±3,67 (26) ^a	71,32±12,28 (74) ^a
	Sezaryen	19,18±5,78 (19) ^b	20,07±5,95 (20) ^b	22,71±4,96 (24) ^b	61,96±15,43 (61) ^b
	Kararsızım	21,22±6,91 (23)	21,29±5,98 (23)	23,49±4,43 (25)	66±16,1 (72)
	KW	15,932	10,376	11,714	14,808
	P	0,001*	0,006*	0,003*	0,001*
Doğum şekli kararını etkileyenler	Kendi	22,81±5,24 (24)	23,07±4,89 (24)	24,97±4,13 (26)	70,85±12,82 (73)
	Eşi	20,68±7,24 (23)	20,54±6,16 (22) ^b	23,18±5,23 (24,5)	64,39±16,85 (66,5) ^b
	Anne -baba kardeşleri	22,27±3,95 (22)	21±3,66 (21) ^b	25,18±1,89 (25)	68,45±6,77 (66)
	Arkadaşlar	23,36±5,07 (24)	24,16±4,62 (25) ^a	25,56±3,01 (26)	73,08±12,07 (75) ^a
	Sağlık çalışanları	22,41±5,19 (23)	23,44±4,69 (24)	24,93±3,44 (26)	70,78±12,16 (73)
	İnternet+sosyal medya	19,92±6,01 (20)	20,24±5,86 (20) ^b	22,4±4,74 (22)	62,56±15,72 (61) ^b
	KW	6,753	13,659	9,609	12,071
	P	0,240	0,018*	0,087	0,034*
Z: Mann Whitney U Test		KW:Kruskal Wallis Test		*p<0,05	**p<0,001

ÇBASDÖ (Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği)

Gebelik takibi sayılarına göre ‘aile’ ve ‘arkadaşlar’ alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Hiç gebelik takibine gitmeyenlerin aile, arkadaş ve ÇBASDÖ toplam puanları, iki defa giden, üç defa giden ve dört defa gidenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Diğer takip sayıları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Gebelik takip sayılarına göre, ‘özel bir insan’ alt boyut puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İki defa gebelik takibine gidenlerin ‘özel bir insan’ alt boyut puanları, hiç gitmeyen, bir defa giden ve dört defa gidenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Diğer takip sayıları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Doğum şekilleri ile ilgili bilgi durumları arasında ‘aile’ ve ‘arkadaşlar’ alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bilgisi olmayan gebelerin ‘aile’ alt boyut puanları, çevreden bilgi edinen ve okuldan bilgi edinenlerden istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Diğer bilgi kaynakları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Doğum şekilleri ile ilgili bilgi durumları arasında ‘özel bir insan’ alt boyut puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bilgisi olmayan gebelerin ‘özel bir insan’ alt boyut puanı, çevreden bilgi edinen, doktordan ve okuldan bilgi edinenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer bilgi kaynakları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Gebelik ya da doğumun stres ve anksiyeteye sebep olduğu gebelerin ‘aile’, ‘arkadaşlar’ ve ‘özel bir insan’ alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanları olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$).

Doğum tercihleri arasında ‘aile’ alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sezaryen doğum planlayan gebelerin ‘aile’, ‘arkadaşlar’ ve ‘özel bir insan’ alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanları normal doğum planlayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Diğer doğum tercihleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Doğum şekli kararını etkileyenler arasında ‘arkadaşlar’ alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Doğum şekli kararını arkadaşlarının etkilediğini söyleyen gebelerin ‘arkadaşlar’ alt boyut puanları, eşim, annem-babam-kardeşlerim ve internet+sosyal medya diyenlerden anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Diğer doğum şekli kararını etkileyenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Doğum şekli kararını etkileyenler arasında ÇBASDÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Doğum şekli kararını arkadaşlarının etkilediğini söyleyen gebelerin ÇBASDÖ toplam puanları, eşim, internet+sosyal medya diyenlerden anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Diğer doğum şekli kararını etkileyenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 8. Obstetrik özelliklere göre Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği alt boyut ve toplam puanının değerlendirilmesi

		Bilişsel Destek	Duygusal Destek	Maddi Destek	GEDAÖ Toplam
		Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)
Planlı gebelik	Evet	11,34±5,96 (9)	8,53±4,22 (7)	7,07±3,39 (6)	26,93±12,22 (23)
	Hayır	15,82±8,23 (16)	11,24±5,76 (10)	9,39±4,99 (8)	36,45±17,59 (32)
	Z	-3,241	-2,850	-3,409	-3,440
	P	0,001*	0,004*	0,001*	0,001*
Gebelik haftası	0-13	13,95±6,64 (13) ^a	10,26±5,29 (8)	9,05±5,28 (6)	33,26±15,75 (28)
	14-26	14,02±7,67 (11) ^b	10,06±5,21 (8)	7,6±4,08 (6)	31,68±15,74 (27)
	27-41	11,31±6,14 (9) ^b	8,53±4,31 (7)	7,33±3,57 (6)	27,17±12,73 (24)
	KW	7,059	4,681	2,076	5,136
	P	0,029*	0,096	0,354	0,077
Bebeğin cinsiyeti	Kız	12,04±6,31 (10)	8,7±4,31 (7)	7,24±3,33 (6)	27,98±12,57 (25)
	Erkek	12,36±7,05 (9)	9,46±4,92 (8)	7,68±4,02 (6)	29,5±14,85 (24)
	İkiz	10,56±7,94 (7)	6,67±2,06 (6)	5,33±0,5 (5)	22,56±10,04 (19)
	Henüz bilmiyorum	13,65±6,86 (13)	10,35±5,9 (8)	9,45±5,77 (6)	33,45±17,44 (27)
	KW	2,261	3,688	5,944	3,511
	P	0,520	0,297	0,114	0,319
Gebelik takibi sayısı	1	13,24±6,65 (13) ^a	10,16±5,23 (8) ^a	8,92±4,88 (7)	32,32±15,97 (26) ^a
	2	17,53±7,69 (19) ^a	12,79±4,77 (14) ^a	9,42±3,73 (9) ^a	39,74±14,31 (43) ^a
	3	13,5±6,81 (11,5) ^a	10,36±5,17 (8,5) ^a	7,92±4,44 (6) ^b	31,78±14,94 (27,5) ^a
	4 ve üzeri	11,52±6,47 (9) ^{***}	8,38±4,33 (7) ^{***}	7,13±3,61 (6) ^b	27,03±13,08 (23) ^{***}
	Hiç	8,61±3,53 (7,5) ^b	6,67±2,2 (5,5) ^b	6,11±1,78 (5,5) ^b	21,39±6,34 (20) ^b
	KW	18,130	24,584	15,188	23,295
	P	0,001*	0,001*	0,004*	0,001*
Doğum şekilleri ile ilgili bilgi durumu	Çevreden	11,12±5,44 (9) ^b	7,84±3,2 (7) ^b	6,55±2,43 (5)	25,51±9,35 (23,5) ^b
	Bilgisi yok	14,48±7,85 (13) ^a	10,83±5,55 (9) ^a	8,71±5 (6)	34,01±17,14 (28) ^a
	İnternet /televizyon	11,46±6,41 (9) ^b	8,84±4,52 (7) ^b	7,44±3,49 (6)	27,74±13,4 (23,5) ^b
	Doktor	10,18±5,19 (7)	6,45±1,92 (6) ^b	6,73±2,24 (6)	23,36±8,29 (20) ^b
	Ailemden	13,93±7,48 (12) ⁺⁺	11,4±6,09 (10) ^a	8,6±5,14 (7)	33,93±17,08 (29) ^a
	Okulda/gebe okulu	7,5±2,14 (6,5) ^b	6,13±1,64 (5) ^b	6,5±2,51 (5)	20,13±5,64 (18,5) ^b
	KW	13,567	20,919	10,621	16,141
	P	0,019*	0,001*	0,059	0,006*
Gebelik ile ve doğum ile ilgili eğitimlere katılma	Evet	11,33±4,94 (10)	7,8±2,87 (7)	6,5±2,26 (6)	25,63±8,09 (24,5)
	Hayır	12,38±6,93 (10)	9,26±4,87 (7)	7,69±4,03 (6)	29,33±14,59 (24)
	Z	-0,218	-0,776	-1,159	-0,328
	P	0,828	0,438	0,246	0,743
Gebelik ya da doğumun stres ve anksiyete yaratma durumu	Evet	13,66±7,64 (11)	10,03±5,36 (8)	8,36±4,43 (7)	32,05±16,22 (27)
	Hayır	11,06±5,59 (9)	8,28±3,88 (7)	6,85±3,19 (5)	26,19±11,16 (23)
	Z	-2,085	-2,315	-3,190	-2,404
	P	0,037*	0,021*	0,001*	0,016*

Doğum tercihi	Normal	11,03±5,75 (9) ^b	8,33±4,06 (7) ^b	7,05±3,44 (6)	26,41±11,62 (23) ^b
	Sezaryen	15±8 (14) ^a	10,89±5,63 (10) ^a	8,62±4,45 (7)	34,51±16,91 (30) ^a
	Kararsız	13,85±7,49 (12)	9,93±5,17 (8)	8,2±4,49 (6)	31,98±16,41 (26)
	KW	9,280	6,970	5,663	6,904
	P	0,010*	0,031*	0,059	0,032*
Doğum şekli kararını etkileyenler	Kendi	11,55±5,71 (10)	8,32±4,37 (7)	7,12±3,75 (6)	26,99±12,38 (24)
	Eşi	12,36±7,95 (8)	9,93±5,43 (7)	8,39±4,73 (6)	30,68±16,28 (23)
	Anne -baba kardeşler	10,18±4,87 (8)	7,82±2,64 (7)	6,27±1,9 (5)	24,27±7,13 (22)
	Arkadaşlar	12,56±7,54 (10)	10,24±5,4 (8)	7,64±4,6 (6)	30,44±16,76 (23)
	Sağlık çalışanları	11,49±6 (9)	8,2±3,89 (7)	7,1±2,9 (6)	26,78±11,25 (24)
	İnternet+sosyal medya	13,96±7,86 (10)	10,08±4,76 (9)	8,12±3,48 (7)	32,16±14,96 (28)
	KW	1,875	6,485	5,681	2,966
	P	0,866	0,262	0,338	0,705

Z: Mann Whitney U Test

KW: Kruskal Wallis Test

*p<0,05

**p<0,001

*** sadece 2 defa gebelik takibi yaptıranlardan anlamlı olarak farklı (daha düşük puan) bulunmuştur

++ Sadece okuldan bilgi edinenlerden anlamlı olarak farklı (daha yüksek puan) bulunmuştur

GEDAÖ (Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği)

Gebeliği planlı olan kadınların ‘bilişsel destek’, ‘duygusal destek’ ve ‘maddi destek’ alt boyut puanları ve GEDAÖ toplam puanları gebeliği planlı olmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür (p<0,05).

Gebelik haftaları arasında ‘bilişsel destek’ alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Gebelik haftası 14-26 olan gebelerin ‘bilişsel destek’ alt boyut puanları, 27-41 haftalık olan gebelerden anlamlı düzeyde yüksektir (p<0,05). Diğer gebelik haftaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Gebelik takibi sayıları arasında ‘bilişsel destek’ alt boyut puanları, ‘duygusal destek’ alt boyut puanları ve GEDAÖ toplam puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Hiç gebelik takibine gitmeyenlerin ‘bilişsel destek’ alt boyut puanları, 1 kez giden, 2 kez giden, 3 kez giden gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür (p<0,05). Gebelik takibine 4 kez giden gebelerin ‘bilişsel destek’ alt boyut puanları, 2 kez giden, gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür (p<0,05). Diğer takip sayıları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Gebelik takibi sayıları arasında ‘maddi destek’ alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Gebelik takibine 2 kez giden gebelerin ‘maddi destek’ alt boyut puanları, 3 kez giden, 4 kez giden ve hiç gitmeyen gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Diğer takip sayıları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Doğum şekilleri ile ilgili bilgi durumları arasında ‘bilişsel destek’ alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bilgisi olmayan gebelerin ‘bilişsel destek’ alt boyut puanları, çevreden bilgi edinen, internetten ve okuldan bilgi edinenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Ailesinden bilgi edinen gebelerin ‘bilişsel destek’ alt boyut puanları, okuldan bilgi edinenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Diğer bilgi kaynakları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Doğum şekilleri ile ilgili bilgi durumları arasında ‘duygusal destek’ alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bilgisi olmayan gebelerin ‘duygusal destek’ alt boyut puanları, çevreden bilgi edinen, internetten, doktordan ve okuldan bilgi edinenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Ailesinden bilgi edinen gebelerin ‘duygusal destek’ alt boyut puanları, çevreden bilgi edinen, doktordan ve okuldan bilgi edinenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Diğer bilgi kaynakları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Doğum şekilleri ile ilgili bilgi durumları arasında GEDAÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bilgisi olmayan gebelerin ‘duygusal destek’ alt boyut puanları, çevreden bilgi edinen, internetten, doktordan ve okuldan bilgi edinenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Ailesinden bilgi edinen gebelerin GEDAÖ toplam puanları, doktordan ve okuldan bilgi edinenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Diğer bilgi kaynakları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Gebelik ile ve doğum ile ilgili eğitimlere katılan ve katılmayan gebeler arasında ‘bilişsel destek’, ‘duygusal destek’ ve ‘maddi destek’ ve GEDAÖ toplam puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Gebelik ya da doğumun stres ve anksiyeteye sebep olduğu gebelerin ‘bilişsel destek’, ‘duygusal destek’, ve ‘maddi destek’ alt boyut puanları ve GEDAÖ toplam puanları olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Doğum tercihleri arasında ‘bilişsel destek’ alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sezaryen doğum planlayan gebelerin ‘bilişsel destek’ boyut alt puanları, normal doğum planlayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Diğer doğum tercihleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Doğum tercihleri arasında ‘duygusal destek’ alt boyut puanları ve GEDAÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sezaryen doğum planlayan gebelerin ‘duygusal destek’ alt boyut puanları, normal doğum planlayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Diğer doğum tercihleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeklerinin Alt Boyut ve Toplam Puanlarının korelasyonu

		Aile	Arkadaşlar	Özel bir insan	ÇBASDÖ toplam
Bilişsel destek	r	-0,358	-0,333	-0,432	-0,401
	p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
Duygusal destek	r	-0,378	-0,371	-0,481	-0,430
	p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
Maddi destek	r	-0,314	-0,395	-0,442	-0,400
	p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
GEDAÖ toplam	r	-0,384	-0,388	-0,491	-0,447
	p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**

Spearman's rho korelasyon testi

** $p<0,05$*

*** $p<0,001$*

‘Aile’ alt boyut puanı ile ‘bilişsel destek’, ‘duygusal destek’ ve ‘maddi destek alt boyut puanı ve GEDAÖ toplam puanı arasında negatif yönlü, orta düzeyli ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

‘Arkadaşlar’ alt boyut puanı ile ‘bilişsel destek’, ‘duygusal destek’ ve ‘maddi destek’ alt boyut puanı ve GEDAÖ toplam puanı arasında negatif yönlü, orta düzeyli ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

‘Özel bir insan’ alt boyut puanı ile ‘bilişsel destek’, ‘duygusal destek’ ve ‘maddi destek’ alt boyut puanı ve GEDAÖ toplam puanı arasında negatif yönlü, orta düzeyli ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

ÇBASDÖ alt boyut puanı ile ‘bilişsel destek’, ‘duygusal destek’ ve ‘maddi destek’ alt boyut puanı ve GEDAÖ toplam puanı arasında negatif yönlü, orta düzeyli ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 10. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeklerinin Alt Boyut ve Toplam Puanları ve Cronbach’s Alpha değerleri

					Cronbach’s	
		Minimum	Maximum	Mean	Medyan	Alpha
ÇBASDÖ	Aile	4	28	22,01±5,85	24	0,83
	Arkadaşlar	5	28	22,29±5,32	24	0,77
	Özel bir insan	9	28	24,37±4,17	26	0,74
	Toplam	23	84	68,67±14,06	72	0,91
GEDAÖ	Bilişsel destek	6	30	12,25±6,72	10	0,94
	Duygusal destek	5	24	9,08±4,69	7	0,88
	Maddi destek	4	25	7,54±3,87	6	0,87
	Toplam	16	78	28,87±13,98	24	0,95

Çok boyutlu algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı 23 ile 84 arasında değişmekte olup, ortalama puan 68,67±14,06 medyan değer 72’dir. Ölçeğin toplam

Cronbachs's Alpha katsayısı 0,91 olup, alt boyut Cronbach's alpha değerleri 0,74 ile 0,83 arasında değişmektedir.

Gebelikte Eş Desteği Algısı Ölçeği toplam puanı 16 ile 78 arasında değişmekte olup, ortalama puan $28,87 \pm 13,98$ medyan değer 24'tür. Ölçeğin toplam Cronbachs's Alpha katsayısı 0,95 olup, alt boyut Cronbach's alpha değerleri 0,87 ile 0,94 arasında değişmektedir.



5.TARTIŞMA

Bu bölümde çalışma sonucunda elde edilen bulgular literatür ile karşılaştırılıp yorumlanmıştır. Çalışma kapsamındaki katılımcıların %48,1'i 25 yaşından büyüktür. TNSA 2018 verilerine bakıldığında 25-49 yaş grubunda ki kadınlar için ilk doğumda ortalama anne yaşı 23,3 tür. TNSA 2018 verilerine göre en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş aralığı olduğu belirtilmiştir (TNSA,2019). TNSA 2018 raporuna bakıldığında kadınların %78,2'i kentsel alanlarda yaşamaktadır. Çalışmamızda TNSA raporuna benzer şekilde %88,8'i kentsel alanda yaşamaktadır. Çalışmamızda ki katılımcıların %70,1'i lise ve üzeri mezunu olup TNSA 2018 raporunda bu oran %41,3 dir. TNSA 2018 raporuna göre ilk gebeliğin planlı olma durumu %75 iken bu oran çalışmamızda %79,7 'dir. Temizkan ve Mete (2020)'nın yaptığı çalışmada katılımcıların %76,47' si vajinal doğumu tercih etmiştir, çalışmamızda da bu çalışmaya benzer şekilde vajinal doğumu tercih edenlerin oranı %64,3' tür.

5.1. GEBELERİN SOSYAL DESTEK VE EŞ DESTEĞİ ALGILARININ İNCELENMESİ

Çalışmamızda gebelerin ÇBASDÖ'den aldıkları puanın ($68,67 \pm 14,06$) ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Benzer şekilde, literatürde ÇBASDÖ destek puanlarının ortalamanın üzerinde olduğu birçok çalışmaya rastlanmıştır (Yaşar ve Alp Dal 2022, Metin Ayhan 2022, Turan ve ark. 2020, Kanığ ve Eroğlu 2020, Toptaş ve ark. 2019, Akben 2019, Buldum 2018, Bäckström et al. 2018, Metin ve Pasinlioğlu 2016).

Bu çalışmada ÇBASDÖ alt boyut puanlarına bakıldığında 'özel bir insan' sosyal destek algısı puanı diğer alt boyut puanlarından yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde 'özel bir insan' ölçek alt boyut puanlaması yüksek olan çalışmalar bulunmaktadır (Aydın 2021, Akben 2019, Yanık ve Özcanarslan 2019, Duru 2014, Metin 2014).

Çalışmamızda GEDAÖ ortalama puanı $28,87 \pm 13,98$ 'dir, puan ortalamanın altındadır (Tablo 4). Çalışmamızdan farklı olarak Yüksekakal ve Yurdakul (2021) ($68,99 \pm 10,8$) ve Yanılmaz (2021)'in çalışmasında ($63,62 \pm 9,85$) eş desteği toplam puan ortalaması ortalamanın üzerinde hesaplanmıştır. Ayrıca, Özbek (2021)'in çalışmasında Gebelerin

Eş Destek Ölçeği puanı ortalamaya yakın ($57,69 \pm 9,21$) olarak bulunmuştur. Yüksekakal ve Yurdakul (2021)'un çalışmasında eş yaş ortalamasının ve eğitim seviyesinin yüksek olması, çiftlerin yarısından fazlasının beş yıldan uzun süredir evli olması eş desteği toplam puanının ortalamasının üstünde olmasını etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca çalışma grubunu Mersin merkez ilçelerine bağlı bölgelerin oluşturması da bölgesel ve kültürel açıdan gebelik dönemine ve gebe olan eşe yaklaşımda farklılıklara sebep olmaktadır. Yanılmaz (2021)'in çalışmasında çalışmaya katılım sağlayan gebelerin yarısından fazlası üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip iken bizim çalışmamızda bu oran %27,4 'tür. Yine bizim çalışmamız ile Yanılmazın çalışması karşılaştırıldığında Yanılmazın çalışmasına katılan gebelerin hepsi 36 hafta ve üzeri gebelik haftasındadır. Doğumun yaklaşmasına bağlı doğumdan korkma ve fizyolojik değişimler (uykusuzluk, nefes darlığı, sık idrar çıkışı, fetal pozisyonlara bağlı ağrı) sebebiyle eş desteği ihtiyacının arttığı düşünülmektedir.

5.2. SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE SOSYAL DESTEK ALGILARININ İNCELENMESİ

Gebelerin sosyo demografik özelliklerine göre sosyal destek algılarına baktığımızda 25 yaş üzeri gebelerin 'aile', 'arkadaş' alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanları 25 yaş altı gebelerden yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 5). Çalışmamızdan farklı olarak Metin ve Pasinlioğlu (2020), Toptaş ve ark. (2019), Özdemir ve ark. (2010) yaptığı çalışmada, yaş grupları ile alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır.

Çalışmamızda yaşanan yere göre 'aile' alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. İl merkezinde yaşayan gebelerin 'aile' alt boyut puanları, köyde yaşayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Köy yaşamında iş yoğunluğu, tarım ve hayvancılık ile uğraşmaya bağlı yoğunluk sebebi ile aile desteği puanının şehir yaşamına göre daha az olduğu düşünülmektedir. Yine çalışmamızda yaşanan yere göre 'arkadaşlar' alt boyut puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak farklılıklar mevcuttur, köyde yaşayan gebelerin 'arkadaşlar' alt boyut puanları, il merkezi ve ilçe merkezinde yaşayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 5). Literatüre bakıldığında Aydın (2021)'in çalışmasında yaşanan yere göre bakıldığında köyde yaşayan

gebelerin ÇBASDÖ toplam puanı ilçe de yaşayan gebelerden anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Yaşanılan yere göre alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde ‘aile’ ve ‘özel bir kişidir’ alt boyut puanı anlamlı bulunmamış iken ‘arkadaşlar’ alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buldum (2018)’un adölesan gebeler ile yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde, il merkezinde yaşayan gebelerin ÇBASDÖ toplam ve ‘özel bir insan’ alt boyut puan ortalamalarının ilçe ve köyde yaşayan gebelere göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda geniş ailesi olan gebelerin ‘aile’, ‘arkadaşlar’ ve ‘özel bir insan’ alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanları, çekirdek aile ve geçici geniş ailesi olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). Kalabalık aileler de iş yoğunluğunun çekirdek aileye göre daha fazla olması sebebiyle gebeye ayrılacak vakit kısıtlı olmaktadır. Ayrıca ataerkil toplum kökenli yapıya sahip olmaya bağlı aile büyüklerin yanında gebelik ve doğum ile ilgili konuşmaların tabu olmasının geniş ailelerde sosyal destek ve alt grup puanlarının düşük olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Aydın (2021)’ın, Metin ve Pasinlioğlu (2016)’nın çalışmalarında aile tipi ile gruplar arası farklılığın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Aydın (2021)’ın çalışmasının çalışmamızdan farklı sonuçlanması sebebinin çalışmanın da riskli gebelerin bulunduğu kaynaklandığı düşünülmektedir. Riskli gebeliklerde gebeliğin sonlanabileceği düşüncesi ile gebeye yaklaşım ve sosyal destek diğer gebeliklere oranla fazla olmaktadır.

Eğitim düzeyine göre ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puanlarına bakıldığında ortaokul mezunu olan gebelerin alt boyut ve toplam puanları lise, ön lisans ve lisans mezunlarından istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde Aydın (2021)’ın çalışmasında da ortaokul mezunlarının alt boyut puanları ile toplam puanları lise ve üzeri mezunlardan anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Metin ve Pasinlioğlu (2016)’ın çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde üniversiteden mezun olan gebelerin sosyal destek toplam puanı diğer gebelerden yüksek bulunmuştur. Kaniğ ve Eroğlu (2019)’ın çalışmasında ÇBASDÖ alt grup ölçeklerinden ‘aile’ desteği puanı ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Eğitim seviyesi arttıkça aileden gelen sosyal destek puanı artmaktadır.

Çalışmamızda eşin eğitim düzeyi ile ‘aile’, ‘arkadaşlar’, ‘özel bir insan’ ve ÇBASDÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Aydın (2021)’ın çalışmasında ÇBASDÖ alt ölçeklerinden ‘özel bir insan’ alt boyut ile eşin eğitim düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Kanığ ve Eroğlu (2019)’nın çalışmasında eşin eğitim düzeyi arttıkça ÇBASDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arttığı tespit edilmiştir.

Çalışma durumlarına bakıldığında çalışmamızda gebelerin %44’ü bir işte çalışmaktadır. TNSA 2018 verilerine bakıldığında çalışan kadın oranı %32 bulunmuştur (TNSA 2019). Çalışmamızda çalışan kadın oranı TNSA 2018 verilerine kıyasla fazla bulunmuştur. Gebelerin meslek grupları ile ‘aile’, ‘arkadaşlar’, ‘özel bir insan’ ve ÇBASDÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır (Tablo 5). Çalışmamızdan farklı olarak Aydın (2021)’in çalışmasında ev hanımı olan gebelerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının diğer meslek grubuna sahip gebelerden anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda eşin mesleğine göre ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Tablo 5). Eşi işsiz olan gebelerin toplam puanları eşi memur, işçi ve diğer meslek gruplarında olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Eşin mesleğine göre ‘aile’ puanları ve ‘özel bir insan’ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Eşi işsiz olan gebelerin ‘aile’ alt boyut puanları eşi memur olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Yine eşi işsiz olan gebelerin özel bir insan puanları eşi memur, işçi ve diğer meslek gruplarında olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Literatüre bakıldığında Metin ve Pasinlioğlu (2016)’nın çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde eşi çalışan gebelerin ÇBASDÖ toplam puanları çalışmayanlara oranla daha yüksek tespit edilmiştir. Gebenin eşinin çalışıyor olması alım gücünün iyi olmasına ve çalışmayan eşlere göre daha az sorun yaşanmasına neden olmaktadır. Geçim sıkıntısı yaşamayan gebeler kendini daha güvende hissetmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Aydın (2021)’in çalışmasında eşin mesleğinin, ÇBASDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Çalışmamızda yaşanan yere göre bakıldığında %49 oranında il merkezinde yaşanıldığı görülmektedir. Aydın (2021)’in

çalışmasında il merkezinde yaşayan gebe oranı %13,3 olarak tespit edilmiştir. İl merkezinde yaşayan gebelerin geçimini sağlayabilmesi için eşinin çalışma durumu önemli bir etkidir. Kırsal kesimde yaşamanın daha çok tarım ile uğraşma ve kendi ihtiyaçlarının çoğunluğunu kendilerinin sağlanması sebebiyle kırsal bölgede yaşayan gebelerin eşlerinin çalışma durumu ile sosyal destek puan ortalamaları arasında ilişki olmamasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Gelir durumuna göre sonuçlara bakıldığında gelir durumu düşük olan gebelerin ÇBASDÖ toplam puanı, 'aile' alt ölçek puanı, 'arkadaşlar' puanı ve 'özel bir kişidir' puanı gelir durumu eşit ve geliri giderinden fazla olan gebelerden anlamlı düzeyde düşüktür. Aydın (2021)'nin çalışmasında gelir durumuna göre 'özel bir insan' alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır, fakat ÇBASDÖ toplam puanına bakıldığında çalışmamıza benzer şekilde geliri giderinden fazla olan gebelerin toplam puanı geliri giderinden az olan gebelere oranla daha yüksek bulunmuştur. Turan ve ark. (2020)'nin yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde gelir durumu ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Gelir durumu yüksek olan gebelerin gelir durumu orta düzeyde ve düşük olan gebelere göre sosyal destek algılarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

5.3 SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE EŞ DESTEĞİ ALGILARININ İNCELENMESİ

Çalışmamızda yaş grubu ve evlilik süresi ile GEDAÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Kumral (2021) çalışmasında kadınların yaşları arttıkça algıladıkları eş desteği puan ortalamalarının arttığı, çalışmamıza benzer şekilde evlilik süresi ile algılanan eş desteği ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak ilişki tespit edilememiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Öngay (2019)'un çalışmasında yaş grubu ile eş desteği algısı ölçeği toplam puanı arasında ilişki bulunamamıştır. Özbek (2021)'in çalışmasında evlilik süresi ile eş desteği algısı ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yanılmaz (2021)'in 300 primipar ile yaptığı çalışmada yaş grubu ile eş desteği toplam puanı ve alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yanılmaz (2021)'in çalışmasını

gebeliğinin latent fazında bulunan primiparlar oluşturmaktadır. Bu dönemin eş desteğine en fazla ihtiyaç duyulan bir dönem olması sebebi ile yaş grubu ile eş desteği toplam puanı ve alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Yüksekakal ve Yurdakul (2021)'in çalışmasında yaş grupları ve evlilik süresi ile eş desteği algısı ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel bir fark mevcuttur. Kaya (2020)'nin çalışmasında babanın yaşı ile eş desteği algısı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur. Çalışmamız da eşlerin büyük çoğunluğu otuz yaşından küçük iken Kaya (2020)'nin çalışmasında eşlerin büyük çoğunluğunun yaşı otuz yaşın üzerindedir. Bu durum da babanın yaşı arttıkça eş desteğinin arttığı düşünülmektedir.

Yaşanılan yere göre bakıldığında alt boyut ölçek puanları ile GEDAÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farklılık tespit edilmiştir. Köyde yaşayan gebelerin eş desteği puanları il ve ilçede yaşayanlara göre istatistiksel olarak yüksektir. Yaşanılan yere bakıldığında çalışmamızdan farklı olarak Kumral (2021)'in çalışmasında GEDAÖ toplam puan ve alt boyut ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Aile tiplerine bakıldığında geniş ailesi olan gebelerin, GEDAÖ toplam puanları ve alt boyut ölçek ('bilişsel destek', 'duygusal destek' ve 'maddi destek') puanları çekirdek ailesi olanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Çalışmamızdan farklı olarak Kumral (2021)'in, Yüksekakal ve Yurdakul (2021)'in çalışmalarında çekirdek aileye sahip olan gebelerin GEDAÖ toplam puanlarının geniş ailesi olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda gebenin eğitim düzeyine göre GEDAÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Lisans ve üzeri mezunu gebelerin GEDAÖ toplam puanları ortaokul ve ilkokul mezunu gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6). Çalışmamızdan farklı olarak Özbek (2021), Kumral (2021)'in çalışmalarında üniversite mezunu gebelerin GEDAÖ toplam puan ortalaması ilkokul ve lise mezunu olanlardan yüksek bulunmuştur. Öngay (2019)'un çalışmasında eğitim durumu ile GEDAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiştir.

Eşin eğitim düzeyine göre ‘maddi destek’ alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Eşi ilköğretim mezunu olan gebelerin ‘maddi destek’ alt boyut puanları, ön lisan ve lisans üzeri mezunlarından anlamlı düzeyde yüksektir. Eşin eğitim düzeyine göre ‘bilişsel destek’, ‘duygusal destek’ ve GEDAÖ toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Yurdakul ve Yüksek (2021)’in çalışmasında çalışmamızdan farklı olarak eğitim düzeyine göre ‘maddi destek’ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur, çalışmamıza benzer şekilde eş desteği toplam puan ortalaması ile eşin eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık yoktur. Öngay (2019)’un çalışmasında çalışmamıza paralel, eşin eğitim düzeyi ile GEDAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Özbek (2021)’in çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak eşin eğitim düzeyi ile eş desteği ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark vardır. Kumral (2021)’in çalışmasında yine çalışmamızdan farklı olarak eşin eğitim düzeyi ile eş desteği ölçeği toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır, eşin eğitim durumu yükseldikçe kadınların algıladığı eş desteği puan ortalamalarının arttığı bildirilmiştir.

Eşin mesleğine göre GEDAÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Tablo 6). Eşi işsiz olan gebelerin GEDAÖ toplam puanları, memur, işçi ve diğer mesleklerde olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Diğer meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Çalışmamızdan farklı olarak Kumral (2021)’in çalışmasında eşin mesleğine göre eş desteği ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Kaya (2020)’nin “gebelikte baba desteğinin paternal bağlanmaya etkisi” nin araştırıldığı çalışmada Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladığı Eş Desteği Ölçeği (ELSKAEDÖ) puanı, babaların meslek durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Yüksek ve Yurdakul (2021)’un çalışmasında gebelerin eşlerinin meslek durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Gelir durumları arasında ‘bilişsel destek’, ‘duygusal destek’, ‘maddi destek’ ve GEDAÖ toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Öngay

(2019)' çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde gelir durumu ile eş desteği ölçeği toplam puanı arasında fark yoktur.

5.4 OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE SOSYAL DESTEK VE EŞ DESTEĞİ ALGILARININ İNCELENMESİ

Obstetrik özelliklerine göre sosyal destek algısı ölçeği incelenmesi

Çalışmamızda obstetrik özelliklerden gebeliğin planlı olma durumuna bakıldığında gebelerin %79,7'sinin gebeliğinin planlı olduğu görülmüştür (Tablo 3). Yapılan diğer çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde gebeliğin planlı olma yüzdeleri yüksektir (Metin Ayhan 2022, Aydın 2021, Turan ve ark. 2020, Kanığ ve Eroğlu 2020, Akben 2019, Aydın ve ark. 2019, Bel 2019, Buldum 2018, Sevimli Güler 2016, Metin ve Pasinlioğlu 2016, Özdemir ve ark. 2010). Gebeliği planlı olan kadınlarda 'aile', 'arkadaş', 'özel bir insan' puanları ve ÇBASDÖ toplam puanları, gebeliği plansız olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Çalışmamıza benzer şekilde Özdemir ve ark. (2010)'nın çalışmasında 'arkadaş' ve 'özel bir insan' dan algılanan sosyal destek puan ortalamaları ile gebeliğin istenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde gebeliği planlı olan kadınların 'özel bir insan' dan algılanan sosyal destek puan ortalamaları, 'aile' ve 'arkadaştan' algılanan sosyal destek puan ortalamalarından yüksektir. Barton et al. (2017) yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde gebeliği planlı olan gebelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Aydın (2021)'nin çalışmasında gebeliğin planlı olma durumu ile ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ve alt grup ölçekleri; 'aile', 'arkadaş' ve 'özel bir insan' alt grup ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bu farklılığın sebebinin Aydın (2021)'in çalışma grubunu oluşturan gebelerin ilk gebeliğinin olmaması, bizim çalışmamızda ki gebelerin primipar olması sebebi ile olduğu düşünülmektedir. İlk gebeliğin olması sosyal desteğin daha fazla algılanmasına ve planlı gebeliğin olması 'aile', 'arkadaş' ve 'özel bir insan' dan algılanan sosyal desteğin artmasına neden olmaktadır.

Gebelik takip oranlarına bakıldığında gebelerin %59,3'ü 4 ve üzeri doğum öncesi bakım almış %7,5 ise hiç gebelik takibine gitmemiştir (Tablo 3). TNSA 2018 verilerine bakıldığında yeterli bakım alan gebe oranı %90 olduğu görülmektedir

(TNSA 2019). Kaniş ve Eroğlu (2020)'in çalışmasında doğum öncesi 4 ve üzeri bakım alanların oranı %74,2' dir. Turan ve ark. (2020)'nin çalışmasında çalışmamızdan farklı olarak gebelik takibi almamış gebe sayısı %80,6 dır. Turan (2020)'in çalışmasına bakıldığında il merkezinde yaşayan gebe sayısı çalışma grubunu oluşturan gebelerin yarısından azını oluştururken bizim çalışmamızda il merkezinde oturan gebe oranı gebelerin yarısını oluşturmaktadır. İl merkezinde oturma sağlık kurumlarına olan yakınlık ve erişilebilirliğin kolay olması ile ilgili olarak il merkezinde oturan gebelerin daha fazla doğum öncesi bakım alabildiği düşünülmektedir. Gebelik takip sayıları ile ÇBASDÖ toplam puanları ve alt grup ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Çalışmamızda hiç gebelik takibine gitmeyen gebelerin sosyal destek puanları 2 kez, 3 kez ve 4 kez gidenlerden daha yüksek bulunmuştur. Özdemir ve ark. (2010)' nın yaptığı çalışmada çalışmamızdan farklı olarak antenatal ziyaret sıklığı arttıkça sosyal desteğin arttığı ve farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

Yapılan çalışmada gebelerin %31,1'i doğum şekilleri ile ilgili bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir (Tablo 3). Temizkan ve Mete (2020)'nin çalışmalarında gebelerin %14,7'sinin doğum şekilleri ile ilgili bilgisi yoktur. Bel (2019)'in çalışmasında gebelerin %38,4'ü gebelik ve doğum hakkında bilgi sahibi olmadıklarını bildirmiştir. Buldum (2018)'um adölesan gebeler ile yaptığı çalışmada gebelerin %49'nun doğum ve doğum şekilleri hakkında bilgisi yoktur. Adölesan dönemi yaş ortalamalarının düşük olduğu dönem olması sebebi ile doğum ve gebelik hakkında bilgi sahibi olmama oranının yüksek olmasını etkilediği düşünülmektedir. Doğum şekilleri ile ilgili bilgi durumu ile ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ile alt boyut ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bilgisi olmayan gebelerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ile 'aile', 'arkadaş' ve 'özel bir insan' puanları aileden, çevreden, okuldan, doktordan bilgi edinen gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Çalışmamızda doğum şekilleri ile ilgili bilgi alınan kaynaklara bakıldığında, gebeler en yüksek çevreden (%34) bilgi aldıklarını bildirmiştir. Buldum (2018)'un çalışmasında çevreden bilgi alan gebelerin oranı ise %11,8'dir. Karaca (2019)' nın çalışmasında çevreden bilgi alanların oranı %13,1 internet ve teknolojik araçlardan bilgi alma oranı en yüksektir (%55,9).

Primipar gebeler ile yaptığımız çalışmada gebelerin çoğunluğu gebeliğin stres ve anksiyeteye sebep olduğunu belirtmiştir (Tablo 7). Çalışmamıza benzer şekilde primiparlar ile yapılan çalışmalar da benzer sonuçlar bulunmuştur (Genç Koyucu 2020, Üst ve Pasinlioğlu 2015, Akbaş ve ark. 2008). Gebelik ya da doğumun stres ve anksiyeteye sebep olduğu gebelerin ‘aile’, ‘arkadaş’, ‘özel bir insan’ ve ÇBASDÖ toplam puanları, olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür.

Gebelere, “doğum şekli kararını vermeyi kim etkiledi?” diye sorulduğunda en yüksek oranda kendilerinin karar verdiklerini belirtmişlerdir. İkinci sırada sağlık çalışanları gelmektedir (Tablo 3). Karaca (2019)’nın çalışmasında “doğum şekline kararını kiminle verdiniz” sorunun cevabını yüksek oranında “kendim” cevabı olmuştur. Salımlı (2021)’nin çalışmasında yine doğum şekli kararını vermede en etkili kişi sorulduğunda gebelerin çoğunun “kendim” cevabını verdiği görülmüştür. Doğum şekli kararını etkileyenler için, ‘arkadaşlar’ alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Doğum şekli kararını arkadaşlarının etkilediğini söyleyen gebelerin ‘arkadaşlar’ alt boyut puanları, eşim, annem-babam-kardeşlerim ve internet+sosyal medya diyenlerden anlamlı şekilde yüksektir. Doğum şekli kararını etkileyenler arasında ÇBASDÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Doğum şekli kararını arkadaşlarının etkilediğini söyleyen gebelerin ÇBASDÖ toplam puanları, eşim, internet+sosyal medya diyenlerden anlamlı şekilde yüksektir. Doğum şekli kararını etkileyenler arasında ‘aile’ ve ‘özel bir insan’ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Minnet (2020)’in 245 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin doğum şekli tercihinde etkili olan kişiler sorgulandığında normal doğumu tercih edenlerin %98,2’si bu tercihlerinde kendi isteklerinin etkili olduğunu belirtmiştir.

Obstetrik özelliklerine göre eş algısı ölçeğinin incelenmesi

Obstetrik özelliklere göre gebelikte eş desteği algısı alt boyut ve toplam puanlara bakıldığında;

Gebeliği planlı olan gebelerin GAEDÖ toplam puanları ve alt grup (‘bilişsel destek’, ‘duygusal destek’ ve ‘maddi destek’) puanları gebeliği planlı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Çalışmamızdan farklı olarak Kumral

(2021)'in çalışmasında gebeliği planlı olan kadınların eş desteği algısı toplam puanları gebeliği planlı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Literatüre bakıldığında çalışmamızdan farklı olarak Özbek (2021)'in riskli gebeler ile yaptıkları çalışmada planlı gebeliği olanların eş destek puanı gebeliği plansız olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Riskli gebeliklerde ilerleyen yaşa bağlı ve tekrarlı gebelik kayıplarının yaşanma ihtimalinin yüksek olmasına bağlı eş desteği puanlarının yüksek olacağı düşünülmektedir. Öngay (2019)'in çalışmasında gebeliklerin planlı olması ile eş desteği ölçeği puan ortalaması hakkında istatistiksel açıdan fark tespit edilmemiştir. Kural (2021)'in yaptığı çalışmada gebeliğin istenmesi durumuna bakıldığında gebeliğini isteyen kadınların eş desteği toplam puanları gebeliği istemeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bilgin (2022)'in yaptığı çalışmada istenen gebeliği olan kadınların eş desteği ölçeği toplam puanı, alt boyut ölçek puanları gebeliği istemeyen plansız olan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yüksek (2019)'in yaptığı çalışmada gebeliği planlı olan kadınların eş desteği ölçeği toplam puanları istatistiksel olarak plansız gebeliği bulunan kadınlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Gebelik haftaları arasında bilişsel destek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Tablo 8). 14-26 haftalık gebelerin bilişsel destek puanları, 27-41 haftalık gebelerden anlamlı düzeyde yüksektir. Bilgin (2022)'in yaptığı çalışmada gebelik haftası ile eş desteği toplam puanı ve alt grup puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir. Özbek (2021)'in yaptıkları çalışmada gebelik haftası ile eş desteği toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yanılmaz (2021)'in yaptığı çalışmada gebelik haftası ile maddi destek alt grup ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır, eş desteği toplam puanı ile gebelik haftası arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yüksek (2019)'in çalışmasında gebelik trimesterleri ile eş desteği ölçeği toplam puanları ile alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark tespit edilememiştir.

Gebelik takibi sayıları arasında 'bilişsel destek', 'duygusal destek', ve 'maddi destek' alt boyut puanları ve GEDAÖ toplam açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hiç gebelik takibine gitmeyenlerin bilişsel destek puanları, 1

kez giden, 2 kez giden, 3 kez giden gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür, 4 defa gebelik takibine giden gebelerin puanları 2 defa gidenlerden anlamlı düzeyde düşüktür. Çalışmamıza benzer şekilde Kumral (2021)'ın çalışmasında düzenli kontrole gitme ile alt grup ölçeklerden; maddi yardım ve bilgi desteği, takdir etme desteği, sosyal ilgi desteği ve eş desteği ölçeği toplam puan ortalaması ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Çalışmamızdan farklı olarak Yüksek (2019)'ın gebeler ile yaptığı çalışmada doğum öncesi bakım alma sıklığı ile eş desteği ölçeği toplam puanı ve alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Doğum şekilleri ile ilgili bilgi durumları arasında 'bilişsel destek', 'duygusal destek' ve GEDAÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (Tablo 8). 'Maddi destek' alt boyut ölçeği ile doğum şekilleri ile ilgili bilgi durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Karaca (2019)'nın gebelik ve doğum ile ilgili bilgi kaynaklarına göre doğum şekli tercihlerine baktığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Gebelik ya da doğumun stres ve anksiyeteye sebep olduğu gebelerin, 'bilişsel destek', 'duygusal destek', 'maddi destek' alt boyut ölçek puanları ve GEDAÖ toplam puanları olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 8). Kural (2021)'ın yaptığı çalışmada eş desteğinin gebelik ve doğumdan kaynaklanan stres ve anksiyete düzeyini azaltmaktadır. Özbek (2021)'in gebelik öncesi ruh haline göre eş desteği ölçeğine baktığı çalışmasında, gebelik öncesi stres ve anksiyete yaşayanların eş desteği puanları stres yapmayan gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük tespit edilmiştir.

5.5 DOĞUM TERCİHLERİNE GÖRE SOSYAL DESTEK VE EŞ DESTEĞİ ALGILARININ İNCELENMESİ

Bu çalışmada gebelerin %64,3'ünün normal doğum yapmayı istedikleri tespit edilmiştir. literatürde kadınların normal doğum tercih etme oranının daha yüksek olduğu çalışmalar olmakla birlikte (Salımlı 2022, Temizkan ve Mete 2020) normal doğum tercih etme oranının düşük olduğu çalışmalar da mevcuttur (Yaşar ve Alp Dal 2022, Türkmen Kurtoğlu 2021, Aydın ve ark. 2019). Temizkan'ın çalışmasında

gebelere normal doğumu tercih etme nedenleri sorulduğunda; %84,62'si doğal olduğu için tercih ettiklerini bildirmiştir. Doğum tercihini etkileyen etmenler ile (gebeliği isteme, gebeliğin planlı olması, doğuma yönelik bilgi alma, bebeğin cinsiyeti, hastane tercihi) doğum tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Doğum tercihleri arasında ÇBASDÖ toplam ve alt grup puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sezaryen doğum planlayan gebelerin 'aile', 'arkadaş', 'özel bir insan' ve ÇBASDÖ toplam puanları, normal doğum planlayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 7). Akbulut (2019)'un adölesan gebeler ile yaptığı çalışmada sezaryen doğum yapanların ÇBASDÖ alt grup 'arkadaş' alt boyut puan ortalaması normal doğum yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür, 'aile', 'özel bir insan' ve ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Salımlı (2021)'in çalışmasında sosyal destek alma durumu ile doğum şekline karar verme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Doğum tercihleri arasında 'bilişsel destek', 'duygusal destek' ve GEDAÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sezaryen doğum planlayan gebelerin 'bilişsel destek', 'duygusal destek' alt boyut ölçek puanları ve GEDAÖ toplam puanları, normal doğum planlayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Sezaryen doğumun cerrahi bir müdahale olmasına bağlı, eşlerin bu süreçte daha tedirgin olan ve korkan gebelere destekte bulunup onları sakinleştirdikleri ve buna bağlı eş desteği puanlarının daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Biçer (2020)'in çalışmasında çalışmamızdan farklı olarak doğum tercihi ile eş desteği ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Yanılmaz (2021)'in yaptığı çalışmada normal doğum planlayan gebelerin 'duygusal destek' alt boyut ölçek puanı ve 'takdir etme' desteği alt boyut ölçek puanı sezaryen doğum planlayan gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Kural (2021)'in çalışmasında doğum şekli tercihi ile eş desteği toplam puanı ve alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Yine Kural'ın çalışmasında en son yapılan doğum şekline göre eş desteği ölçeği toplam puan ve alt grup ölçek puanlarına bakıldığında; hiç doğum yapmamış primipar

gebelerin eş desteği toplam ve alt grup puanları normal doğum ve sezaryen doğum yapanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Kumral (2021)'in çalışmasında sezaryen doğum tercih eden kadınların eş desteği ölçeği toplam puanları normal doğum tercih eden kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

5.6 SOSYAL DESTEK VE EŞ DESTEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Kadınların yaşamları boyunca en fazla sosyal destek ve eş desteğine ihtiyaç duydukları dönemlerden biri gebelik dönemidir. Daha önce gebelik deneyimi yaşamamış primiparlar da sosyal destek ve özellikle eş desteğine daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızda sosyal destek toplam puanı ortalamanın üstünde bulunmuş olup, eş desteği toplam puanı ortalamanın altındadır. Literatüre bakıldığında Toptaş ve ark. (2019) gebelerde sosyal destek durumu ve bunu etkileyen etmenleri araştırdıkları çalışmaya bakıldığında gebelerin ÇBASDÖ toplam puanı ortalamanın üstündedir. Toptaş ve ark. (2019)'nın çalışmasında gebeler gebelikleri boyunca eş desteğinin iyi olduğunu ve gebelik kontrollerine her zaman eşleri ile birlikte gittiklerini belirtmişlerdir. Yine Eşen (2018)'in çalışmasında kadınların gebelikleri süresince en fazla desteği eşlerinden aldıklarını belirtmişlerdir. Özbek (2021)'in yaptığı çalışmada gebelere, eşinin kendisine yardımcı olma durumu sorulduğunda gebelerin büyük çoğunluğu (%54,1) eşinin kendine her zaman yardımcı olduğunu belirtmiştir. Özbek (2021) yaptığı çalışmada ilk gebeliği olanların eş destek ölçeği puan ortalamasının ikinci ve üzeri gebeliği olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında Özdemir ve ark. (2010) gebelerde sosyal destek durumunu incelediği çalışmalarında gebelerin 'özel bir insan' alt grup ölçeğine, eşlerini düşünerek soruları cevapladıklarını belirtilmiştir ve bu çalışmada sosyal destek puan ortalaması yüksek tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde Metin (2014)' in yaptığı çalışmada gebeler 'özel bir insan' sorusuna eşlerini düşünerek cevap vermişlerdir, çalışmada 'özel bir insan' alt grup puanının diğer alt grup puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur. Sosyal destek toplam puanı da ortalamanın üstündedir. Eş desteği yüksek olan gebelerde sosyal desteğin de arttığı görülmektedir. Mossunmola et al. (2014) 200 gebe ile yürüttükleri çalışmalarında gebelerin %96,5 gebelik ve doğum sırasında

eşlerinin yanında olmaları gerektiğini belirtmiştir. Kaniğ ve Eroğlu (2019)'nın 'gebelerde algılanan sosyal destek düzeyi ve etkileyen faktörleri' araştırdıkları çalışmalarında ÇBASDÖ alt gruplarından 'özel bir insan' sorusuna eşlerini düşünerek cevap verdiklerini belirtmişlerdir. Aydın (2021)' ın çalışmasında 'eş ile iletişimi iyi' olan gebelerin ÇBASDÖ ve alt grup ölçek puanları "eş ile iletişimi orta" olan gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Eş ile iletişimin iyi olması sosyal çevre ile de olumlu etkileşimler halinde olmamızı sağlar bu da çevreden algılanan sosyal desteğin artmasına sebep olur. Hemşireler ve ebeler gebelik takiplerine gelen kadınlara diğer takiplere eşleri ile gelmelerini önermelidir. Gebenin eşi ile takibe gelmesi durumunda eşlere eş desteğinin ve sosyal desteğin gebeliğe, doğuma ve doğum sonu döneme olan etkileri anlatılmalıdır. Bu süreçteki desteğin gebeliği ve gebelik sonunu olumlu etkilediğini kanıtlayan çalışmaların olduğu anlatılmalıdır (Kumral 2021, Aydın ve ark. 2022, Özbek 2021).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Primigravid gebelerde algılanan sosyal destek ve eş desteğinin doğum tercihinin etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışma yaşları 18 ile 35 arasında değişmekte olan toplam 241 gebe ile yapılmıştır. Yaş ortalaması $25,59 \pm 4,50$ yıldır. Eşlerinin yaşları 19 ile 41 arasında değişmekte olup, ortalaması $29,01 \pm 4,80$ yıldır.
- Gebelerin %66,4'ü 0-2 yıllık evlidir, %49 il merkezinde yaşamaktadır, %36,1'inin lise mezunu, %66'sı ev hanımıdır (Tablo 2).
- Gebelerin büyük çoğunluğu gebeliklerinin planlı olduğunu belirtmiş ve çalışmaya katılan gebelerin çoğunluğu gebelik takibine 4 defa ve üzeri sayıda gittiğini ifade etmiştir (Tablo 3).
- Gebelik ve doğumun stres ve anksiyete yaratma durumu sorgulandığında gebelerin %45,6'sı evet cevabını vermiştir (Tablo 3).
- Gebelerin büyük çoğunluğu normal doğumu tercih edeceğini bildirmiş ve doğum şeklini gebelerin yarısından fazlası kendisi karar verdiğini belirtmiştir (Tablo 3).
- ÇBASDÖ toplam puanı ortalamasının üzerinde olurken, GEDAÖ toplam puanı ortalamasının altında kalmıştır (Tablo 4).
- 25 yaş üstü gebelerin 'aile' ve 'arkadaşlar' alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanları 25 yaş ve altı gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 5).
- Yaşanılan yere göre bakıldığında il merkezinde yaşayan gebelerin sosyal destek puanları ilçe ve köyde yaşayanlara göre daha yüksek tespit edilirken, aile tipine göre bakıldığında geniş ailesi olan gebelerin sosyal destek puanları çekirdek aile ve geçici geniş ailesi olanlara göre daha düşük tespit edilmiştir (Tablo 5).
- Eğitim düzeyi, eşinin mesleği, gelir durumu ile ÇBASDÖ toplam puanı ve alt grup ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 5).

- Gebenin yaşadığı yer, aile tipi, eğitim düzeyi, eşinin mesleği ile GEDAÖ toplam puanı ve alt grup ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 6).
- Gebeliği planlı olan gebelerin ÇBASDÖ toplam puanı ve alt grup puanları gebeliği plansız olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir (Tablo 7).
- Gebelik takibi sayısı, doğum şekilleri ile ilgili bilgili olma durumu, gebelik ve doğumun stres ve anksiyete yaratma durumu ile ÇBASDÖ ve alt grup ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Tablo 7).
- Normal doğumu tercih eden gebelerin ÇBASDÖ toplam puanı ve alt grup ölçek puanları sezaryen doğumu tercih edenlerden ve kararsız olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir (Tablo 7).
- Gebeliğin planlı olması, gebelik takibi sayısı, doğum şekilleri ile ilgili bilgi olma durumu, gebelik ve doğumun stres ve anksiyeteye sebep olma durumu ile GEDAÖ toplam puanı ve alt grup ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$), (Tablo 8).
- Doğum tercihinine göre bakıldığında sezaryen doğumu tercih edenlerin GEDAÖ toplam puanı ve alt grup ölçek puanları normal doğumu tercih eden ve kararsız olan gebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 8). Bu durumda eşler gebenin cerrahi bir müdahale olan sezaryenden korkması ya da normal doğuma göre daha riskli gördükleri için desteğinin yüksek olduğu düşünülmüştür.
- ÇBASDÖ toplam puanı ve alt grup ölçek puanları ile GEDAÖ toplam puan ve alt grup ölçek puanları arasında negatif yönlü orta düzeyli ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmaktadır ($p<0,05$), (Tablo 9).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelik dönemi kadınların en fazla sosyal desteğe ve eş desteğine ihtiyaç duyduğu dönem olması sebebiyle, ile gebelik döneminde sosyal desteğin öneminin anlatılacağı toplum bilgilendirme seminerleri düzenlenmelidir.

- Aile sağlığı merkezi ve kadın doğum kliniği çalışanları gebelik dönemi ve gebeye yaklaşım ile ilgili belirli aralıklarda hizmet içi eğitim almalıdır ve her gebeye bireysel destek verebilmelidir.
- Çalışmamızda gebelik ve doğumun stres ve anksiyeteye sebep olmadığını söyleyen gebelerin sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç doğrultusunda gebelerin kendilerini iyi hissedeceği hobilere yönlendirilmesi (yoga, plates, yüzme) uygun olacaktır.
- Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, sosyal desteği yüksek olan gebelerin normal doğumu tercih etme oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda sosyal desteğin doğum şekli tercihine etkisi ile ilgili toplum bilgilendirme seminerleri düzenlenebilir.
- Gebe okulu eğitimlerine, gebelerin eşleri ve aile üyelerinin katılımı sağlanarak bu süreçte ki desteğin önemi vurgulanmalıdır.
- Gebelerde sosyal destek ve eş desteğinin doğum şekline karar vermede ki etkisi ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır, bu konuda çalışmalara ağırlık verilerek daha fazla çalışma yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Acar E, Önal H, Adal SE. (2015). Yenidoğan sarılıklarının soğum saati ile ilişkisinin değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi*, 15(1): 24-29.
- Afshar Y, Wang ET, Mei J, Esakoff TF, Pisarska MD, Gregory KD. (2017). Childbirth education class and birth plans are associated with a vaginal delivery. *Birth*, 44(1): 29-34.
- Aune I, Amundsen HH, Skaget Aas LC.(2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery* , 30(1): 89-95.
- Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H.(2005). COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği) Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 221-6.
- Akbaş E, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G.(2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 45(3): 85-91.
- Akben M. (2019). Gebelerin Sosyal Paylaşım Sitelerini Kullanma Durumları ile Sosyal Destek ve Depresif Semptomlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, (Danışman: Prof. Dr TT. Sermin).
- Aksoy AN, Aydın F, Kucur SK, Gözükarı I. (2016). Maternal and Fetal Doppler Velocimetry in Women Diagnosed with Fear of Childbirth. *Niger J Clin Pract*, 19(5):632-635.
- Aktas A, Berk HOS.(2015). Social support reciprocity in terms of psychosocial variables in 68 care taking and care giving processes of spinal cord injury patients and their care givers. *Procedia Soc Behav Sci*. 205(May):564-8.
- Akyıldız D. (2019). Yaş Tepkilerinin Algılanan Eş Desteği, Duygusal Baskılama ve Duygusal Tepkisellik ile İlişkilerinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi K Arcan).

- Akbulut Ş. (2019). Adölesan Gebelerde Doğum Korkusu ve Sosyal Destek Düzeyinin Postpartum Depresyona Etkisi. İÜ. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. E Aslan).
- Akyol A, Gönen Yağcı Ş, Tekirdağ Aİ. (2011). Sağlık personelinin doğum şekli ve özelliklerinin sağlık personeli olmayanlarla karşılaştırması. *JOPP Dergisi*, 3(2): 55-63.
- 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. *J Community Health*, 36, 63–68.
- ACOG. (2016). Committee on obstetric practice committee opinion no. 679. Immersion in water during labor and delivery. *Obstet Gynecol*, 128 (5): 231-236.
- ACOG. (2014). Obstetrics and gynecology. 7nd Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott William&Wilkins.
- ACOG. (2013). Cesarean delivery on maternal request. Committee Opinion No. 559. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*, 121;904–7.
- Aksakallı M, Çapık A, Ejder Apay S, Pasinlioğlu T, Bayram S.(2013). Loğusaların destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 3(3):129-135.
- Aksoy YE, Yılmaz SD, Aslantekin F. (2016). Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 1 (3), 163-169.
- Aktaş D, Gökğöz N. (2015). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilim Dergisi* 4(1): 65–82.
- Apay SE, Gümüşdaş M. (2016). Gebelikte evlilik uyumu ve sosyal destek arasındaki ilişki. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1-8.
- Ardahan M. (2006) .Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 9(2):68-75.
- Arısan K. (1997). Propedötik Kadın-Doğum. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, s.409-412.

- Aslan Ş, Okumuş F. (2017). Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *Journal of Health Science and Profession- HSP*, 4(1):32-40.
- Aşcı H, Özer MK. (2011). Bulantı ve Kusma İçin Tedavi Önerileri. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2, 3.
- Aşıcı N. (2021). Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanlarının Sezaryen Doğum Yöntemi İle İlgili Görüş. SAU. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Sakarya, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi E KÖSE).
- Aydın E. (2021). Riskli Olan Ve Olmayan Gebelerde Algılanan Sosyal Destek Ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması. OÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ordu, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi E ŞAHİN).
- Aydın P, Palancı Ay Ö, Yazıcı Topçu T, Aktaş S. (2022). Annelerin Erken Postpartum Dönemdeki Eş Desteği Algısının Postpartum Stres Üzerine Etkisi. *Sted Dergisi*, 31(2): 126-133.
- Aydın R, Kızılkaya T, Hancıoğlu Aytaç S, Taşlar N. (2020). COVID-19 pandemisinde; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadınların sosyal destek gereksinimi ve ebelik yaklaşımları. *Turkish Studies*, 15(4): 679-690.
- Aydın A, Tedik SE, Üst Taşgın ZD, Buko G. (2019). Doğum Sonu Dönemde Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(2): 87-94.
- Awang MS, Abdul Razak AH, Che Ahmad A. (2017). Neonatal clavicle fracture: A review of fourteen cases in east coast peninsular Malaysia. *IIUM Medical Journal Malaysia*, 16(2):79-83. <https://doi.org/10.31436/imjm.v16i2.330>
- Başar F, Yeşildere Sağlam H. (2018). Women's choice of delivery methods and the factors that affect them. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8 (1), 59-74.
- Başkaya Y, Sayiner FD. (2018). Sezaryen oranını azaltmaya yönelik kanıta dayalı ebelik uygulamaları. *Evidence-based midwifery practices to reduce cesarean rate. HSP*, 5(1), 113- 119. DOI: 10.17681/hsp.335472
- Barton K, Redshaw M, Quigley MA, Carson C.(2017).Unplanned Pregnancy and Subsequent Psychological Distress in Partnered Women: A Cross-Sectional Study of The Role of Relationship Quality and Wider Social Support. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 44-52.

- Bäckström C, Kåreholt I, Thorstensson S, Golsäter M, Mårtensson LB. (2018). Quality of couple relationship among first-time mothers and partners during pregnancy and the first six months of parenthood. *SRH*, 17: 56-64.
- Bel D.(2019). Gebelerin Karar Verme Stilleri ve Doğum Beklentilerinin Doğum Şekli. Yüksek Lisans tezi, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karabük
- Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. (2016). the increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*, 11(2):e0148343. doi: 10.1371/journal.pone.0148343
- Beydağ KT, Mete S.(2008). Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1): 16-24.
- Biçer E. (2020). Gebe Kadınların Ağrı İnançları Ağrı İle Başa Çıkma Biçimleri Eş Desteği Düzeyleri Ve Doğum Tercihlerinin Değerlendirilmesi. Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Akbaş M).
- Bilgin M. (2022). Gebelerin Distresle Baş Etmelerinde Eş Desteğinin Etkisinin İncelenmesi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. ÖZBAŞARAN F).
- Bingöl Bayrı F, Demirgöz Bal M, Yılmaz Esencan T, Karakoç A, Küçükoğlu S, Çiftçi R, Mutlu E, Arı Z.(2020). Doğum Sürecinde Gebelere Verilen Fiziksel Desteğin Doğum Sonuçlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. *JAREN*, 6(3):506-13.
- Boyle A, Reddy UM, Landy HJ, Huang CC. (2013). Primary cesarean delivery in the United States. *Obstet Gynecol*, 122(1): 33–40. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182952242>.
- Buran G, Olgaç Z, Karaçam Z. (2020). Doğuma Hazırlık Sınıflarının Kadınların Doğum Şekli, Korkusu ve Deneyimine Etkisi. *Life Sciences*, 15(4): 41-54
- Buldum A. (2018). Adölesan Gebelikte Doğum Korkusu Ve Hemşirelik Bakımı.Mersin Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans Tezi, (Danışman: Dr. Öğr.Üyesi Tuba GÜNER EMÜL).
- Bülbül T, Özen B, Çopur A, Kayacık F. (2016). Investigation the fear of labor and decision making about delivery type in pregnant. *Erciyes University Journal of Health Sciences*, 25 (1): 126-130.

- Brixval CS, Axelsen SF, Lauemøller SG, Andersen SK, Due P, Koushede V.(2015). The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes-a systematic review. *Systematic reviews* 4(1): 1-9.
- 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.
- Chapman V, Charles C. (2012). The Midwife's Labour and Birth Handbook. Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı, 3. Baskı, Can H, Yücel Ummuhan, Hadımlı A, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, s.1-32.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. Yıldırım G. Ed. Williams.(2016). Doğum Bilgisi. 4.Baskı, İstanbul: Nobel Matbaacılık.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL et all.(2014). Cesarean section and postpartum hysterectomy In: Williams Obstetrics 24th ed. New York McGraw- Hill Education, p:587-588.
- Cunningham, FG. and JW. Williams, Williams obstetrics.(2010). 23rd edition. New York: McGraw-Hill Medical.
- Coates D, Thirukumar P, Spear V, Brown G, Henry A.(2019). What are women's mode of birth preferences and why? A systematic scoping review. *Women and Birth*.
- Cohen K, Capponi S, Nyamukapa M, Baxter J, Crawford A, Worly B.(2016). Partner involvement during pregnancy and maternal health behaviors. *Maternal and child health journal*, 20(11): 2291-8.
- Çiftçi Arıdağı N, Erus SM, Ünsal Seydooğulları S.(2019). Eş Desteğinin Evlilik Doyumu Ve Psikolojik İyi Oluş İle İlişkisi, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(71): 1014-1024.
- Çobanlar Akkaş S.(2014). Gebelik Döneminde Eşler Arası Uyum. Yüksek Lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın (Danışman: Doç. Dr. Nevin Akdolun Balkaya)
- Das B, Snyder M. (2016). Rectovaginal fistulae. *Clin Colon Rectal Surg*, 29(1): 50–56. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1570393>

- Deliktaş A, Körükcü Ö, Kukulu K. (2015). Farklı gruplarda annelik deneyimi. *MÜSBED*, 5(4), 274-283.
- Demirel Y, Yücel M. (2017). Sosyal Destek Ve Psikolojik Güçlendirmenin Duygusal Tükenmişlik Üzerine Etkisi. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(1), ICEBSS Özel Sayı.
- Deng W, Klemetti R, Long Q, Wu Z, Duan C, Zhang Wh. et al. (2014). Cesarean section in shanghai: women's or healthcare provider's preferences? *Bmc Pregnancy Childbirth*, 14(1): 285.
- Derman G.(2020). Son Trimesterdeki Gebe Kadınların Psikososyal Sağlık Durumunun Doğum Korkusu Ve Eş Desteği İle İlişkisi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Prof. Dr. Zehra Gölbaşı).
- Duru Y.(2014). Anne Ve Babaların Doğum Eylemindeki Eş Desteğine İlişkin Görüşleri, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya,(Danışman: Doç. Dr. Sermin Timur Taşhan).
- Doğrul E.(2020). Gebelerde eş desteğinin annelik rolü, beden algısı ve distres düzeyi ile ilişkisi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hacer Alan Dikmen).
- Dönmez S, Yeniel ÖA, Kavlak O. (2014). Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3).
- Duran ET, Atan ŞÜ. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Derg*, 21:83–88.
- Dweik D, Girasek E, Töreki A, Mészáros G, Pál A.(2014). Women's antenatal preferences for delivery route in a setting with high cesarean section rates and a medically dominated maternity system. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 93(4):408-15.
- Eker D, Arkar H ve Yaldız H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Ergöl Ş, Kürtüncü M. (2014). Factors affecting women's preferences for cesarean birth in a university hospital. *Journal of Hacettep University Faculty of Nursing*, 1(3), 26-34.

- Eşen EN. (2018). Gebelikte ruhsal iyi oluş ve eş uyumunun fizyolojik iyi olma ile ilişkisi. Üsküdar Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul. 105
- Feeney BC, Collins NL. (2015). A New Look at Social Support: A Theoretical Perspective on Thriving Through Relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19(2): 113–147.
- Felmlee DH. (2003). Interaction in Social Networks. J. Delamater, (Eds), Handbook of Social Psychology, 389-410. Newyork: Kluwer Academic/Plenium Publishers.
- Filippi V, Ganaba R, Calvert C, Murray SF, Storeng KT. (2015). After surgery: the effects of life-saving caesarean sections in Burkina Faso. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15-348.
- Genç Koyucu R, Ülkar D, Erdem B. (2020). Primipar ve Multipar 652 Gebelerin Gebelik Streslerinin Karşılaştırılması. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 652-663.
- Gul B, Riaz MA, Batool N, Yasmin H, Riaz MN. (2018). Social support and health related quality Of Life Among pregnant women. *J Pak Medassoc*, 68(6), 872-875. 15:348. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0778-7>
- Gluck O, Pinchas-Cohen T, Hiaev Z, Rubinstein H, Bar J, Kovo M. (2020). The impact of childbirth education classes on delivery outcome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 148(3): 300-304.
- Geller EJ, Wu JM, Jannelli ML, Nguyen TV, Visco AG. (2010). Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *J Perinatol*, 30(4):258-64. <https://doi.org/10.1038/jp.2009.150>.
- Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M.(2013). Gebelerin Yaşadıkları Doğum Korkusu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 24(1): 36-41.
- Gilliland AL. (2010). After praise and encouragement: Emotional support strategies used by birth doulas in the USA and Canada. *Mid- wifery*, doi:10.1016/j.midw.2010.04.006.
- Güngör İ. (2015). Doğum öncesi hazırlık eğitimlerinde babaların yeri ve gereksinimleri. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 1(1): 44-51.

- Ghotbi F, Akbari Sene A, Azargashb E, Shiva F, Mohtadi M, Zadehmodares, et al.(2012). Women's knowledge and attitude towards mode of delivery and frequency of cesarean section on mother's request in six public and private hospitals in Tehran, Iran, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*,40(5): 1257-1266.
- Gökçimen A, Temel S. (2004). İmplantasyon ve moleküler etkileşimler. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg*, 11(4): 25-33.
- Gregory KD, Jackson S, Korst L, M.D, Fridman M. (2012). Cesarean versus vaginal delivery: Whose risks? whose benefits? *Am J Perinatol*, 29(1):7-18. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1285829>.
- Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M. (2014). Gebelerin Yaşadığı Doğum Korkusu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics*, 24(1):36-41.
- Gümüşdağ M, Apay SE. (2016). Gebelikte Evlilik Uyumu ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *HSP*, 3(1):1-8.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [Internet]. 2019 [a.yer 11 Aralık 2020]. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
- Haral G.(2018). Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Annelere Doğum Sonu Hastanede Verilen Bakım hizmetleri ve Konforlarına Etkisi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 121 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Hatice Yıldız).
- Himmetoğlu O, Demirtürk F. (2003).Sezeryan Guncel Değerlendirme ve Kabul Edilebilir Sezeryan Oranlarının Sağlanması Yonunde Oneriler. *MNKlinik Bilimler&Doktor*, 9(4): 516-523.
- İskender C, Danışman N. (2008). Vakum uygulaması. *Türkiye Klinikleri J Gynecol ObstSpecial Topics*, 1(1):63-68.
- Ikawa M, Inoue N, Benham AM and Okabe M. (2010). Fertilization: a sperm's journey to and interaction with the oocyte. *The Journal of Clinical Investigation*, 120(4): 984-994.

Kanığ M, Eroğlu K. (2019).Gebelerde algılanan sosyal destek düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2019;16:125-34.

Kanığ M, Eroğlu K. (2020). Gebelikte algılanan sosyal destek düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2020; 11(4):333-340.

Kamel A, Khaled M. (2014). Episiotomy and obstetric perineal wound dehiscence: Beyond soreness. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 34: 215–217. <https://doi.org/10.3109/01443615.2013.866080>.

Karabekir N. (2016). Using psychodrama in childbirth education and birth psychotherapy: birth with no regret. *Association for Pre-and Perinatal Psychology and Health*, 30(3): 08-217.

Kingdon C, Neilson J, Singleton V, Gyte G, Hart A, Gabbay, M.(2009). Choice and birth method: mixed-methodstudy of caesarean delivery for maternal request. *BJOG*, 116(7): 886-95.

Karaçam Z, Ançel G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery*, 25 (4), 344-356.

Karaçam Z, Akyüz EÖ.(2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve Ebe / Hemşirenin Rolü; Supportive Care in Labor and The Rol of Midwife / Nurse; F N *Hem Derg* 19(1):45-53.

Karabulutlu Ö.(2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem.Dergisi*, 20(3): 210-218.

Kamalak H. (2015). Yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, (Danışman: Doç. Dr. Ayden Çoban).

Kapısız Ö, Karaca A, Süzer Özkan F, Gülen Sava H. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin doğum algısı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7:156-160.

Karthikeyan T, Subramaniam RK, Johnson WMS, Prabhu, K.(2012). Placental thickness & its correlation to gestational age & foetal growth parameters-a cross sectional ultrasonographic study. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 6(10):1732.

- Karaca E. (2019). Kocaeli İli Derince İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı Gebelerin Doğum Şekli Tercihi, Doğum Şekli Ve Bunları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli, (Danışman : Prof. Dr. Çiğdem ÇAĞLAYAN).
- Karabulutlu Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Derg*, 20(3): 210–8.
- Kaya, Gİ. (2020). Gebelikte baba desteğinin paternal bağlanmaya etkisi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi Asiye Ayar KOCATÜRK).
- Keag OE, Norman JE, Stock SJ. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 15(1):e1002494. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>.
- Kramer J, Bowen A, Stewart N, Muhajarine N. (2013). Nausea and vomiting of Pregnancy: Prevalence, Severity and Relation to Psychosocial Health. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 38(1):21-27.
- Kovavisarach E, Sukontaman W.(2017). Preferred route of delivery of thai pregnant women. *J Med Assoc Thai*, 100(1):131-135.
- Kılıçarslan S. (2008). Edirne şehir merkezinde'ki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri.
- Kural B. (2021). Doğum Öncesi Dönemde Eş Desteğinin Gebelik ve Doğum Korkusuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman : Dr.Öğr.Üyesi Hale Tosun).
- Kumral S. (2021). Doğum Sonu Dönemde Algılanan Eş Desteği Ve Güvenlik Hissinin Kadınların Emzirme Öz Yeterliliğine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İÜ, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Tülay Kavlak).
- Lederman R, Weis K.(2009). Psychosocial Adaptation in Pregnancy: Assessment of Seven Dimensions of Maternal Role Development, Springer, New York
- Leslie MS.(2004). Counseling women about elective cesarean section. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(2): 155–159.

- Liu X, Landon MB, Cheng W, Chen Y. (2015). Cesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits? *Am J Obstet Gynecol* , 212:817.e1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.01.043>.
- Loke Ay, Davies L, Li S.(2015). Factors İnfluencing the decision that women make on their mode of delivery: the health belief model. Loke Et Al. *Bmc Health Services Research*, 15:274.
- Martin TL, Mc Namara MJ, Milot AS, Halle M, Hair EC. (2007). The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal Smoking. *Matern Child Health J*, 11: 595–602.
- Metin Ayhan R. (2022). Primipar Gebelerde Sosyal Desteğin Emzirme Öz Yeterliliği İle İlişkisi.N.E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hamide AYGÖR).
- Metin A. (2014). Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Prof. Dr. PASINLIOĞLU T).
- Metin A, Pasinlioglu T. (2016) The relationship between perceived social support and prenatal attachment in pregnant women. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 5, 49-66.
- Meyer BA, Arnold JA, Pascali BD. (2001). Social support by doulas during labor and the early postpartum period. *Hospital Physician*, September: 57-65.
- Minnet M. (2020). Samsun İli Atakum İlçesindeki Gebelerin Doğum Şekli Tercihlerinde Tıbbi Nedenli Olmayan Belirleyiciler. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Samsun, (Danışman: Prof. Dr. DABAK Ş).
- Mosunmola S, Adekunbi F, Foluso O. (2014). Women’s perception of husbands’ support during pregnancy, labour and delivery. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 3(3), 45-50.
- Moffat MA, Bell JS, Porter MA, Lawton S, Hundley V, Danielian P, Bhattacharya S. (2007). Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: A qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(1): 86-93.

- Maxson PJ, Edwards SE, Valentiner EM, Miranda ML. (2016). A Multidimensional Approach to Characterizing Psychosocial Health During Pregnancy. *Matern Child Health Journal*, 20(6): 1003-1113.
- Nalbant S.(2008). Gebelikte Gelişen Fizyolojik Değişiklikler. Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Antalya, 39-40.
- Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ (2003). Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(2):98-105.
- Öngay E.(2019). Düşük yapan kadınların algıladıkları stres ile eş desteği arasındaki ilişki. İstanbul Okan Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışmanı: Doç Dr. Kerime Derya BEYDAĞ).
- Özdemir F, Bodur S, Nazik E, Nazik H, Kanbur A. (2010). Hiperemesis gravidarum tanısı alan gebelerin sosyal destek düzeyinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5): 463-470.
- Özkan S, Demirhan H, Çınar İÖ. (2009). Gebelikte Sosyodemografik Özelliklerin Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3): 28-37.
- Öztürk S, Demir R. (2010). Particular functions of estrogen and progesterone in establishment of uterine receptivity and embryo implantation. *Histol Histopathol*, 25: 1215-1228.
- Özbek Z. (2021). Yüksek Riskli Gebelerde Eş Desteği Ve Gebelik Stresi Arasındaki İlişki. İstanbul Okan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İstanbul (Danışman: Doç.Dr. BEYDAĞ KD).
- Price S, Noseworthy J, Thornton J. (2007). Women's experience: With social presence during childbirth, *Maternal Child Nursing*, 32(3): 184-191.
- Reyes E, Rosenberg K.(2019). Maternal motives behind elective cesarean sections. *Am J Hum Biol*, 21:E23226
- Rathfisch G.(2017). Doğum Eylemi. İçinde: Beji NK (editör). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 364-375.
- Sayiner F, Özerdoğan N.(2009). Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3):143-148.

- Salımlı N. (2021). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesine Başvuran 28 Hafta Üzeri Nullipar Gebelerin Doğum Korkusu Ve Doğum Şekli Tercihleri Arasında İlişki: Kesitsel Araştırma. Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli (Danışman: Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR).
- Sevimli Güler D. (2016). Annelerin algıladıkları sosyal destek ve annelik deneyimleri arasındaki ilişki. SAU. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya (PROF. DR. NURSAN ÇINAR).
- Sezen C, Ünsalver ÖB. (2018). Doğum Korkusu ve Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişki: Bir Gözden Geçirme Ve Pilot Çalışma. *The Journal Of Neurobehavioral Sciences*, 5(1): 29-36.
- Souza JP, Betran AP, Dumont A, De Mucio B, GibbsPickens CM, Deneux-tharaux C, et al.(2016). A globalreferenceforcaesareansectionrates (C-Model): a multicountrycross-sectionalstudy. *BJOG*, 123(3): 427-36.
- Sokoya M, Farotimi A, Ojewole F. (2014). Women's perception of husbands' support during pregnancy, labour and delivery. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*,3(3): 45-50.
- Sönmez Cİ, Sivaslioğlu AA.(2019). Gebe Kadınların Doğum Şekli Tercihi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Konuralp Tıp Derg*, 11(3): 369-76.
- Şahin NH, Soypak F. (2010). Erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteği. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 41, 187-194. Erişim 04.12.2019, <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRJeU9UYzNODz09/erken-logusalik-suresinde-kadinlarinalgiladiklari-es-destegi>
- Şahin N, Dinç H, Dişsiz M.(2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2009; 40(2): 57-62.
- Şahin NH.(2009). Seksio - sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3):93-98.
- Şimşek HN, Demirci H, Bolsoy N. (2018). Sosyal Destek Sistemleri ve Ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2): 97-103.
- Şirin A, Kavlak O.(2008). Kadın Sağlığı. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık, 453-563.

Taşkın L. (2020). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Gebeliğin Oluşumu ve Fetusun Fizyolojisi (Bölüm 6); Gebelikte olan değişiklikler (Bölüm 7), Akademisyen Tıp Kitabevi, 16.Baskı, Ankara, s: 69-107.

Taşkın L.(2002). Yüksek riskli gebelik ve doğum el kitabı. 2. Baskı. Ankara: Palme Yayıncılık, s:150-593.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2018). Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 01.04.2020.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Göstergeleri. https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/inc/saglik_gostergeleri.pdf Son Erişim Tarihi: 20 Nisan 2020.

Tani F, Castagna V. (2017). Maternal social support, quality of birth experience, and Post-Partum depression in primiparous women. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 30(6), 689-692.

Temizkan E, Mete S.(2020). Determination of The Factors Affecting The Birth Style Preferences of Primiparas. *J Educ Res Nurs* [Internet]. 2020 [a.yer 11 Temmuz 2020]; Erişim adresi: <http://www.kuhead.org/eng/jvi.aspx?pdire=kuhead&plng=eng&un=KUHEAD43179&look4=>

Timur S, Hotun Şahin N. (2010). Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri 12(1): 29-40.

Turan Z, Kurt G, Arslan H.(2020). Graviditenin sosyal destek algısı ve prenatal bağlanma düzeyine etkisi. *Cukurova Medical Journal*, 45 (3): 1126-1136.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2018. Erişim:(http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_ana_rapor.pdf). Erişim Tarihi:27.10.2021

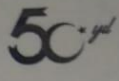
Türkler C. (2019). Doğum öncesi eğitim nullipar kadınlarda sezaryen oranlarını azaltır mı? *Bozok Tıp Dergisi*, 9(4):36-40.

- Türkmen Kurtoğlu D. (2021). Ebe Ve Hemşirelerin Doğum Şekli Ve Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Karabük Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Karabük (Danışman: Doç Drç Raziye ÖZDEMİR).
- Tokat S.(2019). Doğumda Eş ve Anne/Arkadaş Desteğinin Doğum Sürecine Etkileri. Yüksek Lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Meltem Demirgöz Bal).
- Todman DA. (2007). History of caesarean section: From ancient world to the modern era. *Obstet and Gynecol*, 47: 357-361.
- Toptaş B, Aksu H, Özsoy S, Dünder T. (2019). Gebelerde sosyal destek durumu ve etkileyen faktörler. *Journal of Human Sciences*, 16(3): 736-745.
- Uslu FG, Çoban A.(2020). Adölesan annelerin sosyo-demografik özellikleri ve doğum sonuçlarının değerlendirilmesi. *Ebelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1): 30-38.
- Uçar T, Gölbaşı Z.(2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(2): 54-58.
- Üst ZD, Pasinoğlu T. (2015). Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), 306.
- Ünay V. Taşpınar A.(2018). Sağlık Çalışanlarının Doğum Şekli Tercihleri Ve Etkileyen Faktörler. *Sted / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27 (3): 190-196.
- Vatansever Z, Okumuş H. (2013). Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. *DEUHYO ED*,6(2):82-87.
- World Health Organization (WHO). Statement on Caesarean Section Rates. April 2015
Erişim Adresi:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170250/9789240694439_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Erişim Tarihi: 31.05.2023)
- WHO. (1997). Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*, 24(2):121-3.
- Yanık D, Özcanarslan F.(2019).Riskli Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Stresle Başetme Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3): 96-104.

- Yalnız Dilcen H, Öztürk A, Nebioğlu Yıldız M. (2021). Gebelikte Sigara Kullanımının Algılanan Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Psikolojik Sağlamlık ile İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 22(2): 161-170.
- Yanılmaz P. (2021). Primipar Gebelerin Doğum Öncesi Algıladıkları Stres ve Eş Desteği Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek lisans Tezi. Okan Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü. İstanbul (Danışman: Doç.Dr. Kerime Derya BEYDAĞ).
- Yaşar H, Alp Dal N. (2022). Gebelikte Algılanan Sosyal Desteğin Doğum Sonu Konforla İlişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 31: 29-35.
- Yıldırım G, Beji NK.(2008). Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth*, 35(1): 25-30.
- Yılmaz F, Pasinlioğlu T.(2014). Gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 1(1): 15-24.
- Yurdakul M, Çalık Yeşilçiçek, K, Çetin FC. (2018). Gebelikte sık görülen rahatsızlıklar ve alınacak önlemler, içinde ebeler ve ebelik öğrencileri için doğum öncesi dönem.*Medikal Sağlık ve Yayıncılık*, 1(379): 195-205.
- Yücel A.(2004). Gebelikte Maternal Fizyoloji. In Günalp S, Eds. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Feryal Matbaacılık San ve Tic. Ltd. Şti; ss 1-11, Ankara.
- Yüksekal Z ve Yurdakul M. (2021). Gebelerin Eş Desteği Algıları ve İlişkili Faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*,15 (4) , 800-808. DOI: 10.21763/tjfmpe.971774

EKLER

EK.1 Etik Kurul Onayı

 T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı 

Sayı : E-71522473-050.01.04-21467-224
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası Hk.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zekiye TURAN

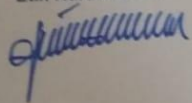
Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD

İlgi : 25.02.2021 tarihli 224 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Primigravid Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ve Eş Desteğinin Doğum Tercihine Etkisinin İncelenmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.


Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
30...10.3/2021

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu : BELMBY710 Pin Kodu : 34012
Belge Takip Adresi : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE6ERYHD9>
Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk,
Adapazarı/Sakarya
Telefon No: 264 295 6630 Faks No: 264 295 6629
e-Posta: tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.sakarya.edu.tr
Bilgi için: Yücel Demir
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu
Telefon No: 2953129 

EK.4

TANITICI BİLGİ TOPLAMA FORMU

1. Yaşınız:.....

2. Eşinin Yaşı:

3. Kaç yıllık evli?

() 0-2 yıl () 3-5 yıl () 6-8 yıl () 9-11 yıl () 12 yıl ve daha fazla

4. Yaşadığı yer: () İl merkezi () İlçe merkezi () Köy

5. Aile Tipi:

() Geniş aile () Çekirdek aile () Geçici geniş aile () Dağılmış aile

6. Eğitim Düzeyi:

() okuryazar () ilkokul () ortaokul () lise () lisans ve üzeri

7. Eşinin eğitim düzeyi:

() okuryazar () ilkokul () ortaokul () lise () lisans ve üzeri

8. Mesleği:

() Ev hanımı () Memur () İşçi () Emekli () Diğer (lütfeñ belirtiniz): ...

9. Eşinin mesleği:

() İşsiz () Memur () İşçi () Emekli () Diğer (lütfeñ belirtiniz):

10. Gelir Durumu:

() Geliri giderinden az () Geliri gideri ile eşit () Geliri giderinden çok

11. Gebeliğiniz planlı bir gebelik mi? ()Evet ()Hayır

12. Gebelik haftası: ()0-13Hf ()14-26Hf ()27-41 Hf

13. Bebeğinizin cinsiyeti belli mi?

() Kız () Erkek () Kız ve Erkek
() İki Kız () İki Erkek () Henüz bilmiyorum

14. Bu zamana kadar kaç defa gebelik ile ilgili takibe gittiniz?

()1 () 2 () 3 () >4 ()Hiç

15. Doğum şekilleri ile ilgili bilginiz var mı?

()Evet Nerden:..... ()Hayır

16. Gebelik ile ve doğum ile ilgili gebelik okulu vb eğitimlere katıldınız mı?

()Evet Nerden:..... ()Hayır

17. Gebeliğiniz ya da doğum sizde stres ve anksiyete yaratıyor mu?

()Evet ()Hayır

18. Doğum tercihiniz nedir?

() Normal () Sezaryen () Kararsızım

19. Doğum şekli kararınızı vermeyi kim etkiledi?

- () Kendi isteğim () Eşim () Annem, babam
kardeşlerim
() Arkışlarım () Sağlık alışanları () İnternet+Sosyal Medya



EK.5

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle eve

EK.6

GEBELİKTE EŞ DESTEĞİ ALGISI ÖLÇEĞİ

Sayın Anne Adayı,

Yeterli sosyal destek almanın gebelerin ve çocuklarının sağlığı üzerinde olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Bu çalışma, anne adaylarının gebelikleri süresince eşlerinden aldıkları destek konusundaki duygu ve düşüncelerini incelemeyi amaçlayan bilimsel bir çalışmanın verilerini elde etmek amacıyla gerçekleştirilmektedir. Sizden istenen, ölçekte yer alan her ifadeyi okuduktan sonra bu ifadeye katılma düzeyinizi (1) Hiçbir zaman, (2) Nadiren, (3) Ara sıra, (4) Çoğunlukla, (5) Her zaman seçeneklerinden uygun olanını işaretleyerek belirtmenizdir. Verdiğiniz bilgiler yalnızca bu araştırmanın verileri olarak kullanılacak olup, gizlilik esastır. Araştırmanın sonuçlanabilmesi için hiçbir ifadeyi cevapsız bırakmamanızı rica eder, araştırmaya yapmış olduğunuz katkı için teşekkür ederiz.

	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. 7

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (BGOF)

Çalışmanın Adı: Primigravid Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ve Eş Desteğinin Doğum Tercihine Etkisinin İncelenmesi

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma bir tanımlayıcı klinik araştırmadır. Gebelik, kadınların birçok değişime uğradıkları bir dönemdir. Özellikle ilk gebeliği olan gebelerde bu süreç bilgi eksikliği, daha öce doğum deneyiminin olmaması, çevresinden duydukları yanlış ve eksik bilgilerden dolayı daha da karışık ve zor bir hal almaktadır. Gebelik ailenin yaşamında sevinçle mutlulukla beklenen bir süreç olmakla birlikte aynı zamanda ailenin bütün üyelerini etkileyebilen bir kriz dönemi de olabilmektedir. Anne adayı gebelikte meydana gelen değişiklikler ile baş etme çabası içindeyken bir taraftan da yeni rol ve sorumluluklarına uyum sağlamaya çalışmaktadır. Gebeler bu süreçte sosyal destek ve eş desteğine ihtiyaç duyarlar. Yapılan çalışmalarda sosyal destek ve eş desteği alan gebeler daha konforlu ve sorunsuz doğum yaparlarken sosyal destek ve eş desteği almayan gebelerde zor doğum ve uzamış doğum süresi durumlarının artabileceği bildirilmiştir.

Bu çalışmanın amacı; Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk hastalıkları Hizmet Binası Kadın Doğum Polikliniklerine başvuran ilk gebeliği olan kadınlara “**tanıtıcı bilgi toplama formu**” “**çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)**” ve “**gebelikte eş desteği algısı ölçeği (GEŞAÖ)**” uygulanarak, doğum tercihlerine etkisi incelenerek *literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.*

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için araştırmacıya 05055376788 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Tamamen akademik amaçlı olan bu araştırma için herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve katılımcıya herhangi bir ücret ödenmeyecektir Görüşme yaklaşık 10-15 dk sürecektir.

Bu çalışmaya katılıp katılmama konusunda hiçbir zorunluluğunuz bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak istemezseniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında

Çalışmadan ayrılmasını isterseniz araştırmacıyı haberdar ederek, çalışmadan ekilebilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmada kayıtlar yasaların ngrdğ şekilde ve araştırmacı tarafından toplanacak, veriler güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmanın sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir. Ancak bu durumda kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zekiye Turan tarafından Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın doğum ve ocuk hastalıkları Hizmet Binası Kadın Doğum Polikliniğinde akademik 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 araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük zen 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 olacağının 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).

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

Dr. Öğr. Üyesi Zekiye TURAN

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-soyadı, İmzası, Görevi