

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YL-2023-0090

**ÖNCEKİ GEBELİĞİNDE KOMPLİKASYONU OLAN
GEBELERDE POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU
SEMPTOMLARI VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

MELİS EKİCİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER

AYDIN-2023

KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Melis EKİCİ tarafından hazırlanan “Önceki Gebeliğinde Komplikasyonu Olan Gebelerde Posttravmatik Stres Bozukluğu Semptomları ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 12/10/2023

Üye (T.D.) : Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER Aydın Adnan
Menderes
Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Sevgi ÖZSOY Aydın Adnan
Menderes
Üniversitesi

Üye : Dr. Öğretim Üyesi Hande YAĞCAN Dokuz Eylül
Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü V.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca her zaman bana olan inancını hissettiğim, bana harcadığı zaman, emek, bilgi ve tecrübeleriyle destek veren, sabrını, anlayışını, emeğini, mesleki deneyimlerini esirgemeyen çok değerli hocam ve danışmanım Sayın Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER'e,

Tez savunma komitesinde yer alarak değerli bilgi, görüş ve önerileriyle tez çalışmama sağlamış oldukları katkılarından dolayı Prof. Dr. Sevgi Özsoy ve Dr. Öğr. Üyesi Hande Yağcan'a,

Tüm hayatım boyunca yoluma ışık olan, ellerini her an omzumda hissettiğim, beni bugünlere getiren, her türlü fedakârlığı ve çabayı gösteren canım annem, babam, ablama,

Sonsuz desteğini hep hissettiğim, bana yürekten inanıp güvenen canım eşime,

Ve araştırmaya katılan tüm kadınlara teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Komplike Gebelik	5
2.2. Gebelikte Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB).....	9
2.3. Gebelikte Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Hemşirelik Yaklaşımları.....	13
2.4. Gebelikte Sosyal Destek.....	14
2.5. Gebelikte Sosyal Destek ve Hemşirelik Yaklaşımları.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Tasarımı.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.3. Araştırma Süreci	18
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	18
3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme, Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri	19
3.6. Veri Toplama Araçları.....	19
3.6.1. Gebe Tanıtıcı Formu.....	20

3.6.2. Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSBSL-SV)	20
3.6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	21
3.7. Ön Uygulama.....	22
3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	22
3.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları.....	23
3.10. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi	23
3.11. Araştırmanın Etik Boyutu.....	24
4. BULGULAR	25
4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri	25
4.2. Gebelerin Destek Sistemlerinin Değerlendirilmesi	26
4.3. Gebelerin Obstetrik Özellikleri	27
4.4. Gebelerin PTSBSL-SV Puanları	30
4.5. Gebelerin Posttravmatik Stres Bozukluğu Yaşama Durumları	30
4.6. Gebelerin ÇBASDÖ Puanları	30
4.7. Gebelerin PTSBSL-SV Toplam ve Alt Boyut Puanları ile ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki	31
4.8. Gebelerin PTSBSL-SV Toplam Puanları ve ÇBASDÖ Toplam Puanları ile Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişki	32
4.9. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre PTSBSL-SV Toplam Puanları.....	33
4.10. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre PTSBSL-SV Toplam Puanları	34
4.11. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puanları	36
4.12. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puanları.....	37
Tablo 13. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puanlarının Dağılımı ..	37
5. TARTIŞMA.....	40
5.1. Gebelerin PTSBSL-SV Toplam ve Alt Boyut Puanları	40
5.2. Gebelerin ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları	42
5.3. Gebelerin PTSBSL-SV ve ÇBASDÖ Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon İlişkisinin Karşılaştırılması.....	43

5.4. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre PTSBSL-SV Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	44
5.5. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
KAYNAKLAR.....	55
EKLER	74
Ek 1 Veri Toplama Formu.....	74
Ek 2 Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi Sivil Versiyonu Ölçek İzni.....	80
Ek 3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni.....	81
Ek 4 Etik Kurul Ön Onay Formu	82
Ek 5 Etik Kurul Son Onay Formu	83
Ek 6 Kurum İzni	84
Ek 7 Ek Kurum İzni.....	86
BİLİMSEL ETİK BEYANI	88
ÖZ GEÇMİŞ.....	89

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
APA	: Amerikan Psikoloji Birliği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMR	: Erken Membran Ruptürü
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
HELLP	: Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelet
HPA	: Hipotalamik Hipofiz Adrenal
HPO	: Hipotalamik Hipofiz Over
IUGG	: İntrauterin Gelişme Geriliği
JAOG	: Japonya Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
NICE	: Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü
NIH	: National Institute of Health
PPTSB	: Perinatal Posttravmatik Stres Bozukluğu
PTSB	: Posttravmatik Stres Bozukluğu
PTSBSL-SV	: Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu
RDF	: Risk Değerlendirme Formu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Çalışma Planı.....	18
Tablo 2. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	25
Tablo 3. Gebelerin Destek Aldığı Kişilere Göre Dağılımı	26
Tablo 4. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	27
Tablo 5. Gebelerin PTSBSL-SV Puanlarına Göre Dağılımı	30
Tablo 6. Gebelerin Posttravmatik Stres Bozukluğu Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı	30
Tablo 7. Gebelerin ÇBASDÖ Puanlarına Göre Dağılımı	30
Tablo 8. Gebelerin PTSBSL-SV Toplam ve Alt Boyut Puanları ile ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon Analizinin Sonuçları.....	31
Tablo 9. PTSBSL-SV ve ÇBASDÖ Toplam Puanları ile Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri ile İlgili Sayısal Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizinin Sonuçları.....	32
Tablo 10. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre PTSBSL-SV Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 11. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre PTSBSL-SV Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 12. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 13. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	37

ÖZET

ÖNCEKİ GEBELİĞİNDE KOMPLİKASYONU OLAN GEBELERDE POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU SEMPTOMLARI VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ekici M. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2023.

Amaç: Önceki gebeliğinde komplikasyonu olan gebelerde posttravmatik stres bozukluğu semptomları ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Analitik ve kesitsel tipteki bu araştırma Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniği gebe polikliniğine başvuran, en az 12 haftalık, önceki gebeliğinde komplikasyonu olan 301 gebe ile 04.10.2021-03.10.2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler Gebe Tanıtıcı Formu, Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi Sivil Versiyonu (PTSBSL-SV) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan gebelerin ortanca yaşı 29,0 (18,0-44,0) bulunmuştur. Gebelerin %57,8'inin ilkokul mezunu olduğu, %73,8'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %72,4'ünde gelirin gidere denk olduğu, %83,7'sinin çekirdek aile tipi yapısında, %91,4'üne eşinin destek olduğu saptanmıştır. Gebelerin %59,8'inin 28 hafta ve üzeri gebelik haftasında olduğu, %40,9'unun toplam dört ve üzeri gebeliği olduğu, %66,4'ünün düşük yaptığı, %68,8'inin gebeliğinin planlı olduğu, %58,5'inin doğum öncesi bakım aldığı tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan gebelerin PTSBSL-SV'den aldıkları toplam puanın $28,6 \pm 10,4$ olduğu ve alt boyut puan ortalamalarının sırasıyla yeniden yaşamının $7,7 \pm 4,5$, kaçınmanın $11,0 \pm 4,2$, aşırı uyarılmışlığın $10,0 \pm 3,9$ olduğu belirlenmiştir. ÇBASDÖ'den alınan toplam puan ortalamasının $64,4 \pm 16,1$, aile alt boyut puan ortalamasının $25,2 \pm 4,8$, arkadaş alt boyut ortalamasının $19,1 \pm 8,3$, özel bir insandır alt boyut ortalamasının $20,1 \pm 7,7$ olduğu görülmüştür.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda Gebelerin PTSBSL-SV toplam puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönde düşük düzeyde istatıksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Gebelerin sosyodemografik özellikleri (eşin destek olma durumu) ve obstetrik özellikleri (gebeliğe bağlı bir sorun yaşama durumu ve doğum öncesi bakım alma durumu) ile PTSBSL-SV puanları arasında istatıksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Gebelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, eşin destek olma durumu) ile ÇBASDÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmışken, obstetrik özellikleri ile ÇBASDÖ puanları arasında istatıksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.

Sonuç: Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, önceki gebeliğinde komplikasyonu olan gebelerde posttravmatik stres bozukluğu ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin negatif yönde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık profesyonellerinin doğum öncesi izlemlerde önceki gebeliğinde komplikasyonlu olan gebelerin PTSD ve sosyal destek düzeylerini belirlemeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Gebelik Komplıkasyonları, Posttravmatik Stres Bozukluğu, Sosyal Destek.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER SYMPTOMS AND SOCIAL SUPPORT LEVELS IN PREGNANT WOMEN WITH COMPLICATIONS IN THEIR PREVIOUS PREGNANCY

Ekici M. Aydın Adnan Menderes University Health Sciences Institute of Obstetrics and Gynecology Nursing Program, Master's Thesis, Aydın, 2023.

Objective: It was conducted to examine the relationship between posttraumatic stress disorder symptoms and social support levels in pregnant women who had complications in their previous pregnancy.

Material and Method: This analytical and cross-sectional study was carried out between 04.10.2021 and 03.10.2022 with 301 pregnant women who were at least 12 weeks old and applied to the Gynecology and Obstetrics Clinic of Aydın Gynecology and Childhood Hospital and Aydın Adnan Menderes University Hospital. Data were collected using the Pregnant Descriptive Form, the Civil Version of the Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (PTSBSL-SV), and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Data analysis was performed using descriptive statistics, Mann Whitney U Test and Kruskal Wallis Analysis of Variance.

Results: The median age of the pregnant women participating in the study was 29.0 (18.0-44.0). 57.8% of the pregnant women were primary school graduates, 73.8% were not employed in any job, 72.4% had income equal to expenses, 83.7% had a nuclear family type structure, 91.4% had a nuclear family type structure. It was determined that his wife was supportive. 59.8% of the pregnant women were at 28 weeks of gestation and above, 40.9% had a total of four pregnancies or more, 66.4% had a miscarriage, 68.8% had a planned pregnancy, 58% It was determined that of them received prenatal care.

The total score of the pregnant women participating in the study from the PTSBSL-SV was 28.6 ± 10.4 , and the mean subscale scores were 7.7 ± 4.5 for reexperiencing, 11.0 ± 4.2 for avoidance, and 10.0 ± 3.9 for hyperarousal, respectively. The total mean score obtained from

MSPSS is 64.4 ± 16.1 , the family subscale mean 25.2 ± 4.8 , the friends subscale mean 19.1 ± 8.3 , the special person subscale mean 20.1 ± 7.7 It was found to be.

A negative, low-level, statistically significant relationship was found between the pregnant women's PTSBSL-SV total score and their MSPSS total score.

A statistically significant correlation was found between the sociodemographic characteristics (spousal support status) and obstetric characteristics (pregnancy-related problems and prenatal care status) and PTSBSL-SV scores of the pregnant women. While a significant correlation was found between the sociodemographic characteristics (age, education level, education level of the spouse, the support status of the spouse) and the MSPSS scores of the pregnant women, no statistically significant correlation was found between the obstetric characteristics and MSPSS scores.

Conclusion: In line with the findings of the study, it was concluded that the relationship between post-traumatic stress disorder and social support levels in pregnant women who had complications in their previous pregnancy was negative. It is recommended that health professionals determine the PTSD and social support levels of pregnant women with complications in their previous pregnancies during prenatal follow-ups.

Key Words: Pregnancy, Pregnancy Complications, Posttraumatic Stress Disorder, Social Support

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik, reproduktif çağda olan her kadının yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyumu gerektiren doğal, karmaşık ama aynı zamanda kadını üretkenlik anlamında doyum noktasına ulaştıran bir olaydır (Coşkun ve diğerleri, 2020). Gebelik bazı durumlarda anne ve fetüs için hayati tehlike meydana getirebilecek olayları da beraberinde getirebilir. Fetüs ve anne için morbidite ve mortalite riskine sebebiyet verebilecek tüm gebeliklere riskli gebelik denir (Em, 2011). Gebeliği riskli hale getiren durumlar arasında preeklampsi–eklampsi, peripartum hemorajiler, gestasyonel diyabet, polihidroamnioz–oligohidroamnioz, intrauterin gelişim geriliği, fetal anomali, Rh uyumsuzlukları, preterm eylem, çoğul gebelik, erken membran rüptürü, gebelik ve sistemik hastalıklar vb. yer almaktadır (Çoban, 2015; Ölçer ve Oskay, 2015; Taşkın, 2020).

Risk olası bir tehdidin sebep olduğu kayıp, yaralanma ve zarar verici bir olayın gerçekleşmesi sonucu veya negatif etkilenme durumu olarak tanımlanmaktadır (Evcili ve Dağlar, 2019). Gebelikte risk ise, doğal koşullarda gerçekleşmesi beklenmeyen ama önceden olmuş olan ya da gebelik sürecinde ortaya çıkabilecek olan komplikasyonların oluşma ihtimalidir (Elsenbruch ve diğerleri, 2006). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 raporuna göre 2018 yılında riskli gebelik oranı %35'tir ve bu oran Türkiye'de her üç gebelikten birini kapsamaktadır (TNSA, 2018). Riskli gebelikler kadınları doğum sonu dönemde etkilemektedir. Bu kadınlar postpartum dönemde duygulanım bozuklukları, depresyon, intihar girişimi ve olumsuz doğum sonuçları gibi sorunlarla karşılaşabilmektedir (Taşdemir ve diğerleri, 2006; Simpson ve diğerleri, 2008). Pregestasyonel hastalıklar ya da gebeliğe bağlı oluşabilecek sorunlar nedeniyle kadınlar gebeliklerinde gebelik komplikasyonları yaşamaktadırlar. Gebelik komplikasyonları travmatik bir olay olarak bilinmekte; depresyon, anksiyete ve posttravmatik stres bozukluğuna (PTSB) kadar uzanmaktadır (Engelhard, 2004). Komplike gebelik geçirenlerde normal gebelik geçirenlere oranla PTSD semptomları oldukça fazladır (Em, 2011).

Gelişmekte olan ülkelerde, 15-49 yaş arası kadınlarda gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2023 verilerine göre 2020 yılında gebelik, doğum sırası ve sonrası komplikasyonlarından dolayı yaklaşık 287.000 anne öldüğü bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2023 yılı son verisine göre de her iki dakikada bir kadının gebeliğe bağlı nedenlerden dolayı hayatını kaybettiği rapor edilmiştir. Bu ölümlerin yaklaşık %70'i Sahra Altı Afrika ülkelerinde gerçekleşmiştir (WHO, 2023).

Posttravmatik stres bozukluğu, kişinin kendisinin veya başkasının ölüm tehdidi ya da ciddi yaralanmaya bağlı fiziksel bütünlüğü ile ilgili travmaya maruz kalmasıdır (Ayers ve diğerleri, 2015). Kadınlar erkeklere oranla daha fazla PTSD riski altındadırlar (Alcorn ve diğerleri, 2010; Weis ve Grunert, 2004). Yaşam boyu travma sıklığı kadınlarda %12,5, erkeklerde ise %6,2' dir (Weis ve Grunert, 2004). Kadına özgü olan gebelik, doğum ve postpartum dönem süreci ise PTSD gelişimi açısından risk taşımaktadır (Dikmen Yıldız ve diğerleri, 2017; Onoye ve diğerleri, 2013; Soet ve diğerleri, 2003). Posttravmatik stres bozukluğu faktörleri arasında; annede daha önceden var olan psikolojik problemler, yaşının genç olması, kişilik özellikleri, kişiler arası olumsuz etkileşimler, anksiyete, önceki doğum travmaları, komplikasyonlu doğum, ölü doğum, kanama, şiddetli doğum ağrısı, acil sezaryen, preterm doğum, kontrol kaybı, doğum sırasındaki müdahaleler, bakımda eksiklik, yetersiz problem çözme becerisi, stres ve sosyal destek eksikliği gibi sorunlar yer almaktadır (Ayers ve diğerleri, 2015; Andersen ve diğerleri, 2012; Ayers ve diğerleri, 2015; Nieto ve diğerleri, 2017).

Önceki gebeliği komplikasyonlu olan kadınların bir sonraki gebeliğinde anksiyetesinin arttığı, yoğun bir biçimde bebeğini kaybetme korkusu yaşadığı ve sıklıkla tekrar eden olumsuz düşüncelere maruz kaldığı, sürekli eskiyi hatırladığı, kendini suçlamaya yatkın olduğu ve yeni bebeğe bağlanmada güçlük çektiği tespit edilmiştir (Wallerstedt ve diğerleri, 2003; Nishith ve diğerleri, 2005). Ayrıca PTSD yaşayan annelerin bebek bakımını üstlenemedikleri, anne-bebek bağlanmasının olumsuz olduğu ve hatta bebeklerini reddettikleri rapor edilmiştir (Modarres ve diğerleri, 2012). Bu durumlar kadınların gebeliğe bakışını ve tekrar gebe kalma arzusunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Em, 2011; Paşalak, 2016).

Gebelik ve doğum birçok kadın için oldukça önemli bir olaydır. Gebelik duygusunu yaşayan her kadının o zamana ait hafızasında kalan unutulup gitmeyecek anıları mevcuttur. Gebelik döneminde yaşanan olumsuz her olay, sonrasında kadının yaşam kalitesini, psikososyal durumunu, bebeğine olan ilgisini ve isteklerini olumsuz şekillendirebilir. Her komplike gebelik kadının PTSD semptomlarını yaşaması ve bu duruma karşı kendini güçsüz hissetmesinin yanı sıra aynı zamanda tekrar gebe kalma korkusunu arttırmaktadır. Bu dönemde

alınan sosyal destek psikolojik sağlığın korunmasında olumlu rol oynar (Karaçam ve Ançel, 2009; Yeşilçınar ve diğerleri, 2017). Gebe kadının; eşi, ailesi ve arkadaşlarından alacağı sosyal destek gebeliğin getirdiği riskli durumlara uyum sağlamasını ve gebelikte yaşanan sorunlarla baş etmesini kolaylaştırmaktadır (Erkal Aksoy ve diğerleri, 2016). Sağlık profesyonellerinin vereceği sosyal destek ise gebelerin yaşayabilecekleri PTSD belirtilerini ve risk faktörlerini doğum öncesi dönemden başlayarak ele alınmasını ve bunların neden olabileceği olumsuz sonuçlara karşı dikkatli olunmasını sağlar. Çünkü PTSD gibi belirtiler doğum sonrası gelişebilecek ruh sağlığı sorunlarına yol açabileceği için sağlık profesyonellerinin kadına sağlayacağı danışmanlık, destek ve izlemler ruhsal sorunların önlenmesine katkı sağlayabilir (Er Güneri, 2014; İşbir ve İnci, 2014).

Gebelik, doğum ve doğum sonu süreçte karşı karşıya kalınan psikiyatrik belirti ve problemler; beslenme davranışını, obstetrik işleyişi, prenatal bakımı, anne-bebek bağlanmasını, annenin sağlığını, bebeğin bilişsel gelişim ve davranışını aksi yönde etkilemektedir (Özdamar, 2014; Lecompte ve diğerleri, 2017). Bu durumun sonucunda annenin, fetüsün, bebeğin iyilik halinin yanı sıra aile ve toplum sağlığı da oldukça olumsuz yönde etkilenmektedir (Bekmezci, 2016). Hem uluslararası hem de ulusal literatürde gebelerde PTSD ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar olmakla birlikte önceki gebeliğinde komplikasyonu olan gebelerde PTSD ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle araştırmanın konuyla ilgili literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

Araştırmanın Amacı

Önceki gebeliğinde komplikasyonu olan gebelerde posttravmatik stres bozukluğu semptomları ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Araştırma Soruları

- Önceki gebeliğinde komplikasyonu olan gebelerde posttravmatik stres bozukluğu semptomları ve sosyal destek düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Önceki gebeliğinde komplikasyonu olan gebelerde posttravmatik stres bozukluğu semptomları ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Komplike Gebelik

Gebelik, kadının yaşamında bir dönüm noktası olmakla birlikte bedensel ve psikososyal dengenin yeniden inşa edildiği biyo-psikososyal bir süreçtir. Bu süreç her zaman istenildiği gibi ilerlemeyebilir. Anne veya bebekle ilgili karşılaşılan olumsuz durumlar sağlıklı bir bebek kucaklamayı beklerken aksine hayal kırıklığına uğratabilir (Pelik Hadımlı, 2018). Bu duruma sebep olan gebelik komplikasyonları oldukça sık görülen ve bir o kadar can sıkıcı olan olaylar silsilesi olarak kendini göstermektedir (Stephenson, 2007). Perinatal mortalite ve morbiditenin artmasına sebebiyet veren, fiziksel ve psikososyal sağlık problemlerini içine alan gebelikler riskli gebelik olarak adlandırılmaktadır. Yüksek riskli gebelikler annenin veya fetüsün, sağlıklı olma halini veya yaşamını tehdit eden, morbidite ve mortalite oranlarını arttıran, oldukça önemli ve acil kategorisine giren gebelikler olarak tanımlanmaktadır (Aydemir ve diğerleri, 2014; NIH, 2018). Yüksek riskli gebeliklere ilişkin yapılan bir diğer tanım da gebe ya da fetüsün hem fiziksel hem de psikolojik zarar görme riski altında olması şeklinde tanımlanmaktadır (Roderigues ve diğerleri, 2016).

Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği'nin hazırladığı Tanı ve Tedavi Kılavuzları'na göre gebelik sürecinde karşı karşıya kalınan riskler; düşük riskli gebelik, riskli gebelik ve yüksek riskli gebelik başlığı altında üç grupta kategorize edilmiştir. Gebeliğe adım atan her kadın düşük risk grubunda değerlendirilmekle birlikte, tarama testleri normal seyreden ama takibe ihtiyaç duyan gebeler riskli grupta yer almaktadır. Maternal ve fetal anlamda hayati tehlike olan gebelikler ise yüksek riskli gebelik grubunda bulunmaktadır (Türk Perinatoloji Derneği, 2023; Doğan Merih ve diğerleri, 2018; NIH, 2018; Aydemir ve Hazar, 2014). Gebelerin ortalama %15'i oldukça profesyonel bakım almayı gerektirecek ve yaşamı zora sokacak bir komplikasyon ortaya çıkma riskine maruz kalmaktadır (Aydemir ve Hazar, 2014; Duman ve Kızılkaya Beji, 2019). Gebelik komplikasyonları çok çeşitli olmak birlikte gebelik ve doğum sürecine ilişkin; gebelik diyabeti, gebelik zehirlenmesi (gebelikle birlikte ortaya çıkan hipertansiyon, preeklampsi, eklampsi, toksemi), ablasyo plasenta, plasenta previa, abortus, ektopik gebelik, servikal yetmezlik, erken membran rüptürü, erken doğum tehdidi, peripartum hemorajiler, çoğul ve ikiz gebelikler, oligohidroamnioz, polihidroamnioz, fetal

anomali, Rh uyuşmazlıkları ve intrauterin gelişme geriliği (IUGG) olarak sınıflandırılabilir (Türk Perinatoloji Derneği, 2023).

En yaygın görülen gebelik komplikasyonlarına baktığımızda; abortus, üreme çağındaki kadınların en sık görülen tıbbi problemleri arasında ilk sırada gelir. Gebe kadınların %25'i en az bir defa spontan düşükle karşı karşıya kalır (Warren ve Silver, 2008; Stephenson, 2007). Gebeliklerin %60'ının, klinik açıdan tanımlanan gebeliklerin ise %12-15'inin abortus ile sonlandığı bilinmektedir (Özgünen, 2007). Otuz yedinci gebelik haftasından önce dünyaya gözlerini açan bebeklerin doğum eylemlerinin hepsi prematüre doğum olarak tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 184 ülkenin dâhil olduğu prematüre doğum yüzdesi %5-%18 arasında değişiklik göstermekle birlikte, Türkiye'de bu oran %11,97'dir (Özkars, 2017; Taşkın, 2016). Gebelik hipertansiyonu 10 gebelikten 1'inde karşımıza çıkan ve gebeliklerin %10'unun komplike hale gelmesine sebep olan tıbbi kalıtsal bir hastalıktır (ACOG, 2013). Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM) gebeliklerde en çok görülen komplikasyondur. Gebeliklerin %7'sinde GDM görülmektedir. Erken membran rüptürü (EMR) gebeliğin akıbetine olumsuz yön veren en önemli obstetrik komplikasyonlar arasında olup, term gebeliklerin %5-10'nunda görülmektedir (Mercer, 2003).

Sağlık Bakanlığı tarafından Doğum Öncesi Bakım Rehberinde gebelikte riske sebebiyet veren durumlar prenatal dönemde izlem, test ve risk değerlendirme formları (RDF) ile tanımlanmaktadır. Bu değerlendirmeler maternal ve fetal sağlığın korunması, gelişebilecek sorunlar karşısında erken tespit ve anomalili bebek doğma durumlarında doğumdan hemen sonra acil ve doğru müdahalenin uygulanabilmesi adına büyük önem arz etmektedir (Doğan Merih ve diğerleri, 2018; Atadağ ve diğerleri, 2017). Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Öncesi Bakım ve Yönetim Rehberi'ne (2014) göre Türkiye'de; 0-14. hafta, 18-24. hafta, 28-32. hafta, 36-38. hafta olmak üzere toplam 4 kez gebelik izlemi önerilmektedir. Bu izlemlerin sıklığından ziyade niteliğine önem verilmektedir. İlk izlem için ayrılacak süre 30 dakika iken, diğer izlemler için ayrılacak süre 20 dakika olarak planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014). İlk izlem basamağının içinde fizik muayeneden hemen sonra gebenin risk değerlendirmesi yapılır. Risk değerlendirme formu bütün gebeleri kapsar ve gebelere uygulanarak 'riskli gebelikleri' belirlemek adına kullanılır. Uzman görüşü alınarak izlemin nerede, nasıl ve ne sıklıkla yapılacağı konusunda karar verilmesi adına kullanımı oldukça önemlidir. Sevk kriterleri için risk değerlendirme formunun önemi büyüktür. Gebelikte risk değerlendirme formu; tıbbi öykü, obstetrik öykü ve mevcut gebeliğin değerlendirilmesi olarak üç başlık altında kategorize edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Gebelikte anne veya bebekle ilgili sorunla karşı karşıya kalınması normal gebelik seyrinde yaşanan strese oranla çok daha önemli bir durum olarak görülmektedir (Ölçer ve Oskay, 2015). Anne adaylarına yüksek riskli gebelik teşhisi konduğunda, psikolojik ve duygusal sonuçlara yol açan bu yeni gerçekle yüzleşmek ve başa çıkmakta zorlanabilirler (Georgsson ve diğerleri, 2004). Yüksek riskli gebelik yaşayan ve yaşamış olan kadınlar korku, suçluluk, şok, keder, hayal kırıklığı, endişe, yalnızlık ve izolasyon gibi bir dizi duygusal sorunla baş etmektedir (Naar ve Teroni, 2017). Gebeliğin yüksek riskli oluşu annede anksiyete seviyesini arttırmaktadır (Yılmaz ve Beji, 2010). Riskli gebeliklerde düşük riskli gebeliklere oranla stres ve kaygı seviyelerinin daha fazla olduğu bilinmektedir (Gümüldaş ve diğerleri, 2014). Lalor ve Begley (2006) ve Price ve diğerleri (2007) tarafından Kanada ve İrlanda’ da yürütülen çalışmalar anne adaylarının sağlık personeli tarafından yüksek riskli gebelikleri hakkında yapılan bilgilendirme sonrasında şok yaşadıklarını göstermektedir (Lalor ve Begley, 2006; Price ve diğerleri, 2007). Bu çalışmalardaki kadınlar yaşadıkları travma nedeniyle yüksek riskli gebelik yaşadıkları fikrini içselleştirmekte zorlanmışlardır (Lalor ve Begley, 2006; Price ve diğerleri, 2007). Storeng ve diğerleri (2010) çalışmalarında, yüksek riskli bir gebelikten sonra annelerin doğum sonu dönemde hala şok duygularını atlatamadıklarını ve bebeğe bakmakta güçlük çektiklerini belirtmişlerdir (Storeng ve diğerleri, 2010). İrlanda, Uganda ve Brezilya’da gerçekleştirilen çalışmalarda gebelik komplikasyonu teşhisi konulan gebelerin hayal kırıklığı yaşadıkları ifade edilmiştir (Cote-Arsenault ve Marshall, 2000; Amorim ve diğerleri, 2016; Malouf ve Redshaw, 2017).

İzolasyon ve yalnızlık, anne adayının hastaneye yatışı sırasında ve doğum gerçekleştikten sonra yaşanmaktadır. Güney Afrika’ da HELLP sendromu nedeniyle hastaneye yatışı olan annelerin kendilerini izole edilmiş hissettikleri ortaya çıkmıştır (Roomaney ve diğerleri, 2014). Uganda’da yürütülen çalışmada ise annelerin uterus rüptürü nedeniyle hastaneye kaldırıldıktan sonra kendilerini izole edilmiş hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Walley ve diğerleri, 2016). Norhayati ve diğerlerinin (2017) Malezya’da yaptıkları bir çalışmada, yüksek riskli gebelik yaşayan kadınların daha fazla çocuk sahibi olamayacakları konusunda bilgilendirildiğinde, derin üzüntü içinde oldukları saptanmıştır (Norhayati ve diğerleri, 2017). Khan ve diğerleri (2012) tarafından Bangladeş’te yürütülen çalışmada acil obstetrik komplikasyonlardan dolayı sezaryen doğum yapan kadınların sezaryenin fiziksel ve ekonomik sonuçlarıyla ilgili olan algılar yüzünden kendilerini suçlu hissettikleri yönünde sonuçlar elde etmişlerdir (Khan ve diğerleri, 2012). Roomaney ve diğerleri (2014) Güney Afrika’da yürüttükleri çalışmada, HELLP sendromu yaşayan gebelerin ölüm korkusu, hüsrana,

öfke ve suçluluk gibi duygusal deneyimlerle baş etmeye çalıştıkları sonucuna ulaşmıştır (Roomaney ve diğerleri, 2014). Malouf ve Redshaw (2017) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen çalışmada preterm doğum riski yüksek olan kadınların bu durum karşısında kendilerini suçladıkları ortaya çıkmıştır (Malouf ve Redshaw, 2017). Souza ve diğerleri (2009) tarafından Brezilya'da gebeliğin ciddi maternal komplikasyonları sebebiyle yoğun bakımda tedavi gören annelerin korku, suçluluk, yabancılaşma, ilgisizlik, yas ve hayal kırıklığı gibi PTSD semptomlarını sergiledikleri tespit edilmiştir (Souza ve diğerleri, 2009). Anneler, yüksek riskli bir gebelik geçirdikten sonra idealize edilmiş annelik beklentilerini karşılayamadıkları için, genellikle depresyon belirtileri olan suçluluk ve değersizlik duygularıyla baş başa kalmaktadırlar (Isaacs ve Andipatin, 2020). Simmons ve Goldberg (2011) tarafından yapılan araştırmada yüksek riskli gebelik deneyiminden sonra annelerde depresyon bozukluğunda artış olduğu saptanmıştır (Simmons ve Goldberg, 2011). Gümüşdaş ve diğerleri (2004) tarafından yapılan bir çalışmada hastanede yatışı olan 108 riskli ve hastane yatışı olmayan 124 risksiz olmak üzere toplam 232 gebenin psikososyal durumu değerlendirilmiş; riskli gebelerin stres ve kaygı seviyesi, riskli olmayan gebeliklere göre daha yüksek bulunmuştur (Gümüşdaş ve diğerleri, 2004).

Yüksek riskli gebelikler anne-bebek bağının güvenli kurulmasında negatif yönde etki edeceği için bu gebeliklerin çok daha iyi bir biçimde takip edilmeleri oldukça önemlidir (Bakır ve diğerleri, 2014). Yüksek riske sahip gebelerin bazılarında hastaneye yatış şart koşulmakta, yatak istirahati zorunlu hale gelmektedir. Bu gibi durumların sonucu olarak günlük işlevlerinden uzak kalma, bebeğinin doğumuna istenildiği şekilde hazırlanamama, yakınlarından birine bağımlı olma, özgürlüğünün kısıtlanmış olduğunu hissetme, aileden ayrılma, mahremiyetin azalması, belirsizlik, bebeği hakkında endişeye kapılma, kendini suçlama gibi negatif durumların sonucu olarak gebe ve eşinin süreci çekilmez olarak görüp, mutsuz hissettikleri belirtilmektedir (Akbaş ve diğerleri, 2008; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Ayrıca gebeler hastaneye yattıklarında, gebeliklerine olan uyumlarının bozulması ve sayısız duyguyu deneyimlemelerinden kaynaklı olarak rahatsız edici bir durum yaşamaktadırlar. Yüksek riskli gebelikler annelerin PTSD yaşamasıyla sonuçlanan duygusal faktörleri çağrıştırmaktadır (Isaacs ve Andipatin, 2020). Yüksek riskli gebelik deneyimleyen kadınlarda uzun dönem etki olarak depresyon ve PTSD teşhisi konulabilir. Bu durum onları çocuğa zarar vermeye ve kendilerini değersiz hissederek intihar düşüncelerine sürükleyebilir (Satyanarayana ve diğerleri, 2011; Rai ve diğerleri, 2015). Gebeliğin kendi başına multifaktöriyel bir süreç olmasının yanında riskli olduğu durumlarda bu sıkıntılı sürece ortak

olan birçok etmen bulunmakta ve hepsi birer kaygı kaynağı olarak yer almaktadır (Isaacs ve Andipatin, 2020).

2.2. Gebelikte Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB)

Travmatik olay, kişinin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü bozan, değerlerini ve inançlarını tehdit eden olaylar bütünü olarak değerlendirilir. Travmatik olaylar sonrasında kişinin yaşamında fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda değişiklikler ortaya çıkabilir. Kişilerin sarsılan güven duyguları ile birlikte negatif hisler türeyebilir (Schwerdtfeger ve diğerleri, 2007). Bunun sonucunda karşılaşılan stres verici olayla baş etme mekanizmaları arasında uyumsuzluk ortaya çıktığında travmayla bağlantılı anksiyete bozukluğu, depresyon ve PTSD gibi ruhsal sorunlar baş gösterebilir. Posttravmatik stres bozukluğu travma yaratacak kadar önemli bir olay sonrası ortaya çıkan aşırı uyarılma hali (hipervizilans), travma yaratan ve tekrar hatırlatacak olaylardan uzak durma, travmatik rüyalar ve "flashback"ler (geçmişe dönüş) yoluyla yeniden yaşıyormuş hissi, uykuya dalma güçlüğü, çabuk sinirlenme ve düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekmeye sebep olan kronik mental bir bozukluktur (Şuer, 2005; APA, 2013; Eren Koçak ve Kılıç, 2017). Kişilerin ölüm veya ölüm tehdidine maruz kaldığı durumlar, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete uğradığı durumlarda PTSD meydana gelmektedir. Doğrudan veya dolaylı yoldan da olsa travmaya maruz kalma, travma yaratacak olaya şahit olma PTSD oluşması için yeterli etkenlerdir (APA, 2013).

Gebelikle ilgili herhangi bir krizin (infertilite, preterm doğum ya da bebeklerin durumundaki beklenmedik değişiklikler gibi) ortaya çıkması duygusal bir yük olabilmekte ve sıkıntı, yoğun yas ve PTSD gibi uzun süreli psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (Gondwe ve Brandon, 2019; Yaari ve diğerleri, 2019). Obstetrik komplikasyonlar PTSD gelişimine yol açan travmatik olaylar kategorisinde yer alır (Engelhard, 2004). Currie ve Barber (2013) gebelik esnasında herhangi bir problemle karşılaşan kadınların psikolojik sıkıntı yaşama ihtimalinin daha yüksek olduğunu bildirmektedir (Currie ve Barber, 2013). Engelhard ve diğerlerinin (2001) çalışmasında gebelik kaybı deneyimleyen kadınlarda %25 oranında PTSD görüldüğü saptanmıştır (Engelhard ve diğerleri, 2001). Bununla birlikte anksiyete ve stres, gebelik kaybının sonrasında %20-40 oranında ortaya çıkan en belirgin psikolojik durumlar arasında görülmektedir (Keten ve diğerleri, 2015). Born ve diğerleri (2006) daha önceki gebeliğinde kayıp yaşayanlarda ve komplikasyonlu gebelik geçirenlerde PTSD belirtilerini geliştiğini rapor

etmişlerdir (Born ve diğerleri, 2006). Farren ve diğerlerinin (2016) yaptığı çalışmada ektopik gebelik yaşayanlarda %25, abortus yaşayan kadınlarda %38 oranında PTSD saptanmıştır (Farren ve diğerleri, 2020). Gebeliğin kaybindan sonra yaşanan psikolojik sorunlar gebe kadının sonraki gebeliğine zarar verebilir (Caelli ve diğerleri, 2002). Gebeliğinde PTSD' si olan kadınlar ektopik gebelik, abortus, hiperemesis gravidarum ve erken doğum başta olmak üzere diğer obstetrik komplikasyonlar bakımından da yüksek risk altındadırlar (Seng, 2001). Posttravmatik stres bozukluğuna sahip kadınlar önceki kayıpla ilgili rahatsız edici düşüncelerden etkilenirler ve gelecekteki gebeliklerinde geçmiş kayıplarının hatırlatılmalarından kaçınırlar. Şimdiki bebeğe bağlanmakta zorluk çekerler, bebekten hoşlanmazlar. Ağrılar ve fetüsün hareketleri konusunda son derece tetikte dururlar ve sıkça normal olayları bile tekrar eden bir travmanın hatırlatıcısı olarak düşünebilirler. Bu kadınlarda kendini suçlama duygusu hakimdir (Nishits ve diğerleri, 2005). Posttravmatik stres bozukluğunun karakteristik özelliği olan kaçınma belirtileri; anneyle sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkinin kalitesini bozabilir, etkili bir destek sisteminin gelişimini engelleyebilir ve anne-bebek bağlanmasını zayıflatabilir. Önceki bir gebelik kaybı ve önceki gebeliğin komplikasyonu ile ilgili olan PTSD, şimdiki gebeliğin sağlıklı olarak sonuçlanmasıyla çözüme kavuşsa bile gebelik ve bebek üzerinde olumsuz etki oluşturabilir (Forsay ve diğerleri, 2009). Forsay ve diğerleri (2009) yaptıkları çalışmayla gebelik komplikasyonlarının ve gebelik kayıplarının PTSD yaratabileceğini ve gebeliğe bağlı travma sonrasında gebe kalan kadınlarda PTSD prevalansının oldukça yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (Forsay ve diğerleri, 2009).

Perinatal posttravmatik stres bozukluğu (PPTSD) ise kadın tarafından olumsuz olarak algılanan (önceki veya şimdiki) travmanın varlığıdır. Perinatal posttravmatik stres bozukluğu öncülleri arasında; perinatal komplikasyonlar, doğum sonrası depresyon ve önceki bir psikiyatrik geçmiş sayılmaktadır. Gebeliğin oluşmasından doğumdan sonraki bir yıla kadar uzanan sürede kadınlar perinatal dönemde PTSD yaşayabilirler (Ayers ve diğerleri, 2015). Perinatal PTSD, PTSD ile karşılaştırıldığında benzersiz niteliklere, öncüllere ve sonuçlara sahiptir. Travmatik bir deneyimden sonra ortaya çıkan PPTSD, konsepsiyondan doğum sonrası 6 aya kadar herhangi bir zamanda teşhis edilen, 1 aydan uzun süren, annede spesifik negatif semptomlara ve kötü anne-bebek sonuçlarına yol açan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Perinatal PTSD, depresyon ve anksiyete ile uyku ve konsantrasyon güçlüğü, azalan ilgi, ayrılma duyguları ve aşırı uyarılma gibi bir dizi tanısal özelliği taşımaktadır (APA, 2013; Agius ve diğerleri, 2016). Perinatal komplikasyonlar ve istismar, yakın partner şiddeti ve çocuklukta istismar öyküsü vb. durumlar sıklıkla PPTSD 'ye özgü tanımlanmış travmalardır

(Seng ve diğeri, 2010; Onoye ve diğeri, 2013; Dodgson ve diğeri, 2014). Wosu ve diğeri (2015), PTSD'si olan gebe kadınlarda çocuklukta tecavüze uğrama olasılığının, çocuklukta tecavüze uğramamış kadınlara göre beş kat daha fazla olduğunu saptamışlardır (Wosu ve diğeri, 2015). Rodriguez ve diğeri (2008), doğum öncesi bakım alan bir Latin kadın popülasyonu arasında, yakın partner arası şiddet bildiren kadınların, bildirmeyenlere göre PTSD semptomlarının önemli ölçüde daha fazla olduğunu gözlemlemiştir (Rodriguez ve diğeri, 2008). Tedavi edilmeyen PTSD'nin sonuçları annede depresyona, kötü doğum öncesi bakıma, prematüriteye, riskli davranışlara, aşırı kilo alımına, doğum sonu yetersiz emzirmeye, olumsuz anne-bebek sonuçlarına, bağlanma bozukluğuna ve çocuğun bilişsel gelişiminde yetersizliğe yol açarak sağlık bakım maliyetlerinin artmasına neden olabilir (Witt ve diğeri 2011, Weinreb 2012; APA, 2013). Ayrıca literatürde, tedavi edilmemiş PTSD'nin diğeri sonuçları düşük özgüvenli ebeveynlik, başarısızlık duyguları ve cinsellikten kaçınma ile ilişkilendirilmiştir. Gebelik boyunca oluşacak fizyolojik değişimler; kadının ruh hali, motivasyonu, sosyal bilişi, uykusu ve konsantrasyon durumu üzerinde etkilidir. Ayrıca travmatik anıların sıklığı ve yoğunluğu birlikte PTSD semptomlarını arttırabilmektedir (Seng ve diğeri, 2005, 2010).

Gebelik ve doğum sonu PTSD prevalansına ilişkin tahminler büyük farklılıklar göstermektedir. Gebelikte yaygınlık tahminleri %0 ile %35 (Horsch ve diğeri, 2013, Mahenge ve diğeri, 2015) ve doğumdan sonra %0 ile %21 (Verreault ve diğeri, 2012) arasında değişmektedir. Doğum sırasındaki travmatik olaylarla ilişkili olarak PTSD yaygınlık oranları gebelik esnasında %3,3 ve doğum sonrasında %4 olarak bulunmuştur (Dikmen Yıldız ve diğeri, 2017). Gebelikte veya doğum sırasında ciddi komplikasyonlara sahip yüksek riskli kadınlarda prevalans %15-18 oranlarındadır. Özellikle bu oran prematüre doğum, acil sezaryen veya ölü doğum sonrası oldukça fazladır (Grekin ve diğeri, 2014; Horsch ve diğeri, 2013; Ayers ve diğeri, 2015). Normal bir zaman diliminde ortaya çıkan PTSD semptomları her ne kadar endişe verici olsa da gebelik esnasında bu tür semptomların ortaya çıkması gebelik komplikasyonlarını ve olumsuz doğum sonuçlarını oluşturabilme ihtimalinden dolayı ek zorluklar yaratabilir. Gebelik esnasında yaşanan PTSD, kadınları doğum komplikasyonlarına yakınlaştıran kortizol, vazopressin ve oksitosin hormon düzensizliği gibi nöroendokrin değişikliklerle ilişkilendirilmiştir (Friedman ve McEwen, 2003; Marsall ve Garakani, 2002). Bu durum bebeklerin PTSD'ye yatkın olmalarına sebep olmaktadır (Yehuda ve diğeri, 2005).

Gebeliğin fiziksel değişiklikleri özellikle kardiyovasküler, respiratuar, gastrointestinal ve renal sistem değişiklikleri de PTSD belirtilerini etkileyebilir. Gebelikte artan kalp ve

solunum hızları, nefes darlığı ve mide bulantısı gibi yaşanan somatik değişiklikler, kaygı ile ilişkili fiziksel duyumlara benzeyebilir. Somatik, duygusal ve bilişsel süreçler etkileşim içinde olduğundan kadınların özellikle de primigravidaların, bu fiziksel duyumları yanlış bir şekilde PTSD'nin aşırı uyarılmışlığına atfetmeleri ve uyarılmış aşırı uyanıklık, yeniden deneyimleme ve uyuşturmanın etkileşimli döngüsünü etkinleştirmeleri olasıdır. Gebelik esnasında alevlenen nöroendokrin değişiklikler PTSD'yi de etkiler. Gebelik, hipotalamik-hipofiz-over (HPO) ekseninin oluşturmuş olduğu etkilerle özellikle gebenin ruh halinin ve biliş durumunun değişimine sebep olan progesteron ve östrojen plazma konsantrasyonlarındaki artışlarla yakından ilişkilidir. Ayrıca gebelik, plazma adrenokortikotropik hormon ve kortizoldeki yükselişlerle özellikle üçüncü trimesterde (plasental sekresyondan) plazma kortikotropin salgılayan hormondaki büyük bir artış dahil olmak üzere hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenindeki değişikliklerle oldukça ilişkilidir (Blackburn ve Loper, 1992). Kortizolün bir stres hormonu olmanın yanı sıra hafızayı, sosyal bilişi, olumsuz ruh halini, (Erickson ve diğerleri, 2003) uyanıklığı ve uykuyu (Buckley ve Schatzberg, 2005) etkilediği görülmektedir. Gebelikte hem HPA hem de HPO eksenleri ile değişen hormonal dengenin; ruh halini, motivasyonu, sosyal bilişi, uykuyu ve konsantrasyonu etkileyen travmatik anıların sıklığını ve duygusal yoğunluğunu artırarak PTSD semptomlarının ifadesini etkilemesi olasıdır (Seng ve diğerleri, 2005, 2010).

Literatürde komplike gebelikler ve PTSD ile ilişkili az sayıda çalışma yer almaktadır. Gebelik dönemi, PTSD açısından risk taşıırken komplike bir gebelik yaşayan kadın PTSD semptomlarına direkt açık hale gelir. Komplike gebelik yaşayan gebelerde anksiyete ve PTSD semptomları ile birlikte gebelikte veya gebelikten sonra depresyon gelişebilir (Kersting ve diğerleri, 2009; Em, 2011). Psikososyal bağlamda iyi olma hali annenin rolünün sağlıklı şekilde sürdürmesini ve sonuç olarak sağlıklı maternal bağlanmayı sağladığı bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada gebe kadınların psikososyal sağlıkları ile annelik rolleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Uçar, 2014). Gebelikte PTSD olan kadınlarda gebelik komplikasyonlarının yanı sıra anne ve fetus üzerinde olumsuz etki yaratacak kötü sağlık davranışlarının gelişme riski daha yüksektir (Ayers, 2014).

2.3. Gebelikte Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Hemşirelik Yaklaşımları

Gebelikte karşılaşılan komplikasyonlar hem gebenin psikolojik sağlığını hem de yenidoğan sağlığını olumsuz yönde etkileyen durumlar ortaya çıkarmaktadır (Şahin ve Kılıçarslan, 2010; Şen ve Şirin, 2013). Gebelikte yaşanan kaygı gebenin ruh halinin olumsuz etkilenmesine ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Dağlar ve Nur, 2014). Aynı zamanda kaygı, anne ve fetüs için risk olarak kabul edilir. Bu nedenle de daha önce komplikasyonlu gebelik deneyimleyen gebe kadınların PTSD semptomlarını yaşama ihtimali açısından taranmaları oldukça önemlidir (Forray ve diğerleri, 2009). Gebenin içinde bulunduğu psikolojik durum dikkatli ve özenli bir şekilde takip edilerek ruh sağlığı sorunları erken dönemde saptanmalı, gerekli adımlarla önlenmeli ve tedavi edilmelidir (Er Güneri, 2015; Öztürk ve Aydın, 2017). Gebelikte anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunlara açık gebelerde prenatal stres düzeyinin azaltılması adına gebelikte psikososyal tarama yapılmasının oldukça önemli olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Taramalar sonucunda hemşireler ihtiyaç halinde gerekli psikososyal girişimleri planlamalıdır. Tüm bu girişimler ile gebe kadının gebeliği kabulü ve gebeliğe uyumu kolaylaşır, aile bireylerine verilen eğitimlerle gebenin ihtiyaç duyduğu sosyal desteği elde etmesi daha kolay olur (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Komplike gebelik yaşayan bazı gebelerin gerekli görüldüğü durumlarda hastaneye yatışı yapılabilir ve yatak istirahati yapması gerekebilir. Bu gibi durumlarda da fiziksel ve ruhsal destek görmeye, sağlık personelleri tarafından bilgi almaya ihtiyaç duyarlar (Ölçer ve Oskay, 2015). Hemşireler, gebenin bilgilendirme dâhil tüm gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması konusunda mesleki bilgi, birikim ve tecrübe ile her daim iletişim kurulabilir olmalarıyla en önemli rolü üstlenmektedirler. Bu dönemde gebe ve yakınlarının hastaneye yatış sürecini kabul etmelerinden kaygı ve stres düzeylerinin en aza indirgenmesine kadar sergilenen hemşirelik yaklaşımı sayesinde sonraki süreçte yaşanabilecek olumsuz psikolojik sorunların önüne geçilebilir (Ölçer ve Oskay, 2015). Tüm bu yaklaşımlar ile hemşireler PTSD'nin uzun vadede sürecekt etkilerinden kadını kurtarır ve anne-bebek arasındaki bağın daha sağlam olmasını sağlar (Er Güneri, 2015). İnterkonsepsiyonel dönemde yapılacak izlemler ile de kadınlarda olası gelişebilecek psikososyal sorunların erken dönemde fark edilmesi açısından da hemşireler kilit role sahiptirler.

2.4. Gebelikte Sosyal Destek

Sosyal destek kavramı üzerinde birçok tanım olmasına rağmen, içinde bulunduğu zor ve sıkıntılı duruma karşı bireyin yaşam kalitesini arttırmak için ihtiyaç duyduğu kişilerden (eş, aile, arkadaş gibi) aldığı duygusal, maddi ve manevi destek sistemleri olarak kabul edilmektedir (Orr, 2004; Yılmaz ve diğerleri, 2008). Sosyal destek sistemlerinin; hem bireyin yaşamış olduğu sosyal sorun hem de hayatındaki genel iyilik halinin devam ettirilmesinde önemli etkisi olduğu bilinmektedir (Taşkın, 2016). Sosyal destek bireyi hem bedensel hem de ruhsal boyutta pozitif yönde etkilemektedir (Özbey, 2012).

Antepartum, intrapartum ve postpartum dönemlerde ortaya çıkabilecek komplikasyonlardan kaynaklı sosyal destek konusu daha da önem arz etmektedir. Çünkü sosyal destek kavramı kişilerin sosyolojik ve psikolojik sorunlarının önüne geçilmesini, tanı ve tedavilerinde, maruz kalınabilecek komplikasyonlarla savaşılabilmesinde oldukça önemli rol alır (Karataş ve Mete, 2012). Kadının ihtiyaç duyduğu kişilerden sosyal destek görmesi gebeliğe uyumunu ruhsal açıdan hafifletmekte, daha rahat bir gebelik süreci geçirmesini kolaylaştırmaktadır (Karaçam ve diğerleri, 2009). Gebelik sürecinde kadının yeteri kadar psikososyal ve duygusal destek almaması gebelikte ve sonrasında depresyona yatkınlığını arttırabilmektedir (Vırit ve diğerleri, 2008). Potansiyel sosyal desteğin yokluğu, kişinin duygusal tepkilerini geçersiz veya utanç verici olarak algılamasına katkıda bulunabilir bu da karşılaştığı negatif durumlara karşı yas sürecini yoğunlaştırabilir (Cacciatore, 2013; Murpy, 2017). Sosyal destek riskli gebeliklerde komplikasyonların oluşmasına engel olur, kaygı ve stresi en aza indirger, güven duygusuyla birlikte doğuma pozitif yönde yaklaşılmasını sağlar. Psikolojik ve fiziksel sağlığı artırır, annede memnuniyetin gelişmesini sağlar, güç ve otorite duygusunu geliştirir (Medfort, 2017). Giesbrecht ve diğerleri (2013) yaptıkları çalışmada düşük düzeyde sosyal destek alan gebelerde kortizol seviyelerinin çok yüksek olduğunu, bunun sonucunda gebede psikolojik sıkıntının geliştiğini ve fetüsün de kortizolün zararlı etkilerine maruz kaldığını rapor etmişlerdir (Giesbrecht ve diğerleri, 2013). Sosyal destek sayesinde riskli gebeliklerde fetal ve maternal komplikasyonlar daha az meydana gelmektedir. Razee ve diğerlerinin (2010) çalışmalarında GDM'si olan kadınların, GDM sonrası tip 2 diyabet riskini arttıran etmenlerin başında stres ve sosyal destek eksikliğinin yokluğunun olduğu bulunmuştur (Razee ve diğerleri, 2010).

Eşin desteği sosyal destek sistemlerinin en önemli vazgeçilmez parçasıdır. Literatürde evli kişilerin strese maruz kaldıkları zaman ilk olarak ulaştığı kişinin eşleri olduğu belirtilmektedir (Günsel, 2013). Doğrul'un (2020) çalışmasında gebeyken alınan desteğin gebeliğe uyumu kolaylaştırdığı, kaygı seviyesinin aza indirgenmesiyle stres seviyesini azalttığı ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak eş desteği sayesinde gebenin sorunlarla baş etme şekillerinin doğrusal şekilde arttığı saptanmıştır (Doğrul, 2020). Eşleri ve diğer aile üyeleri tarafından desteklenen gebelerin desteklenmeyenlere göre gebelik ve doğum sonu süreçlerde düşük seviyede depresyona maruz kaldıkları bulunmuştur (Elsenbruch, 2007). Racine ve diğerleri (2019) tarafından maternal stres, kaygı ve sosyal destek arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada; eş ve aile desteğinin gebelik sürecinde ve sonrasında yeterli düzeyde alınmasının stres ve kaygıyı azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Racine ve diğerleri, 2019). Maritmuthu ve diğerlerinin (2019) yürüttükleri çalışmada eş destek sistemlerinin yetersiz oluşu ve eş istismarının yaşanıyor olması ile düşük doğum aralıklı bebeklerin doğması arasında ilişki bulunmuştur (Maritmuthu ve diğerleri, 2019).

Literatürde gebelikte sosyal destek düzeylerini belirlemeye yönelik birçok çalışma yer almaktadır. Elsenbruch ve diğerlerinin (2007) çalışmasında gebelik ve doğum sonu dönemde eşlerinden ve diğer yakınlarından destek gören kadınların depresyona maruz kalma oranlarının daha az olduğu gösterilmiştir (Elsenbruch ve diğerleri, 2007). Husain ve diğerleri (2012) tarafından yürütülen çalışmada depresyonu olan kadınların daha az sosyal destek aldıkları belirtilmiştir (Husain ve diğerleri, 2012). Timur ve Şahin'in (2010) çalışmalarında sosyal desteğin olumlu etkisiyle birlikte stresi azalttığı, doğum komplikasyonlarını sınırladığı, doğum sürecinde olumlu etkisi olduğu, sezaryen doğum oranını ve epidural anesteziye daha az ihtiyaç duyulduğunu bildirmiştir (Timur ve Şahin, 2010).

2.5. Gebelikte Sosyal Destek ve Hemşirelik Yaklaşımları

Sağlık personelinin verdiği profesyonel destek prenatal bakımı pozitif yönde etkilemektedir (Akbaş, 2006; Mermer ve diğerleri, 2010; Candan, 2012). Uygun ve problem odaklı stresle başa çıkma tarzlarını kullanmak gebelik kaybının olumsuz sonuçlarını önleyebilir, stresi azaltabilir ve ruh sağlığına olumlu katkı sağlayabilir (Kicia, 2015; Faramarzi, 2016). Sağlık profesyonellerinin, kadınların ve ailelerinin iyilik halini artırmak, onlara sosyal ve psikolojik destek sağlamak için travma sonrası strese karşı duyarlı olmaları gerekmektedir

(Bialek, 2020). Hemşireler başta olmak üzere sağlık profesyonelleri bu süreçte annelerin yaşama ihtimali olan PTSS belirtilerini, risk etkenlerini ve sonuçlarını doğum öncesinden ele alarak gelişebilecek negatif durumlara karşı dikkatli olmalıdır (Khorsid ve Arslan, 2006; Er Güneri, 2015). Gebenin gebeliğe, doğuma ve ebeveynliğe uyum süreçlerini hızlandırmak için hemşirelik bakımının içinde psikososyal sağlık ve sosyal desteğe yönelik girişimler önemli bir yer kaplamaktadır. Hemşireler gebelerin karmaşık fizyolojik ve psikolojik dönemden geçtikleri anlarda, prenatal izlem boyunca gebenin bilinen sosyal destek sistemlerini tanımlarına, gebelerin farkındalık kazanmalarına, ihtiyaç duydukları destek sistemlerini kullanabilmelerini kolaylaştırmaya ve sosyal destek veren bireylerin riskli gebelikler konusunda fikir sahibi olmalarına yardımcı olabilirler (Çalık ve Aktaş, 2011; Metin, 2014; Vallin, 2019). Onlara pozitif baş edebilme becerileri kazandırmaya imkân sağlayabilirler (Daş, 2012). Hastaneye yatışı gerçekleşen gebeler için ise varsa destek amaçlı yanlarında eşlerinin kalabilmelerini ve gerekli durumlarda eşlerin bakım verebilmelerine imkân sağlayabilirler (Ölçer ve diğerleri, 2014). Riskli gebelik durumlarında hemşireler gebelerin duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmelerinde, korkularını dile getirmelerinde, riskli durumlar ile başa çıkabilmelerinde, psikolojik sağlıklarını sürdürmelerinde eğitici, danışman ve rehberlik rollerinden yararlanarak onlara rol model olma görevini üstlenebilirler (Ölçer ve diğerleri, 2015; Baltacı ve diğerleri, 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Araştırma analitik-kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversite Hastanesi gebe polikliniğinde gerçekleştirildi. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde gebe polikliniği, infertilite polikliniği, jinekoloji polikliniği ve perinatoloji poliklinikleri hizmet vermektedir. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nde ise gebe polikliniği, infertilite polikliniği, jinekolojik onkoloji polikliniği, jinekoloji poliklinikleri, perinatoloji ve ürojinekoloji poliklinikleri hizmet vermektedir.

Çalışma, gebe polikliniğine başvuran gebeler ile yürütüldü. Aydın ili ve ilçelerinden farklı sosyo-ekonomik düzeye sahip kadınların başvurmasından dolayı araştırmanın bu hastanelerde yapılması uygun görüldü. Bu durum araştırmaya alınan bireylerin çeşitliliği bakımından oldukça önemlidir.

3.3. Araştırma Süreci

Araştırmanın planı Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1. Çalışma Planı

Literatür Tarama ve Araştırma Konusunun Belirlenmesi	1 Mart-20 Nisan 2021
Soru Formunun Oluşturulması ve Uzman Görüşüne Sunulması	14 Mayıs-29 Mayıs 2021
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ndan Ön Onay- Son Onay Alınması	14 Haziran 202-4 Ekim 2023
Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nden Resmi İzin Alınması	3 Ağustos 2021
Araştırma Verilerinin Toplanması	4 Ekim 2021-3 Ekim 2022
Ek kurum olarak Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi’nden izin alınması	27 Nisan 2022
Veri Girişinin Yapılması ve Verilerin Analiz Edilmesi	7 Kasım-5 Aralık 2022
Araştırma Raporunun Hazırlanması	12 Aralık-30 Aralık 2022
Tezin Yazılması	2 Ocak-10 Temmuz 2023

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversite Hastanesi gebe polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılma kriterlerini sağlayan gebeler oluşturdu. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin istatistik biriminden alınan bilgiye göre 01 Ocak 2020–31 Aralık 2020 tarihleri arasında hastaneye 10.898 gebe başvurmuştur. Araştırmanın örneklem sayısı G*Power 3.1.9.6 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Yapılan hesaplamada H1 hipotezinin Pearson korelasyon katsayısı 0.60 ($r=0.60$), %5 hata payı ($\alpha=0.05$), %80 güç ($1-\beta=0.80$) ve H0 hipotezinin Pearson korelasyon katsayısı 0.50 ($r=0.50$) alınarak Pearson korelasyon analizi için örneklem sayısı 301 olarak hesaplanmıştır. Veri toplama sürecinde araştırmaya katılma kriterlerini sağlayan en az 301 gebeye ulaşılması hedeflenmiştir (Cohen, 1988; Faul ve diğerleri, 2009).

3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme, Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- $\geq 18 - \leq 45$ yaş aralığında olan
- Türkçe anlayan ve konuşabilen
- En az ilkokul mezunu olan
- Çalışmaya katılmayı kabul eden
- 12.- 37. Gebelik haftasında olan
- Multigravida olan
- Önceki gebeliği riskli olanlar (Abortus, ektopik gebelik, fetal gelişim anomalileri, gebelik diyabeti, preeklampsi-eklampsi, antepartum hemorajiler, erken membran rüptürü, polihidroamniozis-oligohidroamniozis vb.) gebeler çalışmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Kronik hastalık tanısı olan (Hipertansiyon, diyabet, kronik böbrek hastalığı, kronik kalp hastalığı vb.)
- Şimdiki gebelikte fetal malformasyon olan
- Psikiyatrik hastalığı olan (Depresyon, bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk vb.) gebeler çalışmadan dışlanmıştır.

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Soru formunu eksik dolduran gebeler çalışmadan çıkarılmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan ve gönüllü olan gebeler ile uygun ortamda yüz yüze görüşülerek veri toplama formu ile toplanmıştır. Veri toplama formunda, araştırmacılar tarafından literatüre göre hazırlanmış olan Gebe Tanıtıcı Formu (Özdemir ve diğerleri, 2017; Çeliker Tosun ve Okyay, 2018; Kostanoğlu ve diğerleri, 2019; Coşkun ve diğerleri, 2020; Alkin ve Beydağ, 2020), Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu

(PTSBSL-SV) (Kocabaşoğlu ve diğerleri, 2005) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Eker ve diğerleri, 2001) yer almaktadır. Açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan veri toplama formunda toplam 54 adet soru bulunmaktadır. Veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve kapsam geçerliliği için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinde Kadın Sağliğı alanında çalışan 7 öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır.

3.6.1. Gebe Tanıtıcı Formu

Bu form, sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumu, aile tipi, gelir düzeyi, destek sistemi) içeren ve 13 sorudan oluşan birinci bölüm ile obstetrik özellikleri (gebelik haftası, gebelik sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik yılı, planlı gebelik durumu, riskli gebelik durumu, doğum öncesi sağlık bakım hizmeti alıp almadığı, gebe bilgilendirme sınıflarına katılıp katılmadığı) içeren ve 12 sorudan oluşan ikinci bölüm olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Formda toplamda 25 açık ve kapalı uçlu soru yer almaktadır (Türkoğlu ve diğerleri, 2014; Özdemir ve diğerleri, 2017; Tosun ve Okyay, 2018; Kostanoğlu ve diğerleri, 2019; Coşkun ve diğerleri, 2020; Alkin ve Beydağ, 2020) (Ek-1).

3.6.2. Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSBSL-SV)

İlk kez Weathers ve diğerleri (1993) tarafından hem toplum taramalarında hem de hastalarda DSM-IV ölçülerine göre PTSD ölçütlerini araştırmak amacıyla geliştirilmiştir (Cronbach alfa: 0,97) (Weathers, 1993). Ölçek, posttravmatik stres bozukluğu semptomlarının tamamını sorgulamaktadır. Kocabaşoğlu ve diğerleri (2005) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış ve Türkçe formunun normal toplum örnekleminde yeterli geçerlilik ve güvenilirlik düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (Cronbach alfa: 0,922). Kişinin kendi kendini değerlendirdiği bir ölçektir ve üç semptom kümesini içeren toplam 17 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin 7'si kaçınma, 5'i aşırı uyarılmışlık, 5'i ise yeniden yaşantılama semptomları ile ilgilidir. Ölçek beşli likert tipindedir ve 1-5 arasında puanlanmaktadır (Ek-1). Ölçeğin toplam puanı maddelere verilen yanıtların aritmetik toplamıdır ve toplam ölçek puanı

17 ile 85 arasında değişkenlik göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik, güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 22/23 olarak belirtilmiştir ve bu kesme puanında hem özgüllük, hem de duyarlılık %70'ten fazla bulunmuştur (Kocabaşoğlu ve diğerleri, 2005). Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSBSL-SV) kullanım izni Prof. Dr. Neşre Kocabaşoğlu'ndan mail yoluyla alınmıştır (Ek-1).

3.6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)-[Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)] Amerika Birleşik Devletleri'nde Zimet ve diğerleri (1988) tarafından geliştirilen, ülkemizde Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Çakır ve Palabıyık (1997), Eker ve Arkar (1995), Eker, Arkar ve Yıldız (2001) tarafından yapılan, kullanımı yaygın bir sosyal destek ölçeğidir. Zimet ve diğerleri (1988) tarafından geliştirilen ölçeğin toplam Cronbach alfa kat sayısı 0,88, alt boyutlarından aile için 0,87, arkadaş için 0,85 ve özel kişi için 0,91 olarak bulunmuştur (Zimet ve diğerleri, 1988). Ölçek üç farklı kaynaktan (aile, arkadaş ve özel bir insan) alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri dört maddeden oluşan sosyal desteğin kaynağına ilişkin üç grubu içerir. Önerilen alt ölçek yapısı; "aile", "arkadaş" ve "özel bir insan" dan alınan desteği içermektedir. Faktör analizi üç faktörlü yapıyı desteklemektedir (Eker ve Arkar, 1995). Aile alt boyutu; 3., 4., 8. ve 11. Maddeleri, arkadaş alt boyutu; 6., 7., 9. ve 12. Maddeleri, özel kişi alt boyutu; 1., 2., 5. ve 10. Maddeleri ifade etmektedir. Ölçek kesinlikle hayır-1 ile kesinlikle evet-7 arasında değişen 7'li likert tipinde bir ölçektir. Her alt boyutun madde puanlarının toplanması ile alt boyut ölçek puanı elde edilmektedir. Alt boyutlardan elde edilebilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Alt boyut ölçek puanlarının toplamı ile ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Tüm ölçekten en düşük 12 puan, en yüksek 84 puan elde edilmektedir. Elde edilen puanın ne kadar yüksek olduğu algılanan sosyal desteğin de bir o kadar fazla olduğunu göstermektedir. Puanın düşük olması ise sosyal desteğin yetersiz olduğunu ya da yeterli algılanamadığını göstermektedir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Eker ve diğerlerinin (2001) yapmış olduğu çalışmada, ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı 0,89, alt boyutlarında ise aile için 0,85, arkadaş için 0,88 ve özel kişi için 0,92 olarak bulunmuştur (Eker ve diğerleri, 2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal

Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanım izni Prof. Dr. Haluk Arkar' dan mail yoluyla alınmıştır (Ek-1).

3.7. Ön Uygulama

Soru formunda yer alan soruların gebeler tarafından anlaşılabilirliği, cevaplanma durumu ve uygulama süresinin değerlendirilmesi için forma son halini vermek üzere 10 gebeye 25 Eylül 2021-30 Eylül 2021 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda soru formunda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama kapsamına alınan gebeler araştırma örneklemine dâhil edilmemiştir.

3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversite Hastanesi gebe polikliniğine başvuran, araştırma kriterlerine uyan gebelerle, hafta içi 3 gün olacak şekilde poliklinik hizmetlerinin verildiği saatler arasında, araştırmacının da uygun olduğu günlerde toplanmıştır. Veri toplama sürecinin 4. ayında Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ndeki gebe polikliniği sayısının bire düşmesi ve pandemi sürecinin de etkisiyle yeterli sayıda gebeye ulaşılamadığı için etik kurula değişiklik talebinde bulunulmuştur. Bu talepte araştırmaya yeni merkez olarak Aydın Adnan Menderes Üniversite Hastanesi gebe polikliniğinin eklenmesi ile veri toplama için gerekli olan süre altı ay daha uzatılarak 4 Nisan 2022-3 Ekim 2022 olarak uzatılmıştır. Araştırmanın veri toplama süreci toplam bir yıl sürmüştür.

Veri toplama esnasında soru formu, görüşmelerin sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesi ve gebelerin mahremiyetinin sağlanması için klinikte bulunan boş ya da uygun olan odada muayene öncesi veya muayene sonrası yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Yüz yüze görüşmeler sırasında COVID-19 bulaş riskini önlemek amacıyla hem araştırmacının hem de gebenin maske takması zorunlu olmuş, sosyal mesafe kurallarına uygun olacak şekilde görüşme gerçekleştirilmiştir. Araştırmayı kabul eden gebelerin sözlü onamları alınıp BGOF imzalatıldıktan sonra yaklaşık 20 dakika süresinde soru formları doldurtulmuştur. Soru formlarının ve BGOF' un imzalatılması için kullanılan kalemler hijyen açısından gebeye özel

olacak şekilde kullanılmış ve sonrasında geri alınmamıştır. Araştırma verileri toplanırken kurumun günlük rutinlerini etkilememeye özen gösterilmiştir.

3.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın Güçlükleri

Muayene olmaya gelen gebelerde COVID-19'a karşı korunmak için sosyal mesafe kurallarına uyma zorunluluğundan dolayı iletişim kopuklukları, ankete karşı isteksizlik gibi birtakım problemler yaşanmıştır. Araştırma yapılan kurumda yaşanan hekim eksikliği sorunundan kaynaklı yeteri sayıda gebeye ulaşılamamış ve pandemiden kaynaklı veri toplama süresi sekteye uğramıştır. Araştırmaya başlamadan önce toplam sekiz gebe polikliniği hizmet vermekteyken veri toplam sürecine başladıktan 4 ay sonra etkin şekilde hizmet veren gebe polikliniği sayısı bire düşmüştür. Tüm bu nedenlerle veri toplama süresi uzatılmış ve istenilen veriye ulaşmak için araştırma yerine ikinci bir hastane eklenmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

- Çalışma kesitsel olarak yapıldığı için elde edilen veriler zamanla değişebilir.
- Araştırmaya katılan gebeler gelişigüzel örneklem yöntemi ile belirlendiği için çalışmanın sonuçları sadece örnekleme alınan kadınları kapsamaktadır.
- Verilerin toplanmasında kullanılan soru formu birebir yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandığı için verilerin güvenilirliği gebelerin verdiği bilgilerin doğruluğu ile sınırlıdır ve tüm gebelere genellenemez.
- Araştırmacı aynı zamanda çalıştığı için haftada üç gün veri toplamaya gidebilmiştir.

3.10. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS 21.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak araştırılmıştır. Araştırmanın verileri normal dağılım göstermemiştir.

Çalışmanın tanımlayıcı istatistikleri kategorik değişkenler için sayı (n), yüzde (%), sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma (SS), ortanca, minimum ve maksimum kullanılarak gösterilmiştir. Bağımsız gruplarda sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşımayanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi veya Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşıyanlarının korelasyonunda Pearson Testi, sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşımayanlarının korelasyonunda Spearman Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için p değerinin 0,05'den küçük olması kabul edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.06.2021 tarihinde ön onay (Protokol: 2021-265 Sayı: E-76261397-050.99-43411), araştırma tamamlandıktan sonra 04.09.2023 tarihinde (Protokol: 2021-265) son onay alınmıştır (Ek-4 ve Ek-5). Araştırmanın yürütüldüğü Aydın Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği'nden 03.08.2021 tarihinde araştırma izni alınmıştır (Ek-6). Çalışmaya yeni kurum eklenmesinden sonra Aydın Adnan Menderes Üniversite Hastanesinden 27.04.2022 tarihinde izin alınmıştır (Ek-7). Araştırmaya katılım sağlayan gebelerden yazılı onam alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin izni için, geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan yazarından kullanım izni alınmıştır. Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonunu (PTSDC-SC) Türkçeye uyarlayarak, geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapan Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu'ndan ölçeğin araştırmada kullanım izni alınmıştır (Ek-2). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) için Prof. Dr. Haluk Arkar' dan ölçeğin araştırmada kullanım izni alınmıştır (Ek-3).

4. BULGULAR

4.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=301)

Değişkenler	Ortanca	Min-Max
Yaş	29,0	18,0-44,0
Eşin yaşı	34,0	30,0-51,0
	n	%
Yaş grubu		
18-25 yaş	79	26,3
26-33 yaş	153	50,8
≥34 yaş	69	22,9
Eşin yaş grubu		
18-25 yaş	25	8,4
26-33 yaş	124	41,3
≥34 yaş	151	50,3
Eğitim durumu		
İlköğretim	174	57,8
Lise	67	22,3
≥Üniversite	60	19,9
Eş eğitim durumu		
İlköğretim	163	54,2
Lise	78	25,9
≥Üniversite	60	19,9
Gebenin Çalışma durumu		
Çalışmıyor	222	73,8
Çalışıyor	79	26,2
Eşin mesleği		
Memur	27	9
Özel sektör	133	44,2
Serbest meslek	98	32,6
Diğer	43	14,3
Aile gelir durumu		
Gelir giderden az	57	18,9
Gelir gidere denk	218	72,4
Gelir giderden fazla	26	8,7
En uzun süre yaşanılan yer		
Köy/Kasaba	87	28,9
İlçe	98	32,6
İl	116	38,5

Tablo 2. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=301) (devamı)

Değişkenler	n	%
Evlilik süresi		
1 yılın altı	5	1,7
1-5 yıl	126	41,9
6-10 yıl	94	31,2
10 yılın üstü	76	25,2
Aile tipi		
Çekirdek aile	252	83,7
Geniş aile	49	16,3

*Eşin mesleği kategorisinde diğer ifadesi; çiftçi, berber, esnaf gibi meslek gruplarını içermektedir.

Tablo 2’ de gebelerin sosyodemografik özellikleri değerlendirilmiştir. Çalışmaya toplamda 301 gebe dahil edilmiştir. Gebelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; gebelerin ortanca yaşı 29,0 (18,0-44,0) yıl, gebe eşlerinin ortanca yaşı 34,0 (30,0-51,0) yıl bulunmuştur. Gebelerin %50,8’inin 26-33 yaş aralığında, gebe eşlerinin ise %50,3’ünün 34 yaş ve üzerinde olduğu görülmüştür. Gebelerin %57,8’inin, gebe eşlerinin ise %54,2’sinin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışma durumu değerlendirildiğinde gebelerin %73,8’inin çalışmadığı tespit edilmiştir. Aile gelir durumu incelendiğinde %72,4’ünde gelirin gidere denk olduğu saptanmıştır. Gebelerin %38,5’inin en uzun süre ilde yaşadığı ve gebelerin %41,9’unun 1-5 yıl arasında evli olduğu saptanmıştır. Gebelerin %83,7’sinin çekirdek aile tipi yapısında yaşadığı görülmüştür.

4.2. Gebelerin Destek Sistemlerinin Değerlendirilmesi

Tablo 3. Gebelerin Destek Aldığı Kişilere Göre Dağılımı (n=301)

Değişkenler	n	%
Eşin destek olma durumu		
Hayır	26	8,6
Evet	275	91,4
Eş dışında destek olma durumu		
Hayır	187	62,1
Evet	114	37,9
Destek olan kişi* (n=144)		
Anne	61	42,4
Kayınvalide	48	33,3
Kız Kardeş/Görümce/Diğer	35	24,3

*Bir gebe birden fazla seçeneği işaretlemiştir ve n sayısı destek olan kişi sayısını göstermektedir.

†Diğer kategorisinde sadece bir gebe ‘arkadaş’ ifadesini söylemiştir. Kız kardeş, görümce ve diğer grupları birleştirilmiştir.

Tablo 3' de gebelere destek veren kişiler değerlendirildiğinde %91,4'üne eşinin, %37,9'una eşi dışında birisinin destek olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin eş dışında destek aldığı kişinin %42,4 oranı ile anneleri olduğu görülmüştür.

4.3. Gebelerin Obstetrik Özellikleri

Tablo 4. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=301)

Değişkenler	Ortanca	Min-Max
Gebelik haftası	31,0	12,0-37,0
	n	%
Gebelik haftası		
12-19 haftalar arası	80	26,6
20-27 haftalar arası	41	13,6
>=28 hafta ve üzeri	180	59,8
	Ortanca	Min-Max
Gebelik sayısı	3,0	2,0-11,0
	n	%
Gebelik sayısı		
İki gebelik	83	27,6
Üç gebelik	95	31,5
Dört ve üzeri gebelik	123	40,9
Düşük yapma durumu		
Hayır	101	33,6
Evet	200	66,4
	Ortanca	Min-Max
Düşük yapma sayısı (n=200)	1,0	1,0-6,0
	n	%
Düşük yapma sayısı		
Bir düşük	146	73,0
İki düşük	39	19,5
Üç ve üzeri düşük	15	7,5
Kürtaj olma durumu		
Hayır	135	44,9
Evet	166	55,1
	Ortanca	Min-Max
Kürtaj olma sayısı (n=166)	1,0	1,0-6,0

Tablo 4. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=301) (devamı)

Değişkenler	n	%
Kürtaj olma sayısı		
Bir kürtaj	138	83,1
İki kürtaj	21	12,7
Üç ve üzeri kürtaj	7	4,2
	n	%
Ölü doğum yapma durumu		
Hayır	285	94,7
Evet	16	5,3
	Ortanca	Min-Max
Ölü doğum yapma sayısı (n=16)	1,0	1,0-2,0
	n	%
Ölü doğum yapma sayısı		
Bir ölü doğum	12	75,0
İki ölü doğum	4	25,0
	Ortanca	Min-Max
Yaşayan çocuk sayısı	1,0	0,0-5,0
	n	%
Yaşayan çocuk sayısı		
Yok	60	19,9
Bir çocuk	128	42,5
İki çocuk ve üzeri çocuk	113	37,6
Bir önceki gebelik yılı		
2002	1	0,3
2005	1	0,3
2010	5	1,7
2011	1	0,3
2012	6	2
2013	4	1,3
2014	12	4
2015	7	2,3
2016	10	3,3
2017	20	6,6
2018	28	9,3
2019	41	13,6
2020	56	18,6
2021	41	13,6
2022	68	22,6
Gebeliğin planlı olma durumu		
Hayır	94	31,2
Evet	207	68,8
Şu anki gebeliğe bağlı sorun yaşama		
Hayır	251	83,4
Evet	50	16,6

Tablo 4. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=301) (devamı)

Değişkenler	n	%
Doğuma hazırlık sınıflarına katılma		
Hayır	279	92,7
Evet	22	7,3
Doğum öncesi bakım alma		
Hayır	125	41,5
Evet	176	58,5
	Ortanca	Min-Max
Doğum öncesi bakım alma sayısı (n=176)	3,0	1,0-9,0
	n	%
Doğum öncesi bakım alma sayısı		
1-3	106	60,2
4-6	57	32,4
7-9	13	7,4
Doğum öncesi bakım veren kişi*		
Doktor	163	94,8
Ebe	6	3,5
Hemşire	3	1,7

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4’ te gebelerin obstetrik özellikleri değerlendirilmiştir. Gebelik haftası ortanca 31,0 (12,0-37,0) hafta olup gebelerin %59,8’inin 28 hafta ve üzeri olduğu saptanmıştır. Toplam gebelik sayısı ortanca 3,0 (2,0-11,0) olarak bulunmuş ve gebelerin %40,9’ unun toplam gebelik sayısının dört gebelik ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Düşük yapma sayısı ortanca değeri 1,0 (1,0-6,0), kürtaj olma sayısı ortanca değeri 1,0 (1,0-6,0), ölü doğum yapma sayısı ortanca değeri 1,0 (1,0-2,0) bulunmuştur. Gebelerin %66,4’ünün düşük yaptığı bunlarında %73’ünün bir düşük yaptığı, %55,1’inin kürtaj olduğu yine bunların %83,1’inin bir kürtaj olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin %5,3’ünün ölü doğum yaptığı bunlarında %94,7’sinin bir ölü doğum yaptığı saptanmıştır. Yaşayan çocuk sayısı ortanca değeri 1,0 (,0-5,0) bulunmuş olup, gebelerin %42,5’inin bir çocuğu olduğu görülmüştür. Bir önceki gebelik yılının %22,6 ile 2022 yılı olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin %68,8’inin gebeliğinin planlı olduğunu belirtmiştir. Gebelerin %83,4’ünün gebeliğe bağlı sorun yaşadığı görülmüştür. Gebelere verilen doğum öncesi bakım hizmetleri değerlendirildiğinde, gebelerin %92,7’sinin doğuma hazırlık sınıflarına katılmadığı, %58,5’inin doğum öncesi bakım aldığı tespit edilmiştir. Doğum öncesi bakım alma sayısı ortanca 3,0 (1,0-9,0) bulunmuş ve gebelerin %60,2 ile 1-3 kez doğum öncesi bakım aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Doğum öncesi bakım veren kişilerin %94,8 ile doktor, %3,5 ile ebe ve %1,7 ile hemşire olduğu görülmüştür.

4.4. Gebelerin PTSBSL-SV Puanları

Tablo 5. Gebelerin PTSBSL-SV Puanlarına Göre Dağılımı (n=301)

	Ortalama±SS	Ortanca (Min-Max)
PTSBSL-SV yeniden yaşama	7,7±4,5	5,0 (5,0-25,0)
PTSBSL-SV kaçınma	11,0±4,2	10,0 (7,0-29,0)
PTSBSL-SV aşırı uyarılmışlık	10,0±3,9	9,0 (5,0-25,0)
PTSBSL-SV toplam	28,6±10,4	26,0 (17,0-74,0)

Tablo 5 incelendiğinde gebelerin PTSBSL-SV'den alınan toplam puan ortalaması 28,6±10,4, yeniden yaşama alt boyut puan ortalaması 7,7±4,5, kaçınma alt boyut puan ortalaması 11,0±4,2, aşırı uyarılmışlık alt boyut puan ortalaması ise 10,0±3,9 olarak belirlenmiştir.

4.5. Gebelerin Posttravmatik Stres Bozukluğu Yaşama Durumları

Tablo 6. Gebelerin Posttravmatik Stres Bozukluğu Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

		n	%
PTSB	Yaşamıyor	97	32,2
	Yaşıyor	204	67,8

Tablo 6' da gebelerin PTSD yaşama durumları değerlendirilmiştir. Tablo incelendiğinde ölçeğin kesme değerinin 22/23 olmasına bağlı gebelerin %67,8'inin PTSD yaşadığı tespit edilmiştir.

4.6. Gebelerin ÇBASDÖ Puanları

Tablo 7. Gebelerin ÇBASDÖ Puanlarına Göre Dağılımı (n=301)

	Ortalama±SS	Ortanca (Min-Max)
ÇBASDÖ aile alt boyutu	25,2±4,8	27,0 (4,0-28,0)
ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu	19,1±8,3	22,0 (4,0-28,0)
ÇBASDÖ özel bir insandır alt boyutu	20,1±7,7	22,0 (4,0-28,0)
ÇBASDÖ toplam	64,4±16,1	68,0 (12,0-84,0)

Tablo 7 incelendiğinde gebelerin ÇBASDÖ'den aldığı toplam puan ortalaması $64,4 \pm 16,1$, aile alt boyut puan ortalaması $25,2 \pm 4,8$ puan, arkadaş alt boyut ortalaması $19,1 \pm 8,3$, puan, özel bir insandır alt boyut ortalaması $20,1 \pm 7,7$ puan aldığı görülmüştür.

4.7. Gebelerin PTSBSL-SV Toplam ve Alt Boyut Puanları ile ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 8. Gebelerin PTSBSL-SV Toplam ve Alt Boyut Puanları ile ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon Analizinin Sonuçları

ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puanları		PTSBSL-SV alt boyut ve toplam puanları			
		Yeniden yaşama	Kaçınma	Aşırı uyarılmışlık	Toplam
Aile	r	-0,164	-0,158	-0,165	-0,203
	p	0,004	0,006	0,004	0,000
Arkadaş	r	-0,050	-0,146	-0,075	-0,104
	p	0,385	0,011	0,197	0,072
Özel bir insandır	r	-0,100	-0,158	-0,080	-0,141
	p	0,084	0,006	0,165	0,015
Toplam	r	-0,105	-0,204	-0,136	-0,182
	p	0,070	0,000	0,018	0,002

Tablo 8' de ÇBASDÖ puanları ile PTSBSL-SV puanları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tablo incelendiğinde PTSBSL-SV yeniden yaşama alt boyutu puanı ile ÇBASDÖ aile alt boyutu puanı arasında negatif yönde, PTSBSL-SV kaçınma alt boyutu puanı ile ÇBASDÖ aile, ÇBASDÖ arkadaş, ÇBASDÖ özel bir insandır alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönde, PTSBSL-SV aşırı uyarılmışlık alt boyutu puanı ile ÇBASDÖ aile alt boyutu puanı ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönde, PTSBSL-SV toplam puanı ile ÇBASDÖ aile, ÇBASDÖ özel bir insandır alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

4.8. Gebelerin PTSBSL-SV Toplam Puanları ve ÇBASDÖ Toplam Puanları ile Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri Arasındaki İlişki

Tablo 9. PTSBSL-SV ve ÇBASDÖ Toplam Puanları ile Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri ile İlgili Sayısal Değişkenler Arasında Korelasyon Analizinin Sonuçları

Değişkenler		PTSBSL-SV toplam puanları	ÇBASDÖ toplam puanları
Yaş	r	-,023	,139
	p	,694	,016
Eşin yaşı	r	-,026	,095
	p	,655	,100
Gebelik haftası	r	,067	,104
	p	,247	,072
Toplam gebelik sayısı	r	,024	-,122
	p	,682	,034
Daha önce düşük yapma sayısı	r	,061	-,107
	p	,388	,131
Ölü doğum yapma sayısı	r	,047	-,031
	p	,862	,908
Yaşayan çocuk sayısı	r	,008	-,021
	p	,890	,717
Bir önceki gebelik yılı	r	,060	-,016
	p	,303	,782
Doğum öncesi bakım alma sayısı	r	-,107	,149
	p	,159	,049

Tablo 9’ da PTSBSL-SV ve ÇBASDÖ toplam puanları ile gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tablo incelendiğinde PTSBSL-SV toplam puanları ile gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri arasında ilişki saptanmamıştır. ÇBASDÖ toplam puanı ile eşin yaşı, gebelik haftası, toplam gebelik sayısı, daha önce düşük yapma sayısı, ölü doğum yapma sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve bir önceki gebelik yılı arasında ilişki saptanmamıştır. ÇBASDÖ toplam puanı ile yaş ($r=,139$, $p=,016$) ve doğum öncesi bakım alma sayısı ($r=,149$, $p=,049$) arasında pozitif yönde, ÇBASDÖ toplam puanı ile toplam gebelik sayısı ($r=-,122$, $p=,034$) arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

4.9. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre PTSBSL-SV Toplam Puanları

Tablo 10. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre PTSBSL-SV Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ortalama±SS	Ortanca	Min-Max	Test	p
Yaş grubu						
18-25	56	28,9±10,2	26,0	17,0-56,0	KW-H=0,148	0,929
26-33	190	28,5±10,2	25,0	17,0-73,0		
≥34	55	28,6±11,4	26,0	17,0-74,0		
Eşin yaş grubu						
18-25	16	30,2±12,5	25,0	17,0-56,0	KW-H=0,419	0,811
26-33	150	29,2±10,8	26,0	17,0-73,0		
≥34	134	27,9±9,8	26,0	17,0-74,0		
Eğitim durumu						
İlköğretim	174	28,7±10,5	26,0	17,0-74,0	KW-H=0,772	0,680
Lise	67	29,3±10,8	25,0	17,0-62,0		
>=Üniversite	60	27,7±10,0	25,0	17,0-61,0		
Eşin eğitim durumu						
İlköğretim	163	28,6±10,8	26,0	17,0-74,0	KW-H=0,320	0,852
Lise	78	29,5±10,9	25,5	17,0-61,0		
>=Üniversite	60	27,6±8,8	25,0	18,0-56,0		
Çalışma durumu						
Çalışmıyor	222	29,1±10,8	26,0	17,0-74,0	U=7988,5	0,240
Çalışıyor	79	27,4±9,5	25,0	17,0-61,0		
Aile gelir durumu						
Gelir giderden az	57	29,2±11,0	27,0	17,0-73,0	KW-H=0,482	0,786
Gelir gidere denk	218	28,5±10,4	25,0	17,0-74,0		
Gelir giderden fazla	26	27,9±10,3	25,5	17,0-62,0		
En uzun süre yaşadığınız yer						
Köy/Kasaba	87	27,8±10,4	25,0	17,0-73,0	KW-H=1,959	0,375
İlçe	98	28,4±10,6	25,5	17,0-74,0		
İl	116	29,4±10,4	26,0	17,0-62,0		
Evlilik süreniz						
1 yılın altı	5	37,6±14,7	37,0	25,0-62,0	KW-H=7,545	0,056
1-5 yıl	126	28,7±10,8	25,0	17,0-73,0		
6-10 yıl	94	29,5±9,8	26,5	17,0-60,0		
10 yılın üstü	76	26,9±10,1	24,0	17,0-74,0		
Aile tipi						
Çekirdek aile	252	28,5±10,4	25,0	17,0-74,0	U=5860,0	0,573
Geniş aile	49	29,0±10,7	26,0	17,0-73,0		
Eş destek olma durumu						
Hayır	26	34,4±12,4	33,0	17,0-73,0	U=2330,5	0,003
Evet	275	28,1±10,1	25,0	17,0-74,0		
Eş dışında destek olma durumu						
Hayır	187	28,7±10,5	26,0	17,0-74,0	U=10224,0	0,552
Evet	114	28,5±10,5	25,0	17,0-62,0		

KW-H=Kruskal-Wallis-H Testi

U=Mann Whitney U testi

Tablo 10’ da gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre PTSBSL-SV toplam puanı karşılaştırılmıştır. Tablo incelendiğinde eş destek olma durumu değişkeni ile PTSBSL-SV toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. Eşi destek olanlar ile olmayanlar arasında PTSBSL-SV toplam puanı eşi destek olmayanlarda ortanca 33,0 (17,0-73,0) puan saptanmış ve eşi destek olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,003).

4.10. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre PTSBSL-SV Toplam Puanları

Tablo 11. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre PTSBSL-SV Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ort±SS	Ortanca	Min-Max	Test	p
Gebelik haftası						
12-19	80	28,6±10,3	26,0	17,0-61,0	KW-H=0,026	0,987
20-27	41	27,3±7,7	25,0	17,0-49,0		
≥28	180	28,9±11,0	25,5	17,0-74,0		
Gebelik sayısı						
İki gebelik	83	28,3±9,9	25,0	17,0-56,0	KW-H=0,161	0,923
Üç gebelik	95	28,7±9,9	26,0	17,0-62,0		
Dört ve üzeri gebelik	123	28,8±11,2	25,0	17,0-74,0		
Düşük yapma durumu						
Hayır	101	27,5±9,3	25,0	17,0-61,0	U=9202,5	0,208
Evet	200	29,2±11,0	26,0	17,0-74,0		
Düşük yapma sayısı						
Bir düşük	146	28,6±10,1	26,0	17,0-74,0	KW-H=3,600	0,165
İki düşük	39	28,3±10,3	25,0	17,0-61,0		
Üç ve üzeri düşük	15	37,3±16,6	34,0	19,0-73,0		
Kürtaj olma durumu						
Hayır	135	30,2±11,8	27,0	17,0-74,0	U=9771,0	0,056
Evet	166	27,3±9,1	25,0	17,0-62,0		
Kürtaj olma sayısı						
Bir kürtaj	138	27,3±8,9	25,0	17,0-62,0	KW-H=0,978	0,613
İki kürtaj	21	26,0±8,3	24,0	17,0-47,0		
Üç ve üzeri kürtaj	7	31,7±13,6	25,0	22,0-56,0		
Ölü doğum yapma durumu						
Hayır	285	28,5±10,3	26,0	17,0-74,0	U=2031,0	0,462
Evet	16	30,6±12,3	25,5	20,0-61,0		
Ölü doğum sayısı						
Bir ölü doğum	12	31,7±13,9	24,5	20,0-61,0	U=22500,0	0,855
İki ölü doğum	4	27,5±5,8	28,0	20,0-34,0		

Tablo 11. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre PTSBSL-SV Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	Ort±SS	Ortanca	Min-Max	Test	p
Yaşayan çocuk sayısı						
Yok	60	28,2±10,0	25,0	17,0-56,0	KW-H=0,020	0,887
Bir çocuk	128	28,6±9,8	26,0	17,0-62,0		
İki çocuk ve üzeri	13	28,9±11,4	26,0	17,0-74,0		
Gebeliğin planlı olma durumu						
Hayır	94	31,0±12,6	27,0	17,0-74,0	U=8374,5	0,053
Evet	207	27,5±9,2	25,0	17,0-62,0		
Gebeliğe bağlı bir sorun yaşama						
Hayır	251	28,0±10,2	25,0	17,0-74,0	U=4870,0	0,012
Evet	50	31,7±11,4	29,0	17,0-61,0		
Doğuma hazırlık sınıflarına katılma						
Hayır	279	28,8±10,5	26,0	17,0-74,0	U=2539,5	0,177
Evet	22	26,5±9,7	22,5	17,0-52,0		
Doğum öncesi bakım alma						
Hayır	125	31,4±10,9	28,0	17,0-73,0	U=7641,5	0,000
Evet	176	26,6±9,7	24,0	17,0-74,0		
Doğum öncesi bakım alma sayısı						
1-3	106	27,4±10,6	24,0	17,0-74,0	KW-H=3,672	0,159
4-6	57	26,1±8,3	24,0	17,0-61,0		
7-9	13	22,2±5,3	21,0	17,0-34,0		

KW-H=Kruskal-Wallis-H Testi

U=Mann Whitney U testi

4.11. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puanları

Tablo 12. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ortalama±SS	Ortanca	Min-Max	Test	p
Yaş grubu						
18-25	79	60,9±16,4	62,0	13,0-84,0	KW-H=6,099	0,047
26-33	153	65,0±16,0	69,0	12,0-84,0		
≥34	69	66,9±15,7	72,0	23,0-84,0		
Eşin yaş grubu						
18-25	25	65,4±16,2	71,0	36,0-83,0	KW-H=2,620	0,270
26-33	124	62,6±16,4	66,0	12,0-84,0		
≥34	151	65,5±15,9	70,0	12,0-84,0		
Eğitim durumu						
İlköğretim ^a	174	62,2±17,0	66,5	12,0-84,0	KW-H=6,487	0,039
Lise ^b	67	67,8±12,8	70,0	28,0-84,0		
≥Üniversite ^{b, c}	60	66,7±16,1	73,0	26,0-84,0		
Eşin eğitim durumu						
İlköğretim ^a	163	61,7±17,1	65,0	12,0-84,0	KW-H=9,371	0,009
Lise ^b	78	67,0±14,4	71,5	12,0-84,0		
≥Üniversite ^{b, c}	60	68,3±14,4	73,0	26,0-84,0		
Çalışma durumu						
Çalışmıyor	222	64,4±15,6	68,0	12,0-84,0	U=8626,5	0,830
Çalışıyor	79	64,2±17,5	69,0	12,0-84,0		
Aile gelir durumu						
Gelir giderden az	57	61,2±17,3	66,0	15,0-84,0	KW-H=2,544	0,280
Gelir gidere denk	218	65,1±15,5	69,0	12,0-84,0		
Gelir giderden fazla	26	64,9±18,1	68,5	12,0-84,0		
En uzun süre yaşadığımız yer						
Köy/Kasaba	87	63,7±17,8	68,0	15,0-84,0	KW-H=0,880	0,644
İlçe	98	66,0±14,5	69,5	12,0-84,0		
İl	116	63,5±16,2	67,0	12,0-84,0		
Evlilik süreniz						
1 yılın altı	5	52,8±14,2	52,0	32,0-66,0	KW-H=3,714	0,294
1-5 yıl	126	64,9±15,0	68,0	15,0-84,0		
6-10 yıl	94	63,8±16,7	68,5	12,0-84,0		
10 yılın üstü	76	65,0±17,2	69,5	12,0-84,0		
Aile tipi						
Çekirdek aile	252	65,2±15,2	68,0	12,0-84,0	U=5473,5	0,290
Geniş aile	49	60,3±19,9	67,0	12,0-84,0		
Eş destek olma durumu						
Hayır	26	51,4±21,0	55,5	12,0-84,0	U=2129,0	0,001
Evet	275	65,6±15,1	69,0	12,0-84,0		
Eş dışında destek olma durumu						
Hayır	187	62,8±17,2	68,0	12,0-84,0	U=9392,5	0,084
Evet	114	66,9±13,8	69,0	23,0-84,0		

KW-H=Kruskal-Wallis-H Testi

U=Mann Whitney U testi

*Üç ve daha fazla sayıdaki grup karşılaştırmalarında satırda belirtilen harfler ikili karşılaştırmalar arasındaki istatistiksel farklılığı göstermektedir. Aynı harflerin not edildiği satırlar arasında anlamlı fark yok, farklı harflerin not edildiği satırlar arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 12’ de gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre ÇBASDÖ toplam puanları karşılaştırılmıştır. Tablo incelendiğinde gebenin yaşı, gebenin eğitim durumu, eşin eğitim durumu, eşin destek olma durumu değişkenleri ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. Gebelerin eğitim durumuna göre ÇBASDÖ toplam puanı eğitim seviyesi üniversite ve üstü mezun olanlarda ortanca 73,0 (26,0-84,0) puan bulunmuş eğitim seviyesi ilköğretim mezunu olanlarda lise mezunu ve üniversite ve üstü mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük tespit edilmiştir (p=0,039). Gebelerin eşinin eğitim durumuna göre ÇBASDÖ toplam puanı eğitim seviyesi üniversite ve üstü mezun olanlarda ortanca 73,0 (26,0-84,0) puan bulunmuş ve eğitim seviyesi ilköğretim mezunu olanlarda lise ve üniversite ve üstü mezun olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,009). Eş desteği olanlar ile olmayanlar arasında ÇBASDÖ toplam puanı karşılaştırıldığında eşi destek olanlarda ortanca 69,0 (12,0-84,0) puan, eş desteği olmayanlarda ortanca 55,5 (12,0-84,0) puan saptanmış ve eş desteği olmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,001).

4.12. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puanları

Tablo 13. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puanlarının Dağılımı

Değişkenler	n	Ortalama±SS	Ortanca	Min-Max	Test	p
Gebelik haftası						
12-19	80	61,6±15,4	63,0	12,0-84,0	KW-H=5,105	0,078
20-27	41	64,9±16,5	72,0	13,0-84,0		
>=28	180	65,5±16,3	70,0	12,0-84,0		
Gebelik sayısı						
İki gebelik	83	66,8±14,8	71,0	28,0-84,0	KW-H=0,161	0,923
Üç gebelik	95	65,2±16,5	69,0	12,0-84,0		
Dört ve üzeri gebelik	123	62,1±16,5	65,0	12,0-84,0		
Düşük yapma durumu						
Hayır	101	65,9±14,8	68,5	12,0-84,0	U=9484,0	0,387
Evet	200	63,6±16,7	68,0	12,0-84,0		

Tablo 13. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puanlarının Dağılımı
(devamı)

Değişkenler	n	Ortalama±SS	Ortanca	Min-Max	Test	p
Düşük yapma sayısı						
Bir düşük	146	64,3±16,9	70,0	12,0-84,0	KW-H=5,178	0,075
İki düşük	39	64,5±14,8	66,0	31,0-84,0		
Üç ve üzeri düşük	15	54,6±18,2	59,0	15,0-74,0		
Kürtaj olma durumu						
Hayır	135	63,7±17,6	69,0	12,0-84,0	U=11136,5	0,927
Evet	166	64,9±14,9	68,0	23,0-84,0		
Kürtaj olma sayısı						
Bir kürtaj	138	65,2±14,5	68,5	23,0-84,0	KW-H=1,613	0,446
İki kürtaj	21	65,4±17,2	73,0	31,0-84,0		
Üç ve üzeri kürtaj	7	58,4±16,0	59,0	38,0-84,0		
Ölü doğum yapma durumu						
Hayır	285	64,4±15,9	68,0	12,0-84,0	U=2259,5	0,952
Evet	16	63,1±19,9	68,5	26,0-84,0		
Ölü doğum sayısı						
Bir ölü doğum	12	62,9±20,6	71,0	26,0-84,0	U=23000,0	0,903
İki ölü doğum	4	63,5±20,6	67,5	35,0-84,0		
Yaşayan çocuk sayısı						
Yok	60	64,9±15,8	67,5	28,0-84,0	KW-H=0,236	0,627
Bir çocuk	128	65,0±15,4	69,0	13,0-84,0		
İki çocuk ve üzeri	113	63,4±17,2	67,0	12,0-84,0		
Gebeliğin planlı olma durumu						
Hayır	94	62,5±18,4	67,5	12,0-84,0	U=9162,5	0,418
Evet	207	65,2±15,0	68,0	13,0-84,0		
Gebeliğe bağlı bir sorun yaşama						
Hayır	251	64,3±16,4	69,0	12,0-84,0	U=6163,5	0,843
Evet	50	64,6±15,0	66,5	12,0-84,0		
Doğuma hazırlık sınıflarına katılma						
Hayır	279	64,0±16,1	68,0	12,0-84,0	U=2386,5	0,082
Evet	22	68,8±16,8	74,5	26,0-84,0		
Doğum öncesi bakım alma						
Hayır	125	64,0±17,2	69,0	12,0-84,0	U=10944,0	0,940
Evet	176	64,7±15,4	68,0	23,0-84,0		
Doğum öncesi bakım alma sayısı						
1-3	106	64,1±15,6	66,5	23,0-84,0	KW-H=0,352	0,839
4-6	57	65,4±15,2	72,0	28,0-84,0		
7-9	13	66,2±15,4	73,0	37,0-84,0		

KW-H=Kruskal-Wallis-H Testi

U=Mann Whitney U testi

Tablo 13' de gebelerin obstetrik özelliklerine göre ÇBASDÖ toplam puanı karşılaştırılmıştır. Tablo incelendiğinde gebelik haftası, gebelik sayısı, düşük yapma durumu, düşük yapma sayısı, kürtaj olma durumu, kürtaj olma sayısı, ölü doğum yapma durumu, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, gebeliğe bağlı bir sorun yaşama durumu, doğuma hazırlık sınıflarına katılma durumu, doğum öncesi bakım alma durumu ve doğum öncesi bakım alma sayısı ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma önceki gebeliğinde komplikasyonu olan gebelerde PTSS semptomları ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri saptamak için analitik ve kesitsel tipte yürütülmüştür. Bu çalışmada önceki gebeliğinde komplikasyon yaşayan gebelerde PTSS semptomları arttıkça algılanan sosyal destek düzeyinin düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, PTSS semptomları ve algılanan sosyal destek düzeylerini etkileyen bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin olduğu da belirlenmiştir. Dolayısıyla araştırma önceki gebeliğinde komplikasyonu olan gebelerin mevcut gebelikte PTSS semptomlarını yaşama durumları ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki belirleyerek, sağlık personellerine hem interkonsepsiyonel izlemler sırasında hem de doğum öncesi izlemlerde yol gösterici olması açısından önemli bulgular sunmaktadır.

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen bulgular beş başlık altında tartışılmıştır:

- Gebelerin PTSS-SV Toplam ve Alt Boyut Puanları
- Gebelerin ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları
- Gebelerin PTSS-SV ve ÇBASDÖ Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon İlişkisinin Karşılaştırılması
- Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre PTSS-SV Toplam Puanlarının Karşılaştırılması
- Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

5.1. Gebelerin PTSS-SV Toplam ve Alt Boyut Puanları

Çalışma kapsamında gebelerin PTSS-SV toplam puanı $28,6\pm 10,4$ olarak belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde bulgumuzla paralellik gösteren; Ketten ve diğerlerinin (2015) çalışmasında PTSS-SV toplam puan ortalamasının $32,40\pm 10,24$, Altun'un (2021) çalışmasında PTSS-SV toplam puan ortalamasının $27,50\pm 14,51$, Çelik'in (2018) çalışmasında ise PTSS-SV toplam puan ortalamasının $31,88\pm 6,29$ olduğu belirtilmiştir (Ketten ve diğerleri, 2015; Çelik, 2018; Altun, 2021). Araştırma bulgumuzdan farklı olarak

Ertekin Pınar ve Polat (2019) tarafından yapılan çalışmada PTSBSL-SV toplam puan ortalaması $11,10 \pm 15,52$ olarak bulunmuştur (Ertekin Pınar ve Polat, 2019). Çalışma sonucumuzda PTSBSL-SV toplam puanlarının yüksek olmasının önceki gebeliği komplikasyonlu olan kadınların yaşadıkları kötü tecrübelerden, kaygı ve stresten arınamamış olmalarından ve COVID-19 pandemisinin yarattığı endişe verici durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda PTSBSL-SV yeniden yaşama alt boyutundan alınan puanların 5-25 puan arasında olduğu ve PTSBSL-SV yeniden yaşama alt boyut puan ortalamasının $7,70 \pm 4,50$ olduğu belirlenmiştir. Çelik'in (2018) $7,40 \pm 2,67$ ve Altun'un (2021) $9,84 \pm 5,86$ olan yeniden yaşantılama alt boyut puanları çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir (Çelik, 2018; Altun, 2021). Yeniden yaşantılama alt boyutu kadının travma diye adlandırdığı olayı tekrar yaşıyormuş hissine kapılacağını, korku ve anksiyete düzeyinde artış olacağını gözler önüne sermektedir (Yılmaz ve Öncel, 2009; Güdücü ve diğerleri, 2013). Önceki gebeliğinde komplikasyon yaşayan gebelerin mevcut gebeliğinde de benzer ya da farklı gebelik sorunları yaşama ihtimallerini düşünmeleri beklenen bir sonuçtur. Kadın sağlığı hemşirelerinin gebelerin PTSD düzeylerini belirleyerek bu doğrultuda gerekli girişimleri (kaygı ve stres düzeylerini azaltmak, sosyal destek sistemlerini geliştirmeye yönelik farkındalık kazandırmak vb.) planlanmaları gerekmektedir.

Çalışmamızda PTSBSL-SV kaçınma alt boyutundan alınan puanların 7-29 puan arasında olduğu ve kaçınma alt boyut puanının $11,0 \pm 4,20$ olduğu belirlenmiştir. Çelik (2018) $11,04 \pm 3,22$ ve Altun (2021) $10,98 \pm 6,65$ tarafından yapılan çalışmalarda da kaçınma alt boyut ortalaması çalışmamızla benzer sonuçları içermektedir (Altun, 2021). PTSBSL-SV kaçınma alt boyutu travma olarak adlandırılan olaydan, olayın gerçekleştiği ortamdan, o olayı hatırlatan kişi ve uyaranlardan kaçma olarak tanımlanmıştır (Güdücü ve diğerleri, 2013). Kaçınma alt boyutu bir daha gebe kalmayı düşünmemek, şimdiki gebeliği sonlandırmak, eşler arasında uyumsuzluk, doğacak olan bebeğin bakımını yeteri kadar üstlenmeme gibi sorunlar meydana getirebilir (Lev ve diğerleri, 2009, Czarnocka, 2000). Araştırma bulgumuzun elde edilmesinde gebelerin eş desteği başta olmak üzere diğer kişiler tarafından gördükleri sosyal desteğin etkili olabileceği öngörülmektedir.

Çalışmamızda PTSBSL-SV aşırı uyarılmışlık alt boyutundan alınan puanların 5-25 puan arasında olduğu ve aşırı uyarılmışlık alt boyut puanının $10,0 \pm 3,90$ olduğu saptanmıştır. Çelik (2018) $8,54 \pm 3,03$ ve Sabancı (2018) $9,84 \pm 6,32$ tarafından yapılan çalışmalarda da aşırı uyarılmışlık alt boyut puanları benzerdir (Çelik, 2018; Sabancı, 2018). PTSBSL-SV aşırı

uyarılmışlık alt boyutu karşılaşılan travmatik olayla aynı veya benzer şeyleri yaşamak konusunda sürekli tetikte olmak, uyku düzeninin bozulması, en ufak bir uyarana korkma, panik olma, stres altına girme, çarpıntı, terleme, nefes alamama gibi semptomların oluştuğu bir kavram olarak tanımlanmıştır (Yılmaz ve Öncel, 2009; Güdücü ve diğerleri, 2013). Aşırı uyarılmışlık duygusu olan kadınlarda kendisini sürekli tehdit altında hissetme, en ufak bir uyarana aşırı tepkiler verme, tekrar aynı süreçleri yaşayacağını düşünme, nefes darlığı, korku, panik, içinde bulunulan durumdan zevk alınmamasına, hayat koşullarının olumsuz olarak etkilenmesine sebep olabilir (Yılmaz ve Öncel, 2009; Güdücü ve diğerleri, 2013). Elde edilen bulgunun gebelerin önceki gebeliğinde deneyimledikleri komplikasyonların mevcut gebeliğinde ortaya çıkma ihtimaline yönelik algılarından kaynaklanmış olabileceği öngörülmektedir. Bu algı farklılığının da gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.2. Gebelerin ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları

Araştırmada yer alan gebelerin ÇBASDÖ'den aldığı toplam puanlar 12-84 arasında olup ortalama olarak $64,4 \pm 16,1$ ile yüksek bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmalardan elde edilen bulgular araştırma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. ÇBASDÖ toplam puanları Mermer ve diğerlerinin (2010) yaptıkları çalışmada $66,70 \pm 15,54$ puan, Özdemir ve diğerleri (2010) $60,87 \pm 13,04$ puan, Yeşilçiçek ve Aktaş'ın (2011) yaptıkları çalışmada $67,89 \pm 14,26$ puan, Gao ve diğerlerinin (2014) çalışmasında $67,63 \pm 8,07$ puan, Güleç ve diğerleri (2014) $64,3 \pm 17,9$ puan olduğunu tespit etmişlerdir (Mermer ve diğerleri, 2010; Özdemir ve diğerleri, 2010; Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş, 2011; Gao ve diğerleri, 2014; Güleç ve diğerleri, 2014). Çalışma bulgumuzdan farklı sonuçları olan çalışmalarda ise ÇBASDÖ toplam puanını; Şen ve diğerleri (2012) $50,50 \pm 19,00$ puan, Değirmenci (2016) çalışmasında $50,53 \pm 14,18$ puan, Yurdakul (2018) $50,79 \pm 8,72$ puan, Yanık ve Özcanarslan (2019) $50,36 \pm 14,52$ puan olarak algılanan sosyal destek puanını çalışmamızın ÇBASDÖ toplam puanına göre daha düşük bulmuşlardır (Şen ve diğerleri, 2012; Değirmenci, 2016; Yurdakul, 2018; Yanık ve Özcanarslan, 2019). Kadınların maruz kaldıkları fiziksel, ruhsal ve sosyal problemlerle baş edebilmelerine olanak sağlayan sosyal destek, bireylerin hayat sürdüğü çevreden gelen sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanmaktadır (Yüksel Koçak ve diğerleri, 2017). Etrafındaki bireylerden aldığı destek kadının gebeliğini sürdürmesini olumlu yönde etkilemektedir

(Gümüşdaş, 2014). Çekirdek aile yapısına sahip gebelerde birlik ve bağlılığın yüksek düzeyde olması sosyal desteği algılama oranını arttırabilmektedir dolayısıyla araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğunun çekirdek aile yapısında bulunması ve aynı zamanda eşinden destek alan gebenin fazla olması elde edilen bulgumuzu destekler niteliktedir.

Araştırmamıza katılan gebelerin ÇBASDÖ alt boyutundan aldığı toplam puanlar 4-28 arasında olarak sırasıyla; aile alt boyutu puanı $25,2\pm 4,8$, arkadaş alt boyutu puanı $19,1\pm 8,3$ ve özel bir insandır alt boyutu puanı $20,1\pm 7,7$ olarak algılanan sosyal destek algıları yüksek bulunmuştur. Literatürde bulunan bazı çalışmalar bulgularımızla benzer niteliktedir. ÇBASDÖ toplam alt boyut puanları; Mermer ve diğerlerinin (2010) çalışmasında aile alt boyut puanı $25,08\pm 4,88$, arkadaş alt boyut puanı $20,41\pm 7,74$, özel bir insandır alt boyut puanı $21,20\pm 7,25$, Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş (2011) tarafından yapılan çalışmada sırasıyla aile alt boyut puanı $24,10\pm 5,59$ puan, arkadaş alt boyut puanı $19,22\pm 7,19$ puan, özel bir insandır alt boyut puanı $24,63\pm 5,29$, Güleç ve diğerleri (2013) aile alt boyut puanı $25,0\pm 5,3$, arkadaş alt boyut puanı $20,4\pm 8,6$, özel bir insandır alt boyut puanı $19,0\pm 9,2$ bulunarak çalışmamızdaki gibi aile alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Mermer ve diğerleri, 2010; Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş, 2011; Güleç ve diğerleri, 2013; Gümüşdaş ve Ejder Apay, 2016). Literatürde ÇBASDÖ aile alt boyut puanı ve arkadaş alt boyut puanları yüksek olup özel bir insandır alt boyut puanı düşük olan bazı çalışmalarda bulunmaktadır (Değirmenci, 2016; Kanığ ve diğerleri, 2019). Çalışmamızda aile alt boyut puanının yüksek bulunmasının sebebi, gebelerin eş desteğinin fazla olmasından ayrıca eşleri dışında en çok desteği anneden aldıklarını belirttiklerinde dolayı aile alt boyutunun yüksek olduğu düşünölmektedir.

5.3. Gebelerin PTSBSL-SV ve ÇBASDÖ Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon İlişkisinin Karşılaştırılması

PTSBSL-SV yeniden yaşama alt boyutu puanı ile ÇBASDÖ aile alt boyutu puanı arasında negatif yönde, PTSBSL-SV kaçınma alt boyutu puanı ile ÇBASDÖ aile, ÇBASDÖ arkadaş, ÇBASDÖ özel bir insandır alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönde, PTSBSL-SV aşırı uyarılmışlık alt boyutu puanı ile ÇBASDÖ aile alt boyutu puanı ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönde, PTSBSL-SV toplam puanı ile ÇBASDÖ aile, ÇBASDÖ özel bir insandır alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. Bu bağlamda önceki gebeliği komplikasyonlu olan gebelerin algılanan sosyal destek düzeyleri arttıka PTSB

yaşama durumlarının azaldığını söylemek mümkündür. Literatürde yapılan bazı çalışmalarda sosyal destek sistemleri yetersiz olan gebelerde depresyon ve kaygı düzeylerinde artış olduğu görülmüştür (Okanlı, 2003; Elsenbruch ve diğerleri, 2007; Karaçam ve Ançel, 2009; Mermer ve diğerleri, 2010; Özbey, 2012). Sosyal destek ağı kişinin stresli olaylara uyumunu kolaylaştırırken karşılaşılan problemlerle baş edebilmesi için bireye destek verir (Kartal ve Çetinkaya, 2009). Çalışmamıza katılan önceki gebeliği komplikasyonlu olan gebelerin, sosyal destek sistemlerinin yeterli düzeyde olması ile gebelik sürecini daha kolay geçirebildikleri, karşı karşıya kaldıkları sorunlarla daha rahat baş edebildikleri, annelik rolüne daha çabuk adapte oldukları ve gebelik, doğum ve doğum sonrasında da daha az sorunla karşılaştıkları söylenebilir.

5.4. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre PTSBSL-SV Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırmamızda PTSBSL-SV toplam puanları ile gebelerin sosyodemografik özellikleri arasından sadece eşin destek olma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunurken; yaş, eşin yaşı, evlilik süresi, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, aile gelir durumu, en uzun yaşanılan yer, aile tipi ve eş dışında birinin destek olma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda eş desteği ile PTSBSL-SV toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmamızla benzer sonuçları veren bazı çalışmalar bulunmaktadır (Kılıçaslan, 2008; Üst, 2012; Doğrul, 2020; Derman, 2020; Demir Alkin ve Beydağ, 2020). Bu çalışmaların sonuçlarında gebelik sürecini eş desteği olarak geçiren gebelerde distress, anksiyete ve kaygı düzeylerinin azaldığı belirtilmiştir. Araştırma bulgumuzun aksine Özbek ve Beydağ'ın (2022) çalışmalarında ise gebelerin eş destek düzeylerinin gebelik stresi üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir (Özbek ve Beydağ, 2022). Literatürde, gebelik süresince eş desteği gören gebelerin annelik görüşünün olumlu olarak etkilendiği, gebelikteki stres kaynakları ile daha kolay baş edebildikleri belirtilmiştir (Derman, 2020). Elde edilen bulgular ile eş desteğinin gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlattığını, PTSD semptomları ile baş etme süreçlerini kolaylaştırdığını ve gebeliğe uyum sağlama süreçlerine yardımcı olduğunu söylemek mümkündür.

Çalışmamızda gebenin yaşı ve eşin yaşı ile PTSBSL-SV toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde çalışmamızla paralellik gösteren bazı çalışmalar vardır (Gözüyeşil ve diğerleri, 2008; Durukan ve diğerleri, 2011; Çelik, 2018; İşbir ve diğerleri, 2016; Horesh ve diğerleri, 2018). Araştırma bulgumuzun aksine İşcan ve diğerlerinin (2018) gebelerle yürüttüğü çalışmada gebelerin yaşı ile depresif belirtiler sergileme durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur (İşcan ve diğerleri, 2018). Literatürde Leighn ve Milgrom (2008) ile Yılmaz ve Beji'nin (2010) çalışmalarında gebelerde strese maruz kalma ve baş etme becerilerinin yaş gruplarına göre değişkenlik göstermediği belirtilmiştir (Leigh ve Milgrom, 2008; Yılmaz ve Beji, 2010). Çalışmadan elde edilen sonucun, yaşı farketmeksizin önceki gebeliğinde komplike durum yaşayan gebelerin mevcut gebeliğinde PTSD semptomlarını yaşayabileceğini bildirmesi açısından sağlık personellerine yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda PTSBSL-SV toplam puanları ile gebe ve eşinin eğitim düzeyi, gelir düzeyi ile gebenin çalışma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışma bulgumuzun aksine Akbaş ve diğerleri (2008), Gözüyeşil ve diğerleri (2008) ve İşcan ve diğerleri (2018) tarafından yapılan çalışmalarda gebelerin eğitim düzeyleri ile PTSBSL-SV toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Akbaş ve diğerleri, 2008; Gözüyeşil ve diğerleri, 2008; İşcan ve diğerleri, 2018). Elde edilen bulgunun örneklem grubunun bireysel özelliklerinin farklı olmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda en uzun yaşanan yer, evlilik süresi ve aile tipi ile PTSBSL-SV toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışma bulgumuzdan farklı olarak Şen ve Şirin'in (2013) çalışmasına göre şehirde hayat süren gebelerin durumluluk anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Şen ve Şirin, 2013). Elde edilen bulgular doğrultusunda çalışmamıza katılan gebelerin çoğunluğunun en uzun süre ilde yaşamış olmalarına bağlı şehirde sağlık hizmetlerine kolay ulaşım sağlamaları nedeniyle PTSD semptomlarını yaşama durumları etkilememiş olabilir.

Araştırmamızda PTSBSL-SV toplam puanları ile gebelerin obstetrik özellikleri arasında gebeliğe bağlı sorun yaşama ile doğum öncesi bakım alma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunurken, gebelik haftası, gebelik sayısı, düşük yapma durumu, düşük yapma sayısı, kürtaj olma durumu, kürtaj olma sayısı, ölü doğum yapma durumu, ölü doğum yapma sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, doğuma hazırlık sınıflarına katılma durumu, doğum öncesi bakım alma sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırmamızda gebelerin gebeliğe bağlı sorun yaşama ile PTSBSL-SV toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgumuza benzer şekilde, Kabalcıoğlu ve diğerleri (2018) ve Pepe ve Ege (2019) tarafından yapılan çalışmalarda gebeliğe bağlı sorun yaşama ile anksiyete puanları arasında, Sayın' ın (2020) yaptığı çalışmada ise PTSD semptomları, durumluluk ve sürekli kaygı puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Kabalcıoğlu ve diğerleri, 2018; Pepe ve Ege, 2019; Sayın, 2020). Elde edilen bulgu; önceki gebeliği komplikasyonlu olan gebelerin şimdiki gebeliğe bağlı bir sorun yaşamalarının PTSD semptomlarını tetikleyebileceğini göstermesi açısından önemlidir.

Çalışmamıza katılan gebelerin doğum öncesi bakım alma durumları ile PTSBSL-SV toplam puanları arasında anlamlı fark vardır. Çalışmamızla benzer olarak; Modarres ve diğerleri (2012) tarafından yapılan çalışmada antenatal dönemde sağlık bakım hizmeti alan gebelerde PTSD gelişme riskinin azaldığı belirtilmiştir (Modarres ve diğerleri, 2012). Doğum öncesi bakım hizmeti alan gebelerin sağlık profesyonellerine soru sorma, yapılan kontroller sayesinde kendileri ve bebeklerinin sağlık durumlarına ilişkin bilgi alma gibi imkânları nedeniyle mevcut gebelikte PTSD semptomlarının hem ortaya çıkması hem de yönetilmesi açısından avantaj sağlayabilecekleri düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan gebelerin gebelik haftası ile PTSBSL-SV toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmamıştır. Araştırma bulgumuz gibi İşcan ve diğerlerinin (2018) çalışmasında gebelik haftaları ile depresyon arasında istatistiksel fark bulunmamıştır (İşcan ve diğerleri, 2018). Gebelikte her trimesterin kendine has psikolojik uyum sürecinin olduğu bilinmektedir. İlk trimester genel anlamda yeni duruma ve gebelik fikrine uyumla alakalıdır (Kuğu ve Akyüz, 2001). Çalışmamızda gebelik haftasının PTSD düzeylerini etkilememesinin sebebi, çalışmamızın 12 hafta üzeri gebelerle yapılmış olması ve önceki gebeliği komplikasyonlu geçen gebelerin bu ilk trimester boyunca hem gebeliğe hem de yaşanan problemlere adaptasyon sürecini geçirmiş olabileceklerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda düşük/kürtaj/ölü doğum/yaşayan çocuk sayısı ile PTSBSL-SV toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde çalışmamızla benzer sonuçları veren bazı çalışmalar mevcuttur (Armstrong, 2004; Akbaş ve diğerleri, 2008; Şahin ve Kılıçarslan, 2010; Çakır ve Can, 2012; Karabulut, 2013; Sabancı, 2018). Çalışmamızın aksine düşük/kürtaj/ölü doğum ve yaşayan çocuk olması durumları ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulan bazı çalışmalar bulunmaktadır (Broen ve diğerleri, 2005; Toffol, 2013; Sayın, 2020). Elde

edilen bulguyu araştırmaya katılan gebelerin eşlerinden ve ailelerinden aldıkları sosyal destek yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünölebilir.

Çalışmamızda şimdiki gebeliğin planlı olması ile PTSBSL-SV toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışma bulgumuzla benzer olarak Gözüyeşil ve diğerlerinin (2008) yaptığı çalışmada isteyerek gebe kalma durumu ile depresyon puanları açasından anlamlı farkın olmadığı bildirilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgunun aksine, gebeliği planlı olmayan gebelerde depresyon puan ortalamasının (Barton ve diğerleri, 2017; İşcan ve diğerleri, 2018), Li ve diğerleri, 2009) ve süreklilik anksiyete puan ortalamasının (şen ve şirin, 2013) daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Daugirdaite ve diğerlerinin (2015) çalışmasında planlanmamış gebeliğin kaybının PTSD ile yakından ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Daugirdaite ve diğerleri, 2015). Elde edilen bulgunun katılan gebelerin farklı kişisel özelliklere sahip olması ve gebeliğe yüklediği anlamın farklı olmasından kaynaklandığı düşünölmektedir.

5.5. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırmamızda ÇBASDÖ toplam puanları ile gebelerin sosyodemografik özelliklerinden yaş, eğitim durumu, eş eğitim durumu ve eşin destek olma durumu arasında istatistiksel açasından anlamlı fark bulunurken, eşin yaşı, evlilik süresi, çalışma durumu, aile gelir durumu, en uzun süre yaşanılan yer, aile tipi ve eş dışında birinin destek olma durumu ile istatistiksel açasından anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda gebelerin yaş grupları ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel açasından anlamlı fark bulunmuştur. Araştırma bulgumuzla benzer şekilde; Mermer ve diğerlerinin (2010) çalışmasında ÇBASDÖ toplam puanları ile gebelerin yaş grupları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (Mermer ve diğerleri, 2010). Araştırma bulgumuzdan farklı olarak Nazari ve diğerleri (2015) ve Değirmenci (2016) tarafından yapılan çalışmalarda ise gebenin yaşı ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Nazari ve diğerleri, 2015; Değirmenci, 2016). Çalışma sonucumuza göre, diğer yaş gruplarına oranla 34 yaş ve üzeri grupta olan gebelerin ÇBASDÖ puan ortalamalarının daha fazla olması, mevcut gebeliğin hem anne hem de fetüs açasından sağlıklı geçirilmesine yönelik olarak hem eşin hem de ailenin algısından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin eğitim düzeyi ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farkın olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olan gebelerin ÇBASDÖ toplam puanının, ilköğretim ve lise düzeyine göre yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgumuzla paralel olarak; Elsenbruch ve diğerleri (2007), Yılmaz ve Beji (2010), Ölçer ve diğerleri (2016), Metin ve Pasinlioğlu (2016), Kanığ ve Eroğlu (2019) tarafından yapılan araştırmalarda da eğitim seviyesi arttıkça gebelerin ÇBASDÖ toplam puanlarının da arttığı görülmüştür (Elsenbruch ve diğerleri, 2007; Yılmaz ve Beji, 2010; Ölçer ve arkadaşları, 2016; Metin ve Pasinlioğlu, 2016; Kanığ ve Eroğlu, 2019). Elde edilen bulguların; eğitim seviyesi yüksek olan gebelerin kendilerini daha iyi ifade edebilmesi, sosyal destek sistemlerini kullanabilme konusunda daha etkin olmalarından kaynaklanabileceği öngörülmektedir.

Çalışmamıza dâhil olan gebelerin eş eğitim durumu ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Araştırmamıza göre eş eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan gebelerin ÇBASDÖ toplam puanının, ilköğretim ve lise düzeyine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma bulgumuzla benzer olarak; Büyükkoca (2001), Okanlı ve diğerleri (2003), Cheng ve diğerleri (2016) ve Kanığ ve Eroğlu (2019) tarafından yapılan çalışmalarda da gebelerin ÇBASDÖ toplam puanları ile eşin eğitim düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur yani eşlerin eğitim seviyeleri arttıkça gebelerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri artış göstermiştir (Büyükkoca, 2001; Okanlı ve arkadaşları, 2003; Cheng ve arkadaşları, 2016; Kanığ ve Eroğlu, 2019). Eş eğitim düzeyindeki yüksekliğin erkeklerin gebelikle ilgili bilgilerinin artması ve gebe kadına ihtiyacı doğrultusunda destek olma durumlarını desteklediği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan gebelerin eş destek olma durumları ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Araştırmamızla benzer sonuçları veren bazı çalışmalar vardır (Özdemir ve diğerleri, 2010; Metin, 2014; Gümüşdaş, 2014; Aktaş ve Yeşilçiçek, 2015; Eşen, 2018). Eşlerinden etkili ve yeterli desteğe sahip olan gebelerin karşılaşılan sorunlarla baş etmede daha başarılı olabileceği belirtilmiştir (Okanlı ve diğerleri, 2003). Elde edilen bulgular doğrultusunda önceki gebeliği komplikasyonlu geçen gebelerin kendilerini iyi hissetmesi ve olumlu duyguların harekete geçmesi açısından eşleri tarafından algıladıkları sosyal desteğin pozitif etkiler yarattığı düşünülebilir.

Çalışmaya katılan gebelerin çalışma durumları ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. Literatürde bulgularımızla benzer sonuçları veren bazı

çalışmalar vardır (Mermer ve diğerleri, 2010; Turan ve diğerleri, 2020). Araştırma bulgumuzun aksine; Fall ve diğerleri (2013), Metin (2014), Metin ve Pasinlioğlu (2016), Kanığ ve Eroğlu (2019) tarafından yapılan çalışmalarda ekonomik özgürlüğü olan gebelerin çalışmayan gebelere oranla algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Fall ve diğerleri, 2013; Metin, 2014; Metin ve Pasinlioğlu, 2016; Kanığ ve Eroğlu, 2019). Çalışma hayatı ile birlikte bireylerin sosyal çevresi genişler, kişilerarası ilişkileri güçlenir ve destek mekanizmalarının sayısında ve niteliğinde artış yaşanır buna bağlı olarak da algıladıkları sosyal destekte artış görülebilir. Literatürde de, çalışan kadının hem iş yükünün hem de sorumluluklarının arttığı vurgulanmakta dolayısıyla çalışan kadınların hem ihtiyaç boyutunda hem de alınan destek boyutunda sosyal desteğe daha fazla gereksinim duyduğu belirtilmiştir (Türkoğlu ve diğerleri, 2014). Bu bilgilerin aksine elde ettiğimiz bulgunun çalışmamıza katılan gebelerin sosyokültürel düzeylerine bağlı büyük bir çoğunluğunun gelir getiren bir işte çalışmamış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamıza dâhil edilen gebelerin aile gelir durumları ile ÇBASDÖ toplam puanları incelendiğinde arada istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde araştırma bulgumuzla aynı sonucu veren bazı çalışmalar yer almıştır (Mermer ve diğerleri, 2010; Ölçer ve diğerleri, 2016; Değirmenci, 2016). Mirabzadeh (2013), Aksoy (2016), Metin ve Pasinlioğlu (2016) ile Kanığ Eroğlu (2019) tarafından yapılan çalışmalarda ise gebelerin ÇBASDÖ toplam puanları ile gelir durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark bulunmuş olup, sosyoekonomik durumu iyi olan gebelerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Mirabzadeh, 2013; Aksoy, 2016; Metin ve Pasinlioğlu, 2016; Kanığ ve Eroğlu, 2019). Elde edilen bulgu sonucunda ekonomik durumu yeteri kadar iyi olmayan gebenin çaresizleştiğini ve etrafındakilere karşı boyun eğici bir tutum içerisine girdiğini, yardım ihtiyacını dile getirmekten çekindiği ve bu sebepten ötürü sosyal destek sistemlerini algılamada yetersiz kaldığını düşünebiliriz.

Çalışmamızda gebelerin uzun süre yaşadıkları yer ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırmamızın bulguları Turan ve diğerlerinin (2020) yaptığı çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir (Turan ve diğerleri, 2020). Yaşanılan yer, kişinin sosyal çevresinin genişlemesini sağlayarak alabileceği sosyal destek sistemlerinin artmasında etkili olabilmektedir. Buna rağmen önceki gebeliğinde komplikasyon yaşayan gebelerin yaşanılan yer fark etmeksizin sosyal desteği algılama durumları değişkenlik göstermemiştir.

Çalışmamızda gebelerin evlilik süreleri ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kaniğ ve diğerleri (2019) tarafından yapılan çalışma araştırma bulgumuzla paralellik göstermektedir (Kaniğ ve diğerleri, 2019). Ancak Metin ve Pasinlioğlu (2016) tarafından yapılan çalışmada ÇBASDÖ toplam puanları ile evlilik süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup bu sonucun ise evlilik süresi 1-2 yıl olan gebelerden kaynaklandığı ortaya konulmuştur (Metin ve Pasinlioğlu, 2016). Bu farklılığın araştırmaya dahil edilen gebelerin bireysel, kültürel ve sosyal özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan gebelerin aile tipleri ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır. Literatürde araştırma bulgumuzla benzer sonucu veren bazı çalışmalar bulunmuştur (Kita, 2000; Metin Pasinlioğlu, 2016; Ölçer ve diğerleri, 2016; Değirmenci, 2016). Araştırma bulgumuzdan farklı olarak ÇBASDÖ toplam puanları ile aile tipi arasında anlamlı fark bulunarak çekirdek ailede yaşam süren gebelerin algıladıkları sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğunu belirten bazı çalışmalara ulaşılmıştır (Mermer ve diğerleri, 2010; Özdemir ve diğerleri, 2010; Metin, 2014; Aktaş ve Yeşilçiçek, 2015; Ölçer ve diğerleri, 2016; Aksoy, 2016). Ailedeki birey sayısının arttıkça gebeler tarafından algılanan sosyal destek algısının düştüğü bilinir. Çekirdek aile yapısına sahip gebeler algılanan sosyal desteği daha tatminkâr bulur (Mermer ve diğerleri, 2010; Okanlı ve diğerleri, 2013). Elde edilen bulgu sonucunda çalışmamıza katılan gebelerin çoğunluğunun çekirdek aile yapısına sahip olmasına rağmen algılanan sosyal desteğin aile yapısından ziyade aile içi ilişkilerin niteliği ile ilgili olduğunu düşünmek olasıdır.

Araştırmamıza katılan gebelerin ÇBASDÖ toplam puanları ile obstetrik özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmada araştırma grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerinden gebelik haftasına göre ÇBASDÖ toplam puanları incelendiğinde, grupların puanları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. Araştırmamıza paralel olarak Özdemir ve diğerlerinin (2010) yaptığı çalışmada gebelik haftası ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Özdemir ve diğerleri, 2010). Araştırma bulgumuzun aksine Kaniğ ve Eroğlu'nun (2019) çalışmasında gebelik haftası ile ÇBASDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Kaniğ ve Eroğlu, 2019). Elde edilen bulgular doğrultusunda gebelerin eş ve aile başta olmak üzere sosyal destek sistemleri tarafından aldıkları desteğin gebelik haftası fark etmeksizin mevcut olduğu söylenebilmektedir.

Çalışmaya dâhil olan gebelerin gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde bazı çalışmalarda çalışmamızla paralel olarak gebelik sayısı ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Okanlı ve diğerleri, 2003; Chou ve diğerleri, 2008; Özdemir ve diğerleri, 2010; Özcan ve Beji, 2015; Metin ve Pasinlioğlu, 2016; Kanığ ve Eroğlu, 2019). Bu bulgudan yola çıkılarak, çalışmada yer alan gebelerin gebelik sayısı ve çocuk sayısı fark etmeksizin aldıkları sosyal desteğin devam ettiği söylenebilir.

Çalışmaya katılan gebelerin düşük/kürtaj olma durumları ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır. Ölçer ve diğerleri (2016) tarafından yapılan araştırmada, düşük/kürtaj öyküsü olmayan riskli gebelerin algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmüştür (Ölçer ve diğerleri, 2016). Elde edilen bulgu gebelerin eş ve ailelerinden aldıkları sosyal desteğin önceki gebeliklerinde yaşanan zorlu süreçlerden kaynaklı olarak mevcut gebelikte devam ettiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda gebeliğin planlı olma durumu ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde çalışmamızla paralellik gösteren bazı çalışmalar bulunmaktadır (Özdemir ve diğerleri, 2010; Aksoy, 2016; Chou ve diğerleri, 2018; Yanık ve Özcanarslan, 2019). Gebeliği planlı olmayan kadınlar sıklıkla yetersiz sosyal destek sistemleriyle karşı karşıya kalırlar (Gariepy ve diğerleri, 2016). Çalışmaya katılanların çoğunun gebeliğinin planlı olmasına rağmen gebenin sosyal destek sistemlerini yeteri düzeyde algılamamış olmasının sebebinin; önceki gebeliğindeki komplikasyonlar ve mevcut gebeliğinde de yaşanabilecek komplikasyonlardan dolayı kendini sorumlu tutmasının olduğunu düşünebiliriz.

Çalışmamızda doğum öncesi bakım alma durumu ve doğum öncesi bakım alma sayısı ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. Kanığ ve Eroğlu (2016), Okanlı ve diğerlerinin (2003) çalışmasında doğum öncesi bakım alma durumları ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Okanlı ve diğerlerinin (2003) çalışmasında gebelikte sağlık personeli verilen sağlık bakım hizmetlerinin algılanan sosyal desteği arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Okanlı ve diğerleri, 2003; Kanığ ve Eroğlu, 2016). Bu bulgunun, önceki gebelikte yaşanan komplikasyonun mevcut gebelikte de gelişmemesi noktasında gebelerin sosyal destek sistemlerinin süreçteki olumlu rolünü açığa çıkardığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Önceki gebeliğinde komplikasyonu olan gebelerde posttravmatik stres bozukluğu semptomları ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 301 gebe ile analitik kesitsel tipte yürütülen çalışmanın başlıca sonuçları aşağıdaki gibi özetlenmiştir:

- Gebelerin ortanca yaşı 29,0 (18,0-44,0), gebe eşlerinin ortanca yaşının ise 34,0 (30,0-51,0) olduğu, gebelerin %57,8'inin ilköğretim mezunu olduğu, %73,8'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %72,4'ünün gelirinin gidere denk olduğu, %38,5'inin en uzun süre ilde yaşadığı, %41,9'unun 1-5 yıl arasında evli olduğu, %83,7'sinin çekirdek aile yapısında yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin %54,2'sinin ilköğretim mezunu olduğu ve %44,2'sinin özel sektörde çalıştığı bulunmuştur.

- Gebelerin eşlerinin %91,4'üne eşinin destek olduğu, %62,1 ile eş dışında destek olan kişinin bulunmadığı, eş dışında destek olanında anne olduğu saptanmıştır.

- Gebelik haftası ortanca değerinin 31,0 (12,0-37,0) olduğu, gebelerin %59,8'inin ≥ 28 hafta gebelerden oluştuğu, gebeliklerin %40,9 ile dört ve üzeri gebelikten oluştuğu, %66,4'ünün düşük yaptığı, %55,1'inin kürtaj olduğu, %94,7 ile ölü doğum yapmadığı, %42,5'inin bir çocuğa sahip olduğu saptanmıştır.

- Gebeliğin %68,8'inin gebeliklerinin planlı olduğu, %83,4'ünün gebeliğe bağlı sorun yaşamadığı, %92,7'sinin doğuma hazırlık sınıfına katıldığı, %58,5'inin doğum öncesi bakım aldığı, %60,2'sinin 4-6 kez bakım aldığı ve %94,8 ile doğum öncesi bakım veren kişinin doktor olduğu bulunmuştur.

- Gebelerin %67,8 ile PTSS yaşadığı saptanmıştır.

- PTSBSL-SV'den alınan toplam puan ortalaması $28,6 \pm 10,4$, yeniden yaşama alt boyut puan ortalaması $7,7 \pm 4,5$, kaçınma alt boyut puan ortalaması $11,0 \pm 4,2$, aşırı uyarılmışlık alt boyut puan ortalaması ise $10,0 \pm 3,9$ olarak saptanmıştır.

- ÇBASDÖ'den alınan toplam puan ortalaması $64,4 \pm 16,1$, aile alt boyut puan ortalaması $25,2 \pm 4,8$ puan, arkadaş alt boyut ortalaması $19,1 \pm 8,3$ puan, özel bir insandır alt boyut ortalaması $20,1 \pm 7,7$ puan olarak saptanmıştır.

- Gebelerin PTSBSL-SV yeniden yaşama alt boyutu puanı ile ÇBASDÖ aile alt boyutu puanı arasında negatif yönde, PTSBSL-SV kaçınma alt boyutu puanı ile ÇBASDÖ aile, ÇBASDÖ arkadaş, ÇBASDÖ özel bir insandır alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönde, PTSBSL-SV aşırı uyarılmışlık alt boyutu puanı ile ÇBASDÖ aile alt boyutu puanı ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönde, PTSBSL-SV toplam puanı ile ÇBASDÖ aile, ÇBASDÖ özel bir insandır alt boyut puanları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

- Gebelerin ÇBASDÖ ve PTSBSL-SV toplam puanları ile gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri arasındaki ilişki korelasyon analizi incelendiğinde ÇBASDÖ toplam puanı ile yaş ($r=,139$, $p=,016$) ve doğum öncesi bakım alma sayısı ($r=,149$, $p=,049$) arasında pozitif yönde, ÇBASDÖ toplam puanı ile toplam gebelik sayısı ($r=-,122$, $p=,034$) arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

- Sosyodemografik özelliklerden eşin destek olma durumu ile PTSBSL-SV puan ortalamaları arasında anlamlılık olduğu saptanmıştır.

- Obstetrik özelliklerinden ise gebeliğe bağlı sorun yaşama ve doğum öncesi bakım alma ile PTSBSL-SV puan ortalamaları arasında anlamlılık olduğu saptanmıştır.

- Sosyodemografik özelliklerden yaş, eğitim durumu, eşin eğitim durumu ve eşin destek olma durumu ile ÇBASDÖ puan ortalamaları arasında anlamlılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- Önceki gebeliğinde komplikasyonu olan gebelerin obstetrik özellikleriyle ÇBASDÖ puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark saptanmamıştır.

6.2. Öneriler

- Sağlık profesyonellerinin doğum öncesi izlemler sırasında, önceki gebeliğinde komplikasyonlu olan gebelerin PTSD ve sosyal destek düzeylerini belirlemeleri.
- Posttravmatik stres bozukluğu ölçeği kadın doğum kliniklerinde uygulanmalı ve bunun sonucunda ihtiyaç halinde gebelere gerekli yönlendirmeler yapılmalı.

- Gebelere, antepartum dönemden başlayarak kaygı, stres ve anksiyete gibi psikososyal durumlarını olumsuz etkileyen faktörlerle baş edebilmeleri açısından eğitim ve danışmanlıklar verilmeli.
- Gebelik ve doğumdan bir yıl sonrasına kadar gebelere PTSTB, anksiyete, depresyon taraması yapılmalı.
- Doğum öncesi bakım hizmetlerinin verildiği dönemde gebelerin ihtiyaç duydukları sosyal destek sistemleri belirlenmeli.
- Polikliniğe gelen gebe ve yakınlarına eş desteğinin öneminden bahsedilmeli.
- Eğitim düzeyi düşük olan gebelerin sosyal destek kaynakları konusunda farkındalıkları artırılmalı.
- Önceki gebeliğinde komplikasyonu olan gebelere mevcut gebeliğinde gerekli emosyonel destek sağlanmalı.
- Önceki gebeliğinde komplikasyonu olan gebelerde ihtiyaç duyduğu sosyal destek düzeyine yönelik kaynaklar harekete geçirilmeli.
- Bir önceki gebeliğinde komplikasyonu olan gebelerde mevcut gebelikte PTSTB gelişmesini etkileyen sosyodemografik ve obstetrik özellikler her izlemde öykü alınırken sağlık personelleri tarafından dikkate alınmalı.
- Sağlık personelleri bir önceki gebeliğinde komplikasyonu olan gebelerin buluşup, emosyonel durumlarına yönelik olarak paylaşımlarda bulunabilecekleri sosyal medya platformları oluşturmalı (facebook, istagram vs..).
- Sağlık profesyonellerinin PTSTB ve sosyal desteğin önemi konusunda bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılmasına yönelik eğitimler planlanmalı.
- Sağlık profesyonelleri tarafından önceki gebeliğinde komplikasyonu olan gebelerin mevcut gebeliğinde PTSTB yaşama durumu açısından online veya yüz yüze eğitim ve seminerler düzenlenmeli.
- Araştırma konusunun büyük örneklem grupları ile çalışılacağı çalışmaların yanı sıra nitel araştırma yöntemleri kullanılarak da planlanması.
- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersini yürüten akademisyenlerin ders müfredatı içine perinatal psikolojik durumlarda yaklaşım konusunu entegre etmeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Agius, A., Xuereb, R. B. Carrick-Sen, D., Sultana, R., Rankin, J. (2016). The co-existence of depression, anxiety and post-traumatic stress symptoms in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, 36, 70-9. doi: 10.1016/j.midw.2016.02.013
- Akbaş, E. (2006). *Gebe kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Akbaş, E., Vırit, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, AH., Sertbaş, G. (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45, 85-91
- Aksoy, H., (2016). *Gebelerin sosyal destek algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Aktaş, S., Yeşilecek, K. (2015). Factors Affecting Depression During Pregnancy and the Correlation Between Social Support and Pregnancy Depression. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(9). doi: 10.5812/ircmj.16640
- Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creed, D., Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 40(11), 1849-59. doi: 10.1017/S0033291709992224
- Altun, E. (2021). *Doğum hafızasının ve postpartum posttravmatik stres bozukluğunun annebebek ve baba-bebek bağlanma üzerine etkisinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- American College of Obstetricians and Gynaecologists [ACOG]. 2018. *Tubal Ectopic Pregnancy*. American College of Obstetricians and Gynaecologists. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29232273/> adresinden erişildi.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. 2012. *Guidelines for perinatal care*. 7th ed. Elk Grove Village (IL): AAP; Washington, DC, 109-110
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. (5th ed). Washington DC.

- Amorim, TV., do Carmo Pinto Coelho Paiva, A., de MCS, M., de Oliveira Souza, IE., MAV, M., Salimena, AM. (2016). The everyday of a heart disease high-risk pregnancy: phenomenological study of care relationships. *Escola Anna Nery*, 20(4), 1–6. doi:10.5935/1414-8145.20160091
- Armstrong, DS. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33, 765–73
- Atadağ, Y., Aydın, A., Kaya, D., Öksüz, A., Köşker, HD. (2017). Birinci basamakta izlenmiş gebelerin risk değerlendirmeleri, gebelik ve doğum süreçleri: retrospektif çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*, 1(1), 5-8. doi: 10.28982/josam.337609
- Aydemir, H. ve Hazar, HU. (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeğin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 815-833
- Aydemir, H., Uyar Hazar, H. (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeğin rolü. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 3(2) 815
- Ayers, F., McKenzie-McHarg, K., Ayers, S., Ford, E., ... Slade, P. (2015). Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive And Infant Psychology*, 33(3). doi: 10.1080/02646838.2015.1031646
- Ayers, S. (2014). Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery*, 30, 145-8
- Bakır, N., Ölçer, Z., Oskay, Ü. (2014). The levels and affecting factors of prenatal attachment in high risk pregnant. *International Refereed Journal of Gynaecology and Maternal Child Health*, 1(1), 26-37
- Baltacı, N. ve Başer, M. (2020). Riskli gebelerde yaşanan anksiyete, prenatal bağlanma ve hemşirenin rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(3), 206-212
- 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

- Bekmezci, H. ve Özkan, H. (2016). Gebelikte psikososyal bakım, prenatal bağlanma ve ebe-hemşirenin sorumlulukları. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 8, 50-62
- Białek, KI., Malmur, M. (2020). Risk of post-traumatic stress disorder in women after miscarriage. *Turkish Medical Student Journal*, 36, 134–41
- Blackburn, ST., Loper, DL. (1992). *Maternal, fetal, and neonatal physiology: a clinical perspective*. Philadelphia, PA: Saunders.
- Born, L., Soares, C., Phillips, S., Jung, M., Steiner, M. (2006). Women and reproductiv erelated trauma. *Annals New York Academy of Sciences*, 107, 491–94
- Broen, A.N., Moum, T., Bodtker, A.S., Ekeberg, O. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*, 12, 3, 18. doi: 10.1186/1741-7015-3-18
- Buckley, TM., Schatzberg, AF. (2005). On the interactions of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis and sleep: normal HPA axis activity and circadian rhythm, exemplary sleep disorders. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90(5), 3106–3114
- Büyükkoça, M. (2001). *Algılanan sosyal destek ile postpartum depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Cacciatore, J., Froen, JF., Killian, M. (2013). Condemning self, condemning other: blame and mental health in women sufering stillbirth. *Journal of Mental Health Counseling*, 35, 342–59
- Caelli, K., Downie, J., Letendre, A. (2002). Parents’ experiences of midwife managedcare following the loss of a baby in a previous pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 127-136
- Candan, Ö. (2012). *Gebelik kaybı yaşayan çiftlerin sosyal destek sistemleri ve hemşirelik bakım desteğinin, depresyon düzeylerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 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(57), 672-9. doi: 10.1089/jwh.2015.546

- Chou, FH., Kuo, SH., Wang, RH. (2008). A longitudinal study of nausea and vomiting, fatigue and perceived stress in, and social support for pregnant women through the three trimesters. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 24(6), 306-14
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Coşkun, A. M., Arslan, S., Okcu, G., (2020). Gebe kadınlarda gebelik algısının stres, demografik ve obstetrik özellikler açısından incelenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(1), 1-8
- Cote-Arsenault, D., Marshall, R. (2000). One foot in one foot out: weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. *Research in Nursing and Health*, 23, 473–85
- Currie, J., Barber, CC. (2016). Pregnancy gone wrong: women’s experienced of care in relation to coping with a medical complication in pregnancy. *New Zealand College of Midwives Journal*, 52, 35–40
- Czarnocka, J., Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 35-51
- Çakır, Y., Palabıyık, R. (1997). Gençlerde sosyal destek, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi*, 5(1), 15-24
- Çalık, KY., Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. *Current Approaches in Psychiatry*, 3(1), 142-162
- Çelik, G. (2018). *Doğum şekillerine göre annelerde postpartum posttravmatik stres bozukluğu belirtileri görülme durumu ve etkileyen faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Çeliker Tosun, Ö. ve Okyay, R. E. (2018). Gebelik Sürecinde Fiziksel Aktivite Değişimlerinin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 333-341
- Çoban, A. (2015). Riskli Gebelikler. A. Şirin, O. Kavlak (Ed.), *Kadın Sağlığı* içinde (2. bs., ss 324-347). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Dağlar, G., Nur, N. (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi The relationship between anxiety and depression level and coping styles with stress of pregnant women. *Cumhuriyet Medical Journal*, 36, 429–41

- Daş, Z. (2012). Gebeliğin psikososyal ve kültürel boyutu. Lale Taşkın (Ed.), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (11.bs., ss. 211-225). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- Daugirdaite, V., Akker, O.V.D., Purewal, S. (2015). Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: a systematic review. *Journal of Pregnancy*, 1–14
- Değirmenci, F. (2016). *Gebelerin psikososyal sağlık durumları ile sosyal destekleri arasındaki ilişki*. Doktora Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Demir Alkin, E. ve Beydağ, KD. (2020). Relationship between perceived stress level and self-perception level of women who had three or more pregnancies. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(3), 228-238
- Demirbaş, H. ve Kadioğlu, H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(4), 200-206
- Derman, G. (2020). *Son trimesterdeki gebe kadınların psikososyal sağlık durumunun doğum korkusu ve eş desteği ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Dikmen Yıldız, P., Ayers, S., Phillips, L. (2017). Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: A longitudinal population-based study. *Midwifery*, 55, 29-37
- Dodgson, J. E. Oneha, M. F., Choi, M. (2014). A Socioecological Predication Model of Posttraumatic Stress Disorder in Low-Income, High-Risk Prenatal Native Hawaiian/Pacific Islander Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(5). doi: 10.1111/jmwh.12211
- Doğan Merih, Y., İliter, F., Coşkun Potur, D., Alioğulları, A. (2018). Prenatal tanı testleri sonrasında riskli gebelik tanısı alan gebelerin sürece yönelik görüşleri. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 1-19
- Doğrul, E. (2020). *Gebelerde eş desteğinin annelik rolü, beden algısı ve distres düzeyi ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Duman, M. ve Kızılkaya Beji, N. (2019). Riskli gebelikler; risk faktörleri, yaklaşımlar ve acil obstetrik bakım. Timur Taşhan S, Doğan Yüksekol Ö, Duman M. (Eds). *Riskli Gebelikler ve Bakım*. (1. bs., ss. 13-38). Ankara: Göktuğ Ofset Matbaacılık.

- Durukan, E., İlhan, MN., Bumin, MA., Aycan, S. (2011). 2- Hafta 18-aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 28(4), 385-93
- Eker, D., Arkar, H. (1995b). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34, 45-55
- Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., ...Arkı, P.C. (2006). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 22(3), 869-877
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M. K., Arck, P. C. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 22(3), 869-877
- Em, P., (2011). *Kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı gebeliği şiddetli preeklampsi veya peripartum kanamayla komplike olan kadınlarda tekrar gebe kalma isteği, anksiyete-depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin incelenmesi*. Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır.
- Engelhard, I. M. (2004). Miscarriage as a traumatic event. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 547-552
- Engelhard, IM, van den Hout, MA., Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23, 62-66
- Engelhard, IM. (2004). Miscarriage as a traumatic event. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47, 547-551
- Er Güneri, S. (2015). Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 482-496
- Eren Koçak, E., Kılıç, C. (2017). Travma sonrası stres bozukluğunda bilişsel bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(2), 124-131

- Erickson, K., Drevets, W., Schulkin, J. (2003). Glucocorticoid regulation of diverse cognitive functions in normal and pathological emotional states. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(3), 233–246
- Erkal Aksoy, Y., Yılmaz, S., Aslantekin, F. (2016). Riskli gebelerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 1(3), 163-9
- Ertekin Pınar, Ş. Ve Polat, Ş. (2019). Postpartum dönemde algılanan sosyal desteğin posttravmatik stres ve anne bebek bağlılığı ile ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 448-456. doi:10.26559/mersinsbd.568132
- Eşen, EN. (2018). *Gebelikte ruhsal iyi oluş ve eş uyumunun fizyolojik iyi olma ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Evcili, F., Dağlar, G. (2019). Gebelikte risk algısı ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cukurova Medical Journal*, 44, 211-222
- Fall, A., Goulet, L., Vezina, M. (2013). Comparative study of major depressive symptoms among pregnant women by employment status. *SpringerPlus*, 2, 1-11. doi: 10.1186/2193-1801-2-201
- Faramarzi, M., Amiri, FN., Rezaee, R. (2016). Relationship of coping ways and anxiety with pregnancy specific-stress. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32, 1364–9
- Farren, J., Jalmbant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, Ş., Al-Memar, M., ... Bourne, T. (2020). Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 367. doi: 10.1016/j.ajog.2019.10.102
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, AG., Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191
- Furray, A., Linda C. Mayes, Magriples, U., Epperson, C.P. (2009) Prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnant women with prior pregnancy complications, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 22, 6, 522-527. doi: 10.1080/14767050902801686
- Furray, A., Mayes, L.C., Magriples, U., Epperson, C.N. Prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnant women with prior pregnancy complications. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 22(6), 522–527

- Friedman, M. J., McEwen, B. S. (2004). Posttraumatic stress disorder, allostatic load, and medical illness. In P. P. Schnurr, B. L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (ss. 157–188). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10723-007>
- Gao, L.L., Sun, K., Wai-chiChan, S. (2014). Social support and parenting self-efficacy among Chinese women in the perinatal period. *Midwifery*, 30, 532-538
- Gariepy, AM., Lundsberg, LS., Miller, D., Stanwood, NL., Yonkers, KA. (2016). Are pregnancy planning and pregnancy timing associated with maternal psychiatric illness, psychological distress and support during pregnancy? *Journal of Affective Disorders*, 205, 87–94
- Georgsson, O. S., Grunewald, C., Saltvedt, S., Waldenström, U. (2004). Does fetal screening affect women's worries about the health of their baby? A randomized controlled trial of ultrasound screening for Down's syndrome versus routine ultrasound screening. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83(7), 634–40
- Giesbrecht, GF., Poole, JC., Letourneau, N., Campbell, T., Kaplan, BJ, A. (2013). The buffering effect of social support on hypothalamic-pituitary-adrenal axis function during pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 75(9), 856–562
- Gözüyeşil, EY., Şirin, A., Çetinkaya, Ş. (2008). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3, 39–66
- Grekin, R., O' Hara, M. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta- analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389-401
- Güdücü, N., Kayan, BÖ., İşçi, H., Yiğiter, BA., Dündar, İ. (2013). Sezaryenle ve normal doğum yapan kadınlarda postpartum posttravmatik stres bozukluğu. *Jinekoloji Obstetrik Pediatrik ve Pediatri Cerrahi Dergisi*, 5(3), 114-117
- Güleç, D., Öztürk, R., Sevil, Ü., Kazandı, M. (2014). Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics*, 24(1), 36-41
- Gümüşdaş, M. ve Ejder Apay, S. (2016). Gebelikte evlilik uyumu ve sosyal destek arasındaki ilişki. *Journal of Health Science and Profession*, 3(1), 1-8. doi:10.17681/hsp.16572
- Gümüşdaş, M., Apay, S., Özorhan, E. (2014). Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(2), 32-42

- Günsel, DA. (2013). *Evli bireylerin algıladıkları eş desteğinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi: KKTC örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Horesh, D., Nukrian, M., Bialik, Y. (2018). To lose an unborn child: Post-traumatic stress disorder and major depressive disorder following pregnancy loss among Israeli women. *General Hospital Psychiatry*, 53, 95–100
- Horesh, D., Nukrianc, M., Bialika, Y. (2018). To lose an unborn child: Post-traumatic stress disorder and major depressive disorder following pregnancy loss among Israeli women. *General Hospital Psychiatry*, 53, 95-100. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.02.003>
- Husain, N., Cruickshank, K., Husain, M., Khan, S., Tomenson, B., Rahman, A. (2012). Social stress and depression during pregnancy and in the postnatal period in British Pakistani mothers: a cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 268-76
- Isaacs, N.Z., Andipatin, MG. (2020). A systematic review regarding women's emotional and psychological experiences of high-risk pregnancies. *BMC Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00410-8>
- İşbir, G.G., İnci, F., Bektaş, M., Yıldız, P., Ayers, S. (2016). Risk factors associated with posttraumatic stress symptoms following childbirth in Turkey. *Midwifery*, 4, 96-103. doi: 10.1016/j.midw.2016.07.016
- İşcan, G., İşcan, S.C., Koç, E.M., Karçaaltıncaba, D. (2018). Sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin gebelik depresyonuna etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 429-435. doi:10.17343/sdutfd.446740
- Kabalcıoğlu Bucak, F., Toker, E., Asoğlu, M. (2018). Terapötik abortus uygulanan kadınların durumluk-sürekli anksiyete düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(4), 256-263
- Kanığ, M., Eroğlu, K. (2019). Gebelerde algılanan sosyal destek düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(2), 125-133
- Karaçam, Z., Ançel, G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, 25(4), 344-56
- Karaçam, Z., Ançel, G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, 25(4), 344- 56

- Karataş, T. ve Mete, S. (2012). Gebelikte bulantı kusma sorunu yaşama durumu ile sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(2), 47-52
- Kartal, A., Çetinkaya, B. (2009). Yüksekökol öğrencilerinin algılanan sosyal destek durumları ve sosyal desteği etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4, 159–173
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J. (2009). Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth-a14-month follow up study. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 193–201
- Keten, H. S., Gençoğlu, S., Dalgacı, A. F., Avcı, F., Satın, Y., Ölmez, S., Çelik, M. (2015). Gebelik kaybı sonrası akut stres bozukluğunun değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 40(2), 226-232
- Khan, R., Bilkis, S., Blum, L.S., Koblinsky, M., Sultana, M. (2012). An examination of women experiencing obstetric complications requiring emergency care: perceptions and sociocultural consequences of caesarean sections in Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 30(2) 159–71
- Khorshid, L., Arslan, G. (2006). Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi. *DİRİM*, 81(1), 182-188
- Kılıçarslan, S. (2008). *Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri*. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.
- Kicia, M., Skurzak, A., Wiktor, K, Iwanowicz-Palus, G. (2015). Anxiety and stress in miscarriage. *Polish Journal of Public Health*, 125, 162–5
- Kita, A. (2000). Quality of social network for pregnant women in Japan with focus on parity and family structure. *Kobe Journal of Medical Sciences*, 46(3), 125-36
- Kocabaşoğlu, N., Çorapçıoğlu Özdemir, N., Yargıç, İl., Geyran, P. (2005). Türkçe ‘PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik. *Yeni Symposium*, 43(3), 126-134
- Kuğu, N. ve Akyüz, G. (2001). Gebelikte ruhsal durum. *Cerrahpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1), 61-4

- Lalor, J., Begley, CM. (2006). Fetal anomaly screening: what do women want to know?. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 11–19
- Lecompte, V., Richard-Fortier, Z., Rousseau, C. (2017). Advers effect of high migration stress on mental health during pregnancy: a case report. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 233-235
- Leigh, B., Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8, 24
- Lev, WR., Daphna, TS., Hallak, M. (2009). Childhood Sexual Abuse as a Predictor of birthrelated posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stres. *Child Abuse & Neglect*, 33(12), 877-887. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.05.004
- Li, D., Liu, L., Odouli, R. (2009). Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, 24(1), 146-53
- Mahenge, B., Stöckl, H., Likindikoki, S., Kaaya, S., Mbwabmo, J. (2015). The prevalence of mental health morbidity and its associated factors among women attending a prenatal clinic in Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 130(3), 261-5. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.032
- Malouf, R., Redshaw, M. (2017). Specialist antenatal clinics for women at high-risk of preterm birth: a systematic review of qualitative and quantitative research. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(51), 1–17
- Marimuthu, Y., Sarkar, S., Kattimani, S., Krishnamoorthy, Y., Nagappa, B. (2019). Role of social support and spouse abuse in low birth weight: A Case–control study from Puducherry, India. *Indian Journal of Community Medicine*, 44(1), 12. doi: 10.4103/ijcm.IJCM_114_18
- Marshall, RD., Garakani, A. (2002). Akut stres tepkisinin psikobiyolojisi ve bunun travma sonrası stres bozukluğunun psikobiyolojisi ile ilişkisi. *Kuzey Amerika Psikiyatri Klinikleri*, 25 (2), 385–395. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(01\)00005-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(01)00005-3)
- Medforth, J., Ball, L., Walker, A., Battersby, S., Stables, S. (2017). *Oxford Handbook of Midwifery*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Mercer, BM. (2003). Preterm premature rupture of the membranes. *Obstetrics and Gynecology*, 101, 178-93

- Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., Çeber, E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1, 7176
- Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., Çeber, E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 71-76
- Metin, A ve Pasinlioğlu, T. (2016). The relationship between perceived social support and prenatal attachment in pregnant women. *Journal of Gynecology and Maternal Child Health*, (5), 49-66
- Metin, A. (2014). *Gebelerin algıladıkları sosyal destek ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Mirabzadeh, A., Dolation, M., Forouzan, A. S., Majd, H. A., Mahmoodi, Z. (2013). Path analysis associations between perceived social support, stressful life events and other psychosocial risk factors during pregnancy and preterm delivery. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(6), 507-514. doi: 10.5812/ircmj.11271
- Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P., Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(88). doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-88>
- Murphy, S., Cacciatore, J. (2017). The psychological, social, and economic impact of stillbirth on families. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 22, 129–34
- Naar, H. ve Teroni, F. (2017). *The ontology of emotions*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. *Antenatal care, Routine care for the healthy pregnant woman*, 2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/resources/antenatal-care-pdf-66143709695941> adresinden erişildi.
- Nazari, M., Ghasemi, S., Vafaei, H., Fararouei, M. (2015). The perceived social support and its relationship with some of the demographic characteristics in Primigravida pregnant women. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 7 (9), 141-145
- Nieto, L., Asuncion Lara, M., Navarrete, L. (2017). Prenatal Predictors of Maternal Attachment and Their Association with Postpartum Depressive Symptoms in Mexican Women at Risk of Depression. *Matern Child Health Journal*, 21:1250–1259. doi: 10.1007/s10995-016-2223-6

- Nishith, P., Nixon, RD., Resick, PA. (2005). Resolution of traumarelate guilt following treatment of PTSD in female rape victims: a result of cognitive processing therapy targeting comorbid depression? *Journal of Affective Disorders*, 86, 259–265
- Norhayati, MN., Asrenee, AR., Hazlina, NHK., Sulaiman, Z. (2017). The experiences of women with maternal near-miss and their perception of quality of care in Kelantan, Malaysia: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(189), 1–14
- Okanlı, A., Tortumluoğlu, G., Kırpınar, G. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(2), 98-105
- Onoye, J. M., Shafer, L. A., Goebert, D. A. Morland, L. A., Matsu, C. R., Hamagami, F. (2013). Changes in PTSD symptomatology and mental health during pregnancy and postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 453-463. doi: 10.1007/s00737-013-0365-8
- Orr, ST. (2004). Social support and pregnancy outcome: a review of the literature. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(4), 842-855
- Ölçer, Z., Bakır, N., Oskay, Ü. (2016). Yüksek riskli gebelerin öz yeterlilik ve sosyal destek algıları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19,1
- Ölçer, Z., Oskay, U. (2015). Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12 (2), 85-92. doi:10.5222/HEAD.2015.085
- Özbek, Z., Beydağ, K. D. (2022). Yüksek riskli gebelerde eş desteği ve gebelik stresi arasındaki ilişki. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 144-155. doi:10.26559/mersinsbd.950382
- Özbey, S. (2012). Eşlerin algıladıkları sosyal desteğin ailenin bazı özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 167-181
- Özcan, H. ve Kızılkaya Beji, N. (2015). Gümüşhane il merkezindeki gebelerin sağlık uygulamaları. *Perinatoloji Dergisi*, 23(1), 13-9. doi:10.2399/prn.15.0231003
- Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, HH., Muhcu, M. (2014). Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45, 71-77

- Özdemir, F., Bodur, S., Nazik, E., Nazik, H., Kanbur A. (2010). Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Sosyal Destek Düzeyinin Belirlenmesi, 2010, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 463-470
- Özdemir, Ö.Ç., Sürmeli, M., Özel, A., Yavuz, İ.E., Topçuoğlu, A., Ankaralı, H. (2017). Gebelerde fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki, *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 22(2), 95-102
- Özgüven, F. T. (2007). Abortus; düşükler: sınıflandırma, genel bilgiler ve klinik tablo. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(5), 1-6
- Özkars, B.N. (2017). *Prematüre doğum yapmış annelerin travma, depresyon, maternal bağlanma ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Öztürk, N. ve Aydın, N. (2017). Anne ruh sağlığının önemi. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 2, 29-36
- Paşalak, Ş. İ. (2016). *Yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Pelik Hadımlı, A., Demirelöz Akyüz, M., Tuna Orhan, N. (2018). Gebelerin interneti kullanma sıklıkları ve nedenleri. *Life Sciences*, 13(3), 32-43
- Penney, L. M., David, E., Witt, L. A. (2011). A review of personality and performance: Identifying boundaries, contingencies, and future research directions. *Human Resource Management Review*, 21(4), 297–310. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2010.10.005>
- Pepe, M. ve Ege, E. (2019). Erken gebelik dönemi bulantı kusmanın anksiyete düzeyine etkisi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 22-40
- Price, S., Breen, G., Carson, G., O'Connor, T., Quinn, C. (2007). The spiritual experience of high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36(1), 63–70
- Racine, N., Plamondon, A., Hentges, R., Sert, S., Madigan, S. (2019). Dynamic and bidirectional associations between maternal stress, anxiety, and social support: The critical role of partner and family support. *Journal of Affective Disorders*, 252, 19-24. doi: 10.1016/j.jad.2019.03.083

- Rai, S., Pathak, S., Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(2), 216–21
- Razee, H., Ploeg, VD., Hidde, P., Blignaut, I., BenJSmith, E. Bauman, A., McLean, M., Wah Ceung, N. (2010). Beliefs, barriers, social support, and environmental influence srelated to diabetes risk behaviours among women with a history of gestational diabetes. *Health Promotion Journal of Australia*, 21(2), 30-137. doi: 10.1071/he10130
- Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists’ Task Force on Hypertension in Pregnancy. (2013). Hypertension In Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 122(5), 1122-31. doi: 10.1097/01.AOG.0000437382.0393.88
- Roderigues, PB., Cantilino, A., Sougey, EB., Zambaldi, CF. (2016). Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. *Trends Psychiatry Psychother*, 38(3), 136–40
- Rodriguez, M. A., Heilemann, M. V., Fielder, E., Ang, A., Nevarez, F., Mangione, C. M., (2008). Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. *The Annals of Family Medicine*, 6(1), 44–52. doi: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.743>
- Roomaney, R., Andipatin, M., Naidoo, A. (2014). The psychological experience of women who survived HELLP syndrome in Cape Town. South Africa. *Health SA Gesondheid*, 19(1), 1–9. doi: <http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v19i1.762>
- Sabancı, E. (2018). *Perinatal kayıp sonrası çiftlerde post-travmatik stres bozukluğu ve etkileyen faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Satyanarayana, VA., Lukose, A., Srinivasan, K. (2011). Maternal mental health in pregnancy and child behaviour. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(4), 351–61
- Sayın, N. (2020). *Erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Schwerdtfeger, KL., Goff, BSN. (2007). Intergenerational transmission of trauma: Exploring mother–infant prenatal attachment. *Journal of Traumatic Stress*, (20), 39–51
- Seng, J. S., Low, L. K., Ben -Ami, D., & Liberzon, I. (2005). Cortisol level and perinatal outcome in pregnant women with posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(5), 392 -398, doi:10.1016/j.jmwh.2005.04.024

- Seng, J. S., Oakley, D., Sampsel, C. M., RN, C. K., Graham-Bermann, S., Liberzon, I. (2001). Posttraumatic Stress Disorder and Pregnancy Complications. *Obstetrics & Gynecology*, 97(1), 17-22. doi: 10.1016/s0029-7844(00)01097-8
- Seng, J. S., Rauch, S. A. M., Resnick, H., Reed, C. D., King, A., Low, L. K., ... Liberzon, I. (2010). Exploring posttraumatic stress disorder symptom profile among pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(3), 176-187. doi:10.3109/0167482X.2010.486453
- Simmons, HA., Goldberg, LS. (2011). High-risk pregnancy after perinatal loss: understanding the label. *Midwifery*, 27, 452–7. doi: 10.1016/j.midw.2010.02.013
- Soet, JE., Brack, GA., Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x>
- Souza, JP., Cecatti, JG., Krupa, F., Osis, MJD., Parpinelli, MA. (2009). An emerging “maternal near-miss syndrome”: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth*, 36(2), 149–58
- Stephenson, M., Kutteh, W. (2007). Evaluation and management of recurrent early pregnancy loss. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1, 132–145
- Storeng, K., Akoum, MS., Filipi, V., Murray, SF., Ouattara, F. (2010). Beyond body counts: a qualitative study of lives and loss in Burkino Faso after ‘near-miss’ obstetric complications. *Social Science and Medicine*, 71, 1749–56
- Şahin, EM., Kılıçarslan, S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 51-8
- Şen, E. ve Şirin A. (2013). Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 19(3), 159-63
- Şen, S., Egelioglu Çetişli, N., Saruhan, A. (2012). Göçün gebelikteki depresyon, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. *International Journal of Human Sciences* 9(2), 1303-5134
- Şentürk, V., Abas, M., Berksun, O., Stewart, R. (2011). Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC psychiatry*, 11(1), 1

- Şuer, T. (2005, Aralık). *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Medikal Açıdan Stres ve Çareleri* [Sempozyum Sunumu]. Üsküdar Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. *Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi*. 2014. Sağlık Bakanlığı Yayın, 924, 1-32
- Taşdemir, S., Kaplan, S., Bahar, A. (2006). Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1, 105-18
- Taşkın, L. (2016). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Taşkın, L. (2020). Riskli Gebelikler. L. Taşkın (Ed.) *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* içinde (16. bs., ss 231-279). Ankara: Özyurt Matbaacılık.
- Timur, S., Şahin, NH. (2010). Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1), 29-40
- Toffol, E., Koponen, P., Partonen, T. (2013). Miscarriage and mental health: Results of two population-based studies. *Psychiatry Research*, 205(1-2),151-158
- Turan, Z., Kurt, G., Arslan, H. (2020). Graviditenin sosyal destek algısı ve prenatal bağlanma düzeyine etkisinin incelenmesi. *Cukurova Medical Journal*, 45(3), 1126-1136
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [TNSA]. (2018). *Doğurganlık, 2018. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*.
https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018_ana_Rapor_compressed.pdf adresinden erişildi.
- Türk Perinatoloji Derneği. (2023). *Yüksek Riskli Gebelik Takibi, 2023. Türk Perinatoloji Derneği*. <https://www.perinatoloji.org.tr/yuksekk-riskli-gebelik-takibi> adresinden erişildi.
- Türkoğlu, NT., Çelik Sis, AT., Pasinlioğlu, T. (2010). Annelerin doğum sonrası sosyal destek ihtiyaçlarının ve alınan desteğin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(1), 18-24
- Uçar, H. (2014). *Gebelerin psikososyal sağlık durumları ile annelik rolü arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Üst, ZD. (2012). *Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

- Vallin, E., Nestander, H., Wells, MB. (2019). A literature review and meta-ethnography of fathers' psychological health and received social support during unpredictable complicated childbirths. *Midwifery*, 68, 48-55
- Verreault, N., DaCosta, D., Marchand, A., Írlanda, K., Banack, H., Dritsa, M., Halife, S. (2012). PTSD following childbirth: a prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(4), 257-63. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.07.010
- Vırt, O., Akbaş, E., Savaş, HA., Serbaş, G., Kandemir, H. (2008). Association between the level of depression and anxiety with social support in pregnancy. *Archives of Neuropsychiatry*, 45(1), 9-13
- Wallerstedt, C., Lilley, M., Baldwin, K. (2003). Interconceptional counseling after perinatal and infant loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32 (533-542)
- Walley, J., Bolding, A., Durham, J., Keppler, A., Simkim, P. (2016). *Pregnancy, childbirth, and the new-born: the complete guide*. New York: Meadowbrook Press
- Warren, JE., Silver, RM. (2008). Genetics of Pregnancy Loss. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 51(1), 84-95
- Weathers, FW., Litz, BT., Herman, DS., Huska, JA., Keane, TM. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the 9th annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Austin.
- Weis, J.M., Grunert, B. K. (2004). Post-traumatic stress disorder following traumatic injuries in adults. *World Medical Journal*, 103(6), 69-72
- World Health Organization [WHO]. *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, Geneva: 2016. World Health Organization.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912> adresinden erişildi.
- Wosu, A. C., Gelaye, B., Williams, M. A. (2015). Childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder among pregnant and postpartum women: Review of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 18(1), 61–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-014-0482-z>
- Yaari, M., Treyvaud, K., Lee, K. J. Doyle, L. W., Anderson, P. J. (2019). Preterm birth and maternal mental health: longitudinal trajectories and predictors. *Journal of Pediatric Psychology*, 1, 44(6), 736-747. doi: 10.1093/jpepsy/psz019

- Yanık, D., Özcanarşlan, F. (2019). Ebelik ve Riskli gebelerde algılanan sosyal destek ile stresle başetme düzeyleri arasındaki ilişki, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 96-104
- Yehuda, R., Engel, S. M., Brand, S. R., Seckl, J., Marcus, S. M. Berkowitz, G. S. (2005). Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90(7), 4115-8. doi: 10.1210/jc.2005-0550
- Yeşilçınar, İ., Yavan, T., Karaşahin, K. E., Yenen, M, C. (2017). The identification of the relationship between the perceived social support, fatigue levels and maternal attachment during the postpartum period *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 30(10), 1213–1220
- Yılmaz, E., Yılmaz, E., Karaca, F. (2008). Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 18(2), 71-79
- Yılmaz, M. ve Öncel, S. (2009). Annelik hüznü ile baş etmede hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 1(1), 32-38
- Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N. (2013). Prenatal Bağlanma Envanteri' nin Türkçe' ye Uygulanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimler Dergisi*, 16(2), 103-109
- Yurdakul, M. (2018). Perceived social support in pregnant adolescents in Mersin area in Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(1), 115-120. doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.341.14221>
- Yüksel Koçak, D., Kaya, İ.G., Aslan, E., (2017). Klimakterik dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi ve etkileyen faktörler. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(2), 66-72
- Zimet, GD., Dahlem, NW., Zimet, SG. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41

EKLER

Ek-1. Veri Toplama Formu

ÖNCEKİ GEBELİĞİNDE KOMPLİKASYONU OLAN GEBELERDE POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU SEMPTOMLARI VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Değerli katılımcılar;

Bu araştırma, önceki gebeliklerinde komplikasyon yaşayan gebelerin, posttravmatik stres bozukluğu semptomları ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile hazırlanmıştır. Soruları yanıtlamanız yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi cevaplar araştırmanın güvenilirliği için önemlidir. Bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılımınız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda zorunluluk bulunmamaktadır. Bu soru formunda sizden kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Cevaplayacağınız sorulardan elde ettiğimiz bilgiler gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili soru sormak istediğinizde 0545 421 2195 numaralı telefondan, melisavci09@gmail.com adresinden Hemşire Melis AVCI'ya ulaşabilirsiniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı: Emine GERÇEK ÖTER

0532 599 91 32

eminegercekoter@adu.edu.tr

GEBE TANITICI FORMU

1.BÖLÜM: Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız:

2. Eşinizin yaşı:

3. Evlilik süreniz:

1) 1 yılın altı 2) 1-5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 10 yılın üstü

4. Eğitim durumunuz:

1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5) Üniversite ve üstü

5. Eşinizin eğitim durumu:

1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5) Üniversite ve üstü

6. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1) Hayır 2) Evet

7. Eşinizin mesleği nedir?

1) Memur 2) Özel sektör 3) Serbest meslek 4) Emekli

8. Ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla

9. Bugüne kadar en uzun süre nerede yaşadınız?

1) Köy-Kasaba 2) İlçe 3) İl

10. Aile tipiniz nedir?

1) Çekirdek aile 2) Geniş aile

11. Eşiniz size destek oluyor mu? (Ev işleri, çocukların bakımı, maddi-manevi, vb.)

1) Hayır 2) Evet

12. Eşiniz dışında size destek olan var mı?

1) Hayır (14. sorudan devam ediniz) 2) Evet

13. Size destek olan kişi kim?

1) Anne 2) Kız kardeş 3) Kayınvalide 4) Görümce 5) Diğer.....

2.BÖLÜM: Obstetrik Öykü

14. Gebelik haftanız: hafta

15. Bu kaçınıcı gebeliğiniz?

16. Daha önce düşük yaptınız mı?

1) Hayır 2) Evet (sayısı

17. Daha önce kürtaj oldunuz mu?

1) Hayır 2) Evet (sayısı...)

18. Daha önce ölü doğum yaptınız mı?

1) Hayır 2) Evet (sayısı)

19. Yaşayan çocuk sayısı:

20. Bir önceki gebelik yılınız:

21. Bu gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

1) Hayır (neden?)

2) Evet

22. Şu an ki gebeliğiniz süresince gebeliğe bağlı bir sorun ile karşı karşıya kaldınız mı?

1) Hayır 2) Evet (nedir?)

23. Doğuma hazırlık sınıflarına katıldınız mı?

1) Hayır 2) Evet

24. Doğum öncesi bakım aldınız mı?

1) Hayır (bir sonraki sayfadan devam ediniz) 2) Evet (sayısı)

25. Doğum öncesi bakım aldıysanız, kimden aldınız?

1) Ebe 2) Hemşire 3) Doktor

POST-TRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU SORU LİSTESİ-SİVİL VERSİYONU

Yönerge: Aşağıda, stres veren olayların ardından bazı insanlarda ortaya çıkabilen yakınma ve sorunlar bulunmaktadır. Lütfen dikkatli biçimde okuyun ve son bir ay içinde bu sorunun sizi ne derece rahatsız ettiğini belirtmek üzere uygun seçeneği işaretleyin.

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	Aşırı
1. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili, rahatsızlık verecek şekilde tekrarlayarak zihninizde canlanan anılar, düşünceler ya da görüntüler oldu mu?					
2. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili, rahatsızlık verecek şekilde tekrarlayan rüyalarınız var mı?					
3. Aniden geçmişte yaşadığınız olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlayarak sanki yeniden yaşıyorsunuz hissine kapıldığınız ve davrandığınız oluyor mu?					
4. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatan konuşma, ortam ve kişiler ve de duygular sizde mutsuzluk, üzüntü ve alt üst olma duygusu yaşıyor mu?					
5. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatan konuşma, ortam ve kişi vb. benzeşen uyarılarla karşılaştığımızda kalp çarpıntısı, terleme, nefes darlığı, titreme, uyuşma, ağrı vb. bedensel tepkileriniz ortaya çıkar mı?					
6. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olay hakkında konuşmaktan, düşünmekten kaçınır, olayı hatırlatan duygulardan uzak durur musunuz?					
7. Size geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlattığı için bazı kişilerden, ortamlardan ve eylemlerden kaçınır ve uzak durur musunuz?					
8. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayın bazı bölümlerini hatırlamakta zorlanır mısınız? Olaylar arasında bağlantıları kurmada zorlandığınız boşluklar var mı?					
9. Eskiden hoşlanarak yapmakta olduğunuz etkinliklere olan ilginizi kaybettiniz mi?					
10. Kendinizi diğer insanlardan uzak ve ayrı hissediyor musunuz?					
11. Kendinizi duygusal açıdan donuklaşmış, yakınlarına ve olaylara karşı sevinme, üzülmeye ve ağlama duygularınız uyuşmuş gibi hissettiğiniz oluyor mu?					
12. Geleceği planlamanın anlamsız ve boş olduğunu hissediyor musunuz?					
13. Uykuya dalma ve sürdürme güçlüğüünüz var mı?					
14. Kendinizin gergin, tahammülsüz, sinirli ve çabuk öfkelenen biri olduğunu hissediyor musunuz?					
15. Dikkatinizi toparlamada ve sürdürmede bir güçlüğüünüz oldu mu?					
16. Kendinizi aşırı derecede gergin, her an olumsuz bir şey olacağı hissi ile tetikte ve diken üstünde hissediyor musunuz?					
17. Çevreden gelen uyarılara abartılı tepkiler gösterdiğiniz, kolaylıkla irkildiğiniz ve sıçradığınız oluyor mu?					

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ'NİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz 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 daire içine alarak 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 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
2. 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
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
5. 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
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
10. 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
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

Ek-2. Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi Sivil Versiyonu Ölçek İzni



Nese Kocabasoglu

Alıcı: ben ▾

15 Mayıs Cmt 20:52 (4 gün önce)



Merhabalar,

Tez çalışmanızda kaynaklar listesinde belirtecek şekilde 'Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi Sivil Versiyonu'nu kullanabilirsiniz, çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

0090 212 4143000-66006

0090 212 414 31 44



From: Melis Avcı [mailto:melisavci09@gmail.com]

Sent: Saturday, May 15, 2021 7:46 PM

To: nesekocabasoglu@superonline.com

Subject: Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi Sivil Versiyonu

Ek-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni



haluk arkar

Alıcı: ben ▾

17 May 2021 07:11 (2 gün önce)



Sayın Melis Avcı,

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz.

Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Haluk Arkar

Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Ek-4. Etik Kurul Ön Onay Formu

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 18.06.2021-43411



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-76261397-050.99-43411
Konu : 2021-265 nolu çalışmamız

Sayın Doç. Dr. Emine GERÇEK ÖTER
Öğretim Üyesi

Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14.06.2021 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmamızla ilgili alınan II nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

KARAR : II

Protokol No : 2021/265
Sorumlu Yürütücü : Doç. Dr. Emine GERÇEK ÖTER
Hemşirelik Fakültesi
Doğum Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Hemşirelik Fakültesi Doç. Dr. Emine GERÇEK ÖTER 'in "Önceki Gebeliğinde Komplikasyonu Olan Bebeklerde Posttravmatik Stres Bozukluğu Semptomları ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki" başlıklı araştırmasının 14.06.2021 tarihli kurul kararında istenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Hilmiye AKSU
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSDKVT7LLU Pın Kodu : 50303

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?ok=5740&eD=BSDKVT7LLU&eS=43411>

Adres: ADÜ Merkez Kampüsü Aytepe Merkez 09100 Efeler/AYDIN

Telefon: 02562138866 Faks: 0256 214 66 87

e-Posta: rektorluk@adn.edu.tr Web: akademik.adn.edu.tr

Kep Adresi: adnanmenderesuniiversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Emir Hatice Selda Korkmaz

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-5. Etik Kurul Son Onay Formu

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 18.09.2023-413546



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-76261397-050.04.04-413546
Konu : 2021/265 Protokol no hk.

18.09.2023

Sayın Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04.09.2023 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan VI nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

KARAR : VIII

Protokol No : 2021/265

Sorumlu Yürütücü : Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER
Hemşirelik Fakültesi
Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca **14.06.2021** tarihinde onay verilen Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER'in "Önceki Gebeliğinde Komplikasyonu Olan Gebelerde Posttravmatik Stres Bozukluğu Semptomları ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki" konulu araştırmasının **29.08.2023** tarihli sonuç raporu hakkındaki dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür. Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı. Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk Onayını** almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Hilmiye AKSU
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSL8LTKNFH

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSL8LTKNFH&eS=413546>

Adres:ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN
Telefon:02562138866 Faks:0256 214 66 87
e-Posta:rektorluk@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr
Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Orkide KAHRAMAN
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Ek-6. Kurum İzni



T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

AYDIN İL SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
HEMŞİRELİK BİRİMİ



Sayı : E-44021967-605,01
Konu : Araştırma İzni (Doç. Dr. Emine
GERÇEK ÖTER, Melis AVCI)

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İlgil : 03/08/2021 tarihli ve 33054732-19504407-300.01.01-E.58821 sayılı yazı.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Melis AVCI, Doç. Dr. Emine GERÇEK ÖTER danışmanlığında, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde "Önceki Gebeliğinde Komplikasyonu Olan Gebelerde Posttravmatik Stres Bozukluğu Semptomları ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki" konulu anket çalışması yapmayı planlanmaktadır.

Söz konusu çalışma ile ilgili Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığının görüş yazısı ekte sunulmuş olup çalışmanın, Ağustos 2021 - Aralık 2022 tarihleri arasında yapılabilmesi hususunu; Olurlarınıza arz ederim,

Uzm. Dr. Mustafa EKİCİ
Sağlık Hizmetleri Başkanı

O L U R
Dr.Osman AÇIKGÖZ
İl Sağlık Müdürü

Ekli: Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı yazısı

Bu belge, görevli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: a095cb06-85b6-4507-9bd6-21ce4d1e5051 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakaligi/ehis>

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü-Sağlık Hizmetleri Birimi

Telefon: Faks No: 02562151611

e-Posta: hanife.kacmaz@ogfki.gov.tr İnternet Adresi: Dahili Tel. Numarası: 1607

Bilgi için: HANİFE KAÇMAZ

HEMŞİRE

Telefon No: (0 256) 243 30 00





T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-44021967-605.01
Konu : Araştırma İzni (Doç. Dr. Emine
GERÇEK ÖTER, Melis AVCİ)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgililer : 03/08/2021 tarihli ve 33054732-19504407-300.01.01-E.58821 sayılı yazı.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Melis AVCİ, Doç. Dr. Emine GERÇEK ÖTER danışmanlığında, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde "Önceki Gebeliğinde Komplike Olan Gebelerde Posttravmatik Stres Bozukluğu Semptomları ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki" konulu anket çalışması yapmayı planlamaktadır.

Sağlık kuruluşunun fiziksel kapasitesi, personel kapasitesi, hizmet sayısındaki artış da göz önünde tutularak COVID-19 tanısı olan ve olmayan hastalar ve sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak amacıyla sağlık kuruluşunda bulunan süre içinde maske takılması, en az bir metre mesafe aralıkla sosyal mesafe kurallarının göz önünde bulundurulması, kâğıt-dosya, kırtasiye malzemesinin ortak kullanımından kaçınılması, çalışma esnasında kimlik taşınması, hizmetin aksamasına malul verilmemesi, çalışma bitiminde, nihai sonuç raporunun en geç iki hafta içerisinde tarafınıza iletilmesi şartı ile söz konusu çalışmanın yapılması uygun görülmüş olup Müdürlük Makamından alınan onay yazınız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerini arz ve rica ederim.

Uzm. Dr. Mustafa EKİCİ
Müdür a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Eki: Makam Onayı

Dağıtım: Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü (Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onatılmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: aze6c18-356a-4507-9bd0-21ea4d1e5051 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-mudurlugu-aydin>
Aydın İl Sağlık Müdürlüğü-Sağlık Hizmetleri Birimi
e-Posta: hanife.kacmaz@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Dahiye Tel. Numarası: 1607
Bölge İçi: HANİFE KACMAZ
HEMŞİRE
Telefon No: (0 350) 213 50 00



Ek-7. Ek Kurum İzni

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 10.05.2022-168938



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-19504407-605.01-168938
Konu : Melis AVCI (Araştırma İzni)

DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
BAŞKANLIĞINA

İlgi : a) 26.04.2022 tarihli ve E-94105714-100-165893 sayılı yazı.
b) 09.05.2022 tarihli ve E-97594401-804.99-168122 sayılı yazı.

Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Melis AVCI'nın araştırma izin yazısı hakkındaki ilgi (b) yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK
Müdür V.

Ek:İlgi (b) yazı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSU6LV56PT

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=3740&aD=BSU6LV56PT&aS=168938>

Adres: Merkez Kampüsü Enstitüler Binası Efeler/AYDIN
Telefon:0256 218 20 00 Faks:0256 214 66 87
e-Posta: saglikbilimleri@adu.edu.tr Web: akademik.adu.edu.tr/enstitus/saglik/
Kep Adresi: adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Figen KATILMIŞ
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği
Yazı İşleri Birimi

Sayı : E-97594401-804.99-168122
Konu : Araştırma İzni ile ilgili

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 27.04.2022 tarihli ve E-19504407-605.01-166288 sayılı yazınız.

İlgi yazınız üzerine Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı ile gerekli yazışma yapılmış olup kişisel verileri korunması kanunu dikkate alınarak yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Gülmur TAŞÇI BOZBAŞ
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSU6L163PT

Belge Takip Adresi : <https://tuzkiya.gov.tr/abd?eK=5740&aD=BSU6L163PT&aS=168122>

Adres:ADÜ Merkez Kampüsü Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN

Telefon:0256 218 18 00 / 3235 / 3234 Faks:0256 213 60 64

e-Posta:hastane@adu.edu.tr Web:www.hastane.adu.edu.tr

Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Tuğba TÜRK

Unvanı: Tıbbi Sekreter



Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“Önceki Gebeliğinde Komplikasyonu Olan Gebelerde Posttravmatik Stres Bozukluğu Semptomları ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki” başlıklı Yüksek Lisans tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Melis EKİCİ
... / ... / ...

ÖZ GEÇMİŞ

Soyadı, Adı : Melis EKİCİ
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve Tarihi : Aydın, 28/04/1996
Telefon :05454212195
E-mail : melisavci09@gmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Lisans	Pamukkale Üniversitesi	2015-2019

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2020-Halen	Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	Hemşire

AKADEMİK YAYIN

1. MAKALE

Demir, E. Avcı, M. Gerçek Öter, E. (2022). COVID-19 pandemisinde kadın sağlığında tele-tıbbın kullanımı. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 230-238