



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



HİPEREMEZİS GRAVİDARUM TANISI ALAN GEBELERİN GEBELİĞE UYUM VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ BELİRLENMESİ

Ayşe BULUT

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR**

**ANKARA
2016**

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HİPEREMEZİS GRAVİDARUM TANISI ALAN GEBELERİN
GEBELİĞE UYUM VE STRESLE BAŞA ÇIKMA
TARZLARININ BELİRLENMESİ

Ayşe BULUT

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR

2016- ANKARA

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Gebeliğe Uyum ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikri tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler ve yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

AYŞE BULUT

Tarih

İmza

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalında Ayşe BULUT tarafından hazırlanan

“Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Gebeliğe Uyum ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21.07.2016

Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Jüri Başkanı



Doç. Dr. Tülay YAVAN
GATA Hemşirelik Yüksekokulu

Üye



Yrd. Doç. Dr. Başak DEMİRTAŞ
HİÇYILMAZ
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye



Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Zafer KARAER
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	i
Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	v
Simgeler ve Kısaltmalar	vi
Çizelgeler	vii
1. GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Genel Bilgiler	4
1.2.1.Hiperemesis Gravidarumun Tanımı	4
1.2.2.Hiperemesis Gravidarumun Etiyolojisi	5
1.2.2.1.Hiperemesis Gravidarumu Açıklayan Bazı Varsayımlar	5
1.2.3.Hiperemesis Gravidarumda Risk Faktörleri	6
1.2.4.Hiperemesis Gravidarumun Belirtileri	7
1.2.5.Hiperemesis Gravidarumda Tanı	8
1.2.6.Hiperemesis Gravidarumda Tedavi	8
1.2.7.Hiperemesis Gravidarumda Hemşirelik Bakımı	10
1.2.8.Hiperemesis Gravidarum ve Gebeliğe Uyum	13
1.2.9.Hiperemesis Gravidarum ve Stresle Baş Etme	16
2. GEREÇ VE YÖNTEM	20
2.1.Araştırmanın Şekli	20
2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	20
2.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
2.4.Araştırmanın Değişkenleri	22
2.5.Veriler Toplama Araçları	22
2.5.1.Tanıtıcı Bilgi Formu	22
2.5.2.Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)	23
2.5.3.Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)	24
2.6.Ön Uygulama	25
2.7.Uygulama	25
2.8.Verilerin Analizi	25
2.9.Etik İlkeler	26
2.10.Araştırmanın Sınırlılıkları	26
3. BULGULAR	27
4. TARTIŞMA	40
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	45
ÖZET	50
SUMMARY	51

KAYNAKLAR	52
EKLER	58
Ek-1.Onam Formu	58
Ek-2.Tanıtıcı Bilgi Formu	59
Ek-3.Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)	60
Ek-4.Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)	63
Ek-5.Etik Kurul Kararı	64
Ek-6.Kurum İzni	65
Ek-7.Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni	66
Ek-8. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kullanım İzni	67
ÖZGEÇMİŞ	68



ÖNSÖZ

Yüksek Lisans tez çalışmamın tüm aşamalarında yardımlarını ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, yapıcı eleştirilerde bulunarak daima beni motive eden, her yönden örnek aldığım değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR'e göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı sonsuz teşekkürü borç bilirim.

Araştırmamın uygulanmasına izin verdikleri için Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesine, Araştırmamın istatistiksel analizlerinde değerli katkılarını esirgemeyen ve önerileri ile destek veren Sayın Doç. Dr. Türker TÜRKER'e, anneme, babama ve hayatımın her dönemini koşulsuz sevgisi ve desteği ile kolaylaştıran canım ablam Emine KARTAL'a, araştırmam sırasında yardımlarını esirgemeyen değerli hemşire arkadaşlarıma, sabrı, desteği, sevgi dolu yüreğiyle hep yanımda olduğu için sevgili eşim Murat BULUT'a; en kıymetli varlıklarım, yavrularım Serra, Zülal ve Eymen'e desteklerinden dolayı sonsuz teşekkür ederim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

GBK	Gebelik Bulantı-Kusması
HG	Hiperemezis Gravidarum
HCG	Human Chorionic Gonodotropin
HP	Helicobacter Pylori
SBTÖ	Stresle Başa Çıkma Tarzlar Ölçeği
PKDÖ	Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği
WE	Wernicke Ensefalopatisi
GİS	Gastrointestinal Sistem
SPSS	Statistical Package for Social Science
PSEQ	Prenatal Self Evaluation Questionnaire
WSCI	Ways of Coping with Stress Inventory
t	T Test İstatistiği
F	Oneway ANOVA testi
p	Önemlilik Belirtme Katsayısı
r	Korelasyon Katsayısı

ÇİZELGELER

Çizelge 2.1. PKDÖ ve Alt Ölçeklerine Ait Madde Sayısı ve Alınabilecek En Düşük- En Yüksek Puanlar	23
Çizelge 3.1. Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri	27
Çizelge 3.2. Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Obstetrik Özellikleri	28
Çizelge 3.3. HG Tanısı Alan Gebelerin PKDÖ ve SBTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	29
Çizelge 3.4. HG Tanısı Alan Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre PKDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
Çizelge 3.5. HG Tanısı Alan Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre PKDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Çizelge 3.6. HG Tanısı Alan Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre SBTÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
Çizelge 3.7. HG Tanısı Alan Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre STBÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Çizelge 3.8. PKDÖ ile SBTÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	37

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bulantı kusma, gebeliğin ilk aylarında sık karşılaşılan günlük yaşamı etkileyen ve kadınların yaşam kalitesini düşüren önemli bir gebelik sorunudur (Ege ve Eryılmaz, 2000; İsbir ve Mete, 2013; Köken ve ark., 2009; Lacasse, 2008). Genellikle sabahları görüldüğü için sabah hastalığı olarak da adlandırılır (Taşkın, 2011). Hiperemesis-Gravidarum (HG) ise bulantı ve/veya kusmadan dolayı yetersiz beslenme, %5 kilo kaybı, dehidratasyon, asit-baz dengesinde bozukluk, elektrolit dengesizliği ve idrarda ketonüri ile karakterize bir durumdur. Gebelerin sıklıkla %60-80'i gestasyonun ilk 8-12. haftalarında bulantı ve kusmadan yakınır (Hacker ve ark., 2004, s:227). HG sıklığı toplumdan topluma değişmekle birlikte, literatürde %0,3-%3 civarında olduğu gösterilmektedir (DeCherney ve ark., 2010, p:385; Hacker ve ark., 2004, s:227; Özbaşar, 2002 ve Symonds, 2009, s:325).

Gebelikte bulantı kusmanın ortaya çıkmasında hormonal, metabolik, toksik, nörolojik ve psikosomatik faktörlerin etkili olduğu gösterilmektedir (Taşkın, 2011). Gebelikte bulantı kusma gebenin fiziksel aktivitelerini, çalışma hayatını, psikolojik durumunu, ailevi ve sosyal ilişkilerini, yeterli beslenmesini ve sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir. HG'de kusma korkusu nedeniyle kadın sosyalliğini sınırlar, kendini yalnız ve kontrolünü kaybetmiş hisseder (Ege ve Eryılmaz, 2000; Meighan ve Wood, 2004).

Gebelik süreci kadın açısından fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden değişimlerin olduğu ve bu değişimlere uyum sağlamayı gerektiren bir süreçtir (Taşkın, 2011). Gebeler genellikle kararsızlık ya da birbiriyle çelişen duygular, içe kapanıklık, ruhsal durum ve beden imajı değişiklikleri yaşar. Özellikle ilk trimestirde bu durum daha yoğun deneyimlenir (Ricci, 2007). Aynı zamanda aileye yeni katılacak bebek için gebe ve ailesi yeni roller öğrenmelidir. Bu sebeple gebelik

dönemine hem kadın hem de ailesi açısından gelişimsel bir kriz gibi bakılabilmektedir (Taşkın, 2011). Gebeliğe uyum geçmiş yaşam deneyimlerine göre farklılık gösterir. Kadınların gebeliğe uyumu pek çok değişkenden etkilenebilir. Annelik rolüne uyum sağlamakta ilk adım kadının gebelik fikrini kabul etmesi ve gebelik durumunu yaşamında özümsemesidir (Saunders, 2004, p:399). Yaş, doğru ve yeterli prenatal bakım alma, sosyal destek, çevresindeki hem olumlu hem de olumsuz rol modelleri, gebeliğin planlı olması, gebelik sayısı, sahip olunan sosyokültürel koşullar, çalışma durumu ve eğitim düzeyi gebeliği kabullenmeyi etkileyen faktörlerden bazılarıdır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014; Taşkın, 2011 ve Yılmaz ve Beji, 2010). Gebelik dönemine HG'nin getireceği etkiler düşünüldüğünde gebeliğe uyumun HG'de belirlenmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Mutlugüneş ve Mete'nin (2013), gebelikte bulantı kusma ile annelik rolü ve gebeliğin kabulü arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptığı çalışmada gebelikte bulantı kusma arttıkça gebelik kabulünün azaldığı belirlenmiştir. Chou ve ark. (2008), bulantı ve kusmanın şiddeti arttıkça maternal psikososyal adaptasyonun azaldığını bulmuşlardır.

Gebelik kadınların duygusal olarak hassas olduğu bir dönemdir. Bayık ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları araştırmada, kadınların deneyimlediği stres verici yaşam olayları arasında ilk sırayı gebeliğin aldığı bulunmuştur. Akbaş ve ark. (2008), çalışmalarında gebelerin hemen hepsinde belli oranda depresyon ve kaygı belirtisi olduğunu belirtmiştir. Güleç ve ark. (2014), yaptıkları çalışmada HG'li gebelerin normal gebelere göre daha çok anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite yaşadıkları saptanmıştır. Gümüşdaş ve ark. (2014), riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarını karşılaştırdıkları çalışmalarında riskli gebelerde kaygı ve strese ait özellikler ve psiko-sosyal destek gereksiniminin normal gebelere oranla yüksek olduğunu bulmuşlardır. Normal gebelik sürecinin bile bireyler üzerinde strese neden olabileceği göz önüne alındığında HG'den dolayı hastanede yatan ve böylece çeşitli hastane stresörlerine de maruz kalan HG'li gebelerde stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi çok önemlidir.

Stres, organizmada bedensel ve ruhsal sınırlarda zorlanma ve tehdit nedeniyle meydana gelen bir durumdur. Kişide bedensel ve ruhsal sınırların tehdit edilmesi

sonucu; huzursuzluk, hoşnutsuzluk ya da zorlanma yaratan uyarıcılara verilen tepki sürecidir. Tehlikeli bir durumla karşılaşan canlı, baş edemeyeceğine inandığı tehlikeden uzaklaşır, baş edebileceğine inandığı tehlike ile mücadele eder ve böylece yeni duruma uyum sağlamış olur (Baltaş ve Baltaş, 2013). Lazarus ve Folkman (1988) stresle başa çıkmayı, kişilerin stresli durumlar karşısında kendilerinin ürettiği ve çevreden gelen talepleri karşılamak için geliştirdikleri bilişsel ve davranışsal uğraşlar olarak tanımlamaktadır (Aktaran: Türküm, 1999).

Her yaştan kadının annelik rolüne uyumu sosyal ve bilişsel öğrenmenin karmaşık bir sürecidir (Saunders, 2004, s:399). Genellikle her toplumda gebelik ve annelik rolü üstlenmeye yönelik önemli bir baskı vardır. Anne yaşadığı stresörlerle etkin olarak baş edemediğinde gebelik, doğum ve ebeveyn olma gibi durumlar, anne açısından gelişimsel ve durumsal bir kriz anlamına gelebilmekte ve uyum sorununa sebep olabilmektedir. Gebeliğin sağlıklı olarak devamı karşılaşılan problemlerle başa çıkabilme gücüne bağlıdır. Doğru ve yeterli doğum öncesi bakım alanlar, gebeliği daha çabuk kabullenmekte, gebeliğe ve annelik rolüne daha kolay uyum sağlamaktadır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014; Taşkın, 2011).

HG tanısı alan gebe, bir yandan gebeliğin getirdiği fiziksel, psikolojik değişimlere uyum sağlamaya çalışırken diğer taraftan HG nedeniyle gebeliğinde yaşadığı sorunlarla baş etmeye çalışmaktadır. Kadın yaşamında önemli bir yer tutan gebelik, doğum ve doğum sonuna ilişkin gebe eğitimi hemşire ve ebelerin görev ve sorumluluk üstlendiği bir alandır (Beji Kızılkaya, 2015). HG tanısı ile hastaneye yatan hastaların bakım gereksinimlerini, yaşadıkları fizyolojik ve psikolojik sorunları belirlenmek, hastaya bakım veren sağlık çalışanının bakım kalitesini arttırması bakımından oldukça önemlidir (Yanikkerem ve ark., 2012).

Bu araştırma HG nedeniyle hastaneye yatan gebelerin gebeliğe uyum ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen verilerin, sağlık kuruluşlarında tedavi gören HG'li gebelerin bakımına yönelik verilecek hizmetlerde yol göstereceği düşünülmektedir. HG'li gebelerin gebelikte

uyum sorunu yaşamalarını önlemek ve stresle başa çıkmaları konusunda stratejiler geliştirmeleri konusunda yardımcı olmak şüphesiz hem anne ve hem de fetüs için gebelik sürecinin daha sağlıklı geçirilmesini sağlayacaktır.

1.2 Genel Bilgiler

1.2.1 Hiperemesis Gravidarumun Tanımı

Bulantı ve kusmalar erken gebelik döneminde özellikle gebeliğin ilk aylarında oldukça yaygın görülen şikayetlerdendir (Symonds, 2009, s:325; Taşkın, 2011). Bulantı ve kusma annenin hem yaşam kalitesini hem de sağlığını etkileyebilir. Beslenme alışkanlıkları, psikososyal etkenler, çalışma ve diğer yaşam koşullarıyla yakından ilişkilidir (Köken ve ark., 2009). Gebelik bulantı kusması (GBK), ilk gebelik, genç, sigara kullanmayan, çoğul gebelik, düşük eğitim seviyesi, fazla kilolu ve çalışmayanlarda daha sık görülebilmektedir. Sonraki gebeliklerde de tekrarlayabilir ama daha hafif ve kısa sürelidir (Dobrucalı, 2004). Tipik olarak semptomlar gestasyonun 4 ve 10. haftalarında başlar 12-15. haftalara kadar devam eder ve 20. haftadan önce düzelir. Nadiren bazı kadınlarda hafif bulantı ve kusmalar doğuma kadar devam edebilir (Symonds, 2009, s:325; Özbaşar, 2002).

Gebelerin küçük bir kısmında bulantı ve kusma genel durumu bozacak kadar şiddetli olabilir. Bu duruma hiperemesis gravidarum (HG) denir. HG kilo kaybı, dehidratasyon, asit-baz dengesizliği, elektrolit imbalansı ve ketonüri oluşturacak boyutta inatçı kusmalar ile karakterizedir ve maternal beslenmeyi olumsuz olarak etkileyebilir. HG sıklığı toplumdan topluma değişmekle birlikte, literatürde %0,3-%3 civarında olduğu gösterilmektedir (DeCherney ve ark., 2010, p:385; Hacker ve ark., 2004, s:227; Özbaşar, 2002 ve Symonds, 2009, s:325). Hiperemesisli gebelerin ¼'ü birden çok hastane yatışına ihtiyaç duyar (Leveno ve ark., 2010, s:322).

1.2.2 Hiperemezis Gravidarumun Etiyolojisi

Hiperemezisin etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber hormonal, gastrointestinal ve psikolojik faktörler gibi birçok faktörün etkili olduğu düşünülmektedir (Symonds, 2009, s:325).

1.2.2.1 Hiperemezis Gravidarumu Açıklayan Bazı Varsayımlar

HG'nin oluşumunda genellikle birincil neden olarak hormonal faktörler sorumlu tutulmaktadır. Gebelik hormonları üzerine yapılan teoriler, erken gebelik sırasında hormonların daha yüksek seviyelerde olmasının HG gelişimine neden olabileceğini ileri sürmektedir. HCG başta olmak üzere, progesteron, östrojen, tiroid hormonları gibi bazı hormonların etkili olduğu düşünülmektedir (Verberg MFG, 2005).

Gebelikte gastrointestinal sistem motilitesinin azalması ve klor seviyesinin düşmesi sık görülen değişikliklerdir. Bunların bulantı ve kusmaları uyarmaları mümkün görülmektedir (Özbaşar, 2002). Bunu öne süren çalışmalar mevcuttur. Koch ve ark. (1990), gebelikte bulantı semptomlarının mide disritmileri ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Gebelikte GİS disfonksiyonu bulantı ve kusma sebebi olarak öne sürülmüştür (Quinlan ve Hill, 2003).

Gebelikte bulantı-kusmanın etiyolojisinde rol oynadığı düşünülen diğer bir faktör *Helicobacter pylori* (HP) dir. Midede HP enfeksiyonunun olması gebede dispeptik yakınmaları başlatabileceği gibi, gebelik bulantı kusmaları subklinik bir HP enfeksiyonun da ortaya çıkmasına sebep olabilir (Sucu, 2009). Bezircioğlu ve arkadaşlarının (2011), HG ile HP enfeksiyonu arasındaki ilişkinin araştırılması amacıyla yaptıkları çalışmada HG'li gebelerin önemli bir bölümünde, HP enfeksiyonu görülmüştür. Koçak ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları bir çalışmada HG tanılı gebelerde HP enfeksiyonunun anlamlı derecede ilişkili olduğu

saptanmıştır. Cevrioğlu ve ark. (2004a), 27 HG'li ve 97 asemptomatik gebeden alınan gaita örneklerini *H.pylori* gaita antijen testi pozitiflik oranları bakımından karşılaştırmış ve iki grup arasında anlamlı bir fark olduğunu ortaya koymuşlardır.

Bazı kadınlarda psikolojik faktörler de HG gelişiminde rol oynayabilir. Anneliğe ilişkin olası çelişkili duygular, vücut değişiklikleri ve yaşam tarzı değişiklikleri, bu duyguların aşırı veya çözülmemiş olması kusma ataklarına katkıda bulunabilir (Cashion, 2004). Özellikle labil bünyeli kadınlarda, ortamın etkisi, iç çatışmalar, kocası ve ailesi arasındaki psiko-affektif ilişkiler, doğum korkusu, istenmeyen gebelikler hastalığın ileri safhalara geçmesine predispozan faktörler olarak görülmektedirler. Zayıf bünyeli, çekingen, güçlü olmayan, sessiz erkeklerin eşlerinde HG'ye daha fazla rastlanmaktadır. Bu nedenlerden dolayı, gebelik kusmalarını psikosomatik bir hastalık olarak kabul eden bir görüş de mevcuttur (Özbaşar, 2002).

HG'nin nedenlerine yönelik immünolojik faktörlerin incelendiği çalışmalar da mevcuttur (Leylek ve ark., 1999; Minagawa ve ark., 1999).

1.2.3. Hiperemesis Gravidarumda Risk Faktörleri

20 yaşından genç olma, gebenin evi dışında başka bir işte çalışmaması, düşük eğitim seviyesi (<12 yıl), obezite, ilk gebelik, çoğul ve molar gebelikler, kayıinvalidıyla birlikte oturma, hipertroidizm, helicobacter pylori enfeksiyonu, aşırı çocuk yapma isteği, aşırı doğum korkusu, vücut imajı değişikliklerinden rahatsız olma, düşük sosyoekonomik düzey HG ile ilişkili risk faktörleri arasındadır (Aktaran: Cashion, 2004; Beji Kızılkaya, 2015; Coşkun, 2012, s:179; ve Dobrucalı, 2004). Ayrıca migreni olan, oral kontraseptif kullanan ve ailesinde ya da önceki gebeliğinde hiperemesis olanlarda risk artar (London ve ark., 2011, s:337). İstenmeyen gebelik, aile ilişkilerinde bozukluk gibi emosyonel ve psikolojik

faktörler de etiyolojide önemlidir. Hiperemezis öyküsü olan kadınların sonraki gebeliklerinde de bu durum tekrarlayabilir (Beji Kızılkaya, 2015).

1.2.4. Hiperemezis Gravidarumun Belirtileri

HG'li bir kadında sıklıkla sabahları şiddetlenen inatçı ve aşırı kusma sonucunda; midede ağrı, susuzluk hissi, baş ağrısı, çarpıntı, yorgunluk, açlık belirtileri görülür. Dil paslı, cilt hafif sıcak, kuru ve bozuk bir turgora sahiptir. Ağız aseton kokar. Tedavi edilmediğinde, kilo kaybı, halsizlik, uykusuzluk, dehidratasyon, ateş, sıvı-elektrolit dengesinde bozulma ve ketozis oluşur. İdrarda protein ve kanda ürik asit, üre ve nitrojen seviyesi yükselmiştir. Sıvı kaybının çok fazla olması nedeniyle hematokrit düzeyi artmış, serum protein, sodyum, klor, potasyum düzeyi azalmıştır (Beji Kızılkaya, 2015). Hipovolemi tedavi edilmezse metabolik asidoz gelişebilir. Açlık nedeniyle kas kaybı ve ciddi protein ve vitamin eksiklikleri görülebilir (Wieland Ladewig ve ark., 2006a, p:346). Genelde hastaneye yatmayı gerektirir. Ciddi potasyum kaybı kardiyak fonksiyonların bozulmasına neden olur. Fetal ve embriyonik ölümle sonuçlanabilir ve kadın geri dönüşümsüz metabolik değişikliklerden dolayı sıkıntı çekebilir (Cashion, 2004; Wieland Ladewig ve ark., 2006a).

Wernicke ensefalopatisi (WE), hiponatremi, santral pontin myelinozis, anemi ve periferik nöropatiye neden olan siyanokobalamin (vitamin B₁₂) ve pridoksin (vitamin B₆) gibi bazı vitaminlerin eksikliği de görülebilir. Uzun süreli kusmalar özefagusta Mallory-Weiss yırtıklarına ve hematemez episodlarına yol açabilir. Protein ve kalori malnutrisyonu, kilo kaybına ve kas erimesine yol açar (Nelson-Piercy, 2003). Mükerrer yatış ihtiyacı olan anne bebeklerinde bir kez yatış yapan annelerin bebeklerine göre daha sık düşük doğum ağırlığına rastlanmaktadır (Nelson-Piercy, 2003). HG'li gebelerde preterm eylem, spontan abortus, ve fetal anomali riskinde artma belirlenmiştir (Beji Kızılkaya, 2015).

1.2.5. Hiperemesis Gravidarumda Tanı

Kesin tanı kriterleri yoktur, klinik teşhis, hikaye ve fiziksel bulgulara dayanır (Hacker ve ark., 2004, p:227). Bulantı ve kusması olan gebe kadında öncelikli olarak problemin ciddiyetini belirlemek için tam bir değerlendirme yapılır. Öykü alınırken kadına tetikleyici faktörlerin ilk nasıl ortaya çıktığı, bulantı ve kusmanın sıklığı, şiddeti ve süresi sorulur. Gebelik öncesi kilosu ve gebelik boyunca kilo alımı ya da kaybı not edilmelidir. Diyare, hazımsızlık, karın ağrısı, distansiyon gibi durumlar tanımlanır. Genelde, kontrol edilemeyen kusma ve yiyecek ve sıvı tutamama hikayesi vardır. Kilo kaybı, kuru ve paslı dil, azalmış deri turgoru bulguları önemlidir. Hiperemesisli gebelerde genel olarak ketozis, dehidratasyon belirtileri ve asit-baz bozuklukları gözlenir. Kadının ağırlığı ve vital bulguları ölçülmeli ve fizik muayenede sıvı elektrolit dengesizliğinin belirtileri dikkatle gözlenmelidir. Öncelikle yapılması gereken laboratuvar testi idrarda ketonüri varlığının belirlenmesidir. İdrar tetkiki sonrası tam kan sayımı, elektrolitler, karaciğer enzimleri ve bilirubin seviyesi bakılmalıdır (Cashion, 2004; Hacker ve ark., 2004).

HG tanısı konulduğunda çoğul gebelik ve hidatiform mol durumları mutlaka ekarte edilmelidir. Özellikle hipertroidizm, ileus, hiatus hernisi, kolesistit, kolelitiazis, gastrik ve duodenal ülserler, hepatit, serebrovasküler hastalıklar, menenjit, gastrointestinal sistem maligniteleri, zehirlenmeler, apendisitis ve torsiyone over kistleri gibi bulantı ve kusma yapabilen karın içi patolojilerinin ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulması gerekir (Özbaşar, 2002).

1.2.6. Hiperemesis Gravidarumda Tedavi

Gebeliğe bağlı bulantı ve kusmaların tedavisi semptomlara göre değişmektedir. Tedavide amaç kusmanın kontrol altına alınması, dehidratasyonun düzeltilmesi, elektrolit dengesizliğinin düzeltilmesi ve yeterli beslenmenin sürdürülmesidir (Wieland Ladewig ve ark., 2006a).

Tedavide kullanılan yöntemler farmakolojik ve non-farmakolojik olarak ikiye ayrılabilir. Farmakolojik yöntemlerde; vitamin B₆, antiemetikler, antihistaminikler, kortikosteroidler, motilite ilaçları, sıvı replasman tedavisi, parenteral ve enteral beslenme yer alırken, nonfarmakolojik yöntemlerde; diyet ve yaşam tarzı değişiklikleri, zencefil, acupuncture-acupresse, hipnoz yer almaktadır (Cevrioğlu ve Koçak, 2004b; Tola, 2014).

Hastaneye yatışı yapılan hastaya ilk olarak 48 saat ağızdan bir şey verilmez ve IV sıvı ile tedavi yönetilir. Potasyum klorür, hipokalemiyi önlemek için IV sıvıya eklenebilir. Thiamin ve B₆, vitamin eksiklikleri ve periferik nöropatiyi önlemek için tedaviye eklenebilir. Eğer durumunda düzelme olmazsa TPN gerekebilir, sonradan kontrollü olarak ağızdan beslenmeye geçilir (London ve ark., 2011).

İnatçı kusmalarda gastroenterit, kolesistit, pankreatit, hepatit, peptik ülser, pyelonefrit, gebeliğin akut yağlı karaciğeri gibi olası bazı hastalıklara yönelik tanısal ve terapötik girişimler yapılmalıdır. Sosyal ve psikolojik faktörler hiperemezise katkıda bulunuyor olabilir, bu durumda hasta hastaneye yatma ile belirgin şekilde rahatlar ama taburculuk sonrası tekrar şikayetler başlar. Bu nedenle psikososyal problemlere yönelik tedavi de faydalı olacaktır (Leveno ve ark., 2010).

Medikal tedaviye ek olarak psikoterapi veya stres azaltıcı yöntemler yararlı olabilir. Hatta genç anne adaylarına gebeliklerinden önce verilecek yeterli eğitim ve uygun psikolojik yaklaşım, hastalığın görülme oranını daha düşük seviyelere çekecektir (Cashion, 2004; Özbaşar, 2002).

1.2.7. Hiperemezis Gravidarumda Hemşirelik Bakımı

Hastalar hastaneye geldiğinde yorgun ve tükenmiş durumdadır. Hastaya duygusal destek ve rahatlık sağlamak, gebe ve fetus için olumlu sonuçlar üretmek tüm girişimlerin ortak amacıdır.

Hemşirelik bakımında beklenen sonuçlar; gebenin hiperemEZisi, tedavisi ve gebeliğı üzerindeki olası etkilerini açıklayabilmesi, kadının durumunun düzeltilmesi ve komplikasyonların önlenmesidir (Wieland Ladewig ve ark., 2010b).

HG'de tanılama, bulantı ve kusma gelişimi ve süresi, ortaya çıkan semptomlar ve yapılan tedavinin etkinliğini değerlendirme ile başlar. Cilt kuruluğı, deri turgoru, kilo kaybı ve beslenme durumu değerlendirilir. Hemşirelik girişimleri uygun tedavi ve beslenme ile bulantı ve kusmayı kontrol altına almak, sıvı ve elektrolit dengesizliğini gidermek, emosyonel destek sağlamaktır (Beji Kızılkaya, 2015).

Beslenmede dengesizlik, gereksiniminden az beslenme HG'li hastalarda bulantı kusma ve stres gibi nedenlerden dolayı sık görülen bir durumdur. Bu hastalarda amaç; hastanın daha fazla kilo kaybetmesinin önlenmesi ve kilo stabilizasyonunun sağlanması, bulantı ve kusma olmadan yeterli beslenmeyi düzenli diyetle tolere edebilmesidir.

Hemşirelik bakımında yapılabilecekler şunlardır (Beji Kızılkaya, 2015; Cashion, 2004, s:900; Wieland Ladewig ve ark., 2010b; Carpenito-Moyet, 2013, s:377-378):

- Hastanın gebelik öncesi kilosu belirlenir ve düzenli tartılır, aldığı-çıkardığı takibi yapılır.
- Oral gıdalar verilmesi gerektiğı şekilde ve tolere ettikçe en uygun zamanda verilerek beslenmesi sağlanır.

- Bulantı kusmalar çok şiddetliyse 1-2 gün ağızdan hiçbir şey verilmez. Ağızdan beslenmeye yeniden başlarken yiyecekler iştah açıcı şekilde servis edilir.
- Bireyin yemekten önce dinlenmesi sağlanır.
- Ağız hijyeni önemlidir. Çünkü kusmadan dolayı ağız kuru ve irrite olmuş olabilir. Besin alımından önce ve sonra ağız hijyeni sağlanır ve sürdürülür.
- Midede gerginlik duygusunu önlemek için yiyecekler az ve sık verilir. Hafif gıdalarla başlanarak hastaya tolere ettiği derecede ve oral alımı sınırlandırılarak yiyecek verilir. Tost, kraker, kızarmış ekmek, yağsız peynir 2 saatlik aralıklarla az miktarda günde 5-6 öğüne bölünerek verilir.
- Yiyecekler sıcak/soğuk olarak verilir, ılık verilmez.
- Antiemetik ilaçlar ordere göre verilir.
- Sessizlik sağlanarak çevre düzenlenir. Gebe tek kişilik, iyi havalandırılmış bir odada kesin yatak istirahatine alınır.
- Kötü kokulardan ve diğer rahatsız edici uyaranlardan kaçınması önerilir. Düşük yağlı, yüksek proteinli diyetin önemi öğretilir.
- Sıvılar yemek aralarında alınır. İçecekler öğünlerden 1 saat önce verilir.
- Yemeklerden sonra semifowler pozisyonunda dinlenmesi, pozisyonunu yavaşça değiştirmesi, yemeklerden en az 2 saat sonrasına kadar uzanmaktan, düz yatmaktan kaçınması önerilir.
- Diyetisyen ideal diyeti hastanın tercihinine, kültürüne, yaşam tarzına ve devam eden şikayetlerine göre ayarlanır.

Aşırı kusma ile ilişkili olarak sıvı volum eksikliği ve sıvı elektrolit dengesizliği meydana gelebilir. Hastanın sıvı elektrolit dengesizliği düzeltilmelidir. Hemşirelik bakımında yapılabilecekler şunlardır (Beji Kızılkaya, 2015; Carpenito-Moyet, 2013, s:420; Cashion, 2004, s:900) :

- Deri turgoru, müköz membranlar, vital bulgular ve idrar çıkışı değerlendirilir ve kaydedilir.
- Yeterli hidrasyonu sürdürmenin gereğinin nedenlerini ve amaçlanan miktarda sıvı almayı sağlayan yöntemleri bireyin anlama durumu değerlendirilir.

- Günlük kilo takibi yapılır.
- Laboratuvar değerleri takip edilir, komplikasyonları önlemek için anormal değerler rapor edilir.
- Kahve, çay ve greyfurt suyunun diüretik etkiye sahip olduğu ve sıvı kaybını artırabileceği konusunda bilgilendirilir.
- Sıvı açığını değerlendirmek için aldığı–çıkardığı doğru şekilde kaydedilir.
- Sıvı dengesini devam ettirmek için IV tedavi dikkatli bir şekilde başlatılır ve sürdürülür.
- Oral sıvı gıdalar yavaş ve dikkatli bir şekilde tolere ettikçe artırılır.

Hiperemезisin etkisi, ambivalans, yeni rol beklentileri, yeterlilik konusunda belirsizlik, kontrol kaybı, fetüsün durumu ya da hastanede yatmaya bağlı hastanın endişeleri artabilir. Bu durumlarla ilişkili olarak hastada anksiyete görülebilir. Hemşire hastaya karşı destekleyici bir tutum içinde olmalı ve anksiyete belirtilerini azaltacak girişimlerde bulunmalıdır. Hemşirelik bakımında yapılabilecekler şunlardır (Cashion, 2004, s:900; Carpenito-Moyet, 2013, s:61):

- Hastanın endişesi ile ilgili düşünceleri dinlenerek güven verici terapötik iletişime geçilir. Birlikte hareket etmesi için yardımcı olunur.
- Fetüsle ilgili potansiyel risklerin olup olmadığı konusunda hastaya bilgi verilir.
- Hastaya güçlü yanlarını ortaya çıkarma ve baş etme becerileri konusunda yardımcı olunur.
- Hastaya ihtiyacı olduğunda destek kaynakları ve diğer gruplarla hareket etmesi için yardımcı olunur.
- Empatik bir anlayış kullanılır.
- Fazla uyaranlar ortamdan uzaklaştırılır.

1.2.8. Hiperemesis Gravidarum ve Gebeliğe Uyum

Gebelik, doğurgan çağıdaki her kadının yaşamında fizyolojik bir durum olarak düşünölmekle birlikte gebe ve ailesi açısından uyum gerektiren bir yaşam dönemidir (Oskay, 2004).

Gebelikle ilgili geniş kapsamlı duygulara rağmen birçok kadın benzer tepkiler yaşarlar. Bu tepkiler genellikle ambivalans, içe dönüklük, kabul etme, duygusal dalgalanma, beden imajındaki değişiklikleri içerir. Kadının kişiliğı, değişen durumlara uyum sağlama yeteneğı, eşinin tepkileri, gebeliğı ve annelik rolüne uyumunu etkileyecektir (Beji Kızılkaya, 2015). Bazı kadınlarda gebeliğın özgürlüklerini kısıtlayacağı, güzelliklerini bozabileceğı ve mesleki amaçlarına ulaşmalarını engelleyebileceğı düşüncesi gebeliğı uyumu zorlaştırabilmektedir. Sağlıklı bir anne ve bebek için gebe ve ailesinin yaşamlarında meydana gelen değişimlere uyum sağlayabilmeleri önem taşır. Ailenin gebeliğı tepkisi ve uyumunu etkileyen bazı faktörler vardır. Bunlar (Taşkın, 2011);

- Gebeliğın planlı olup olmaması
- Gebeliğın istenip istenmediğı
- Ailenin maddi durumu
- Ailenin diğır çocuklarının sayısı ve yaşları
- Ailenin var olan sosyal destek sistemleridir.

Her gebelikte trimestirlere göre gebenin verdiği tepkiler ve başarılması beklenen görevler birbirinden farklıdır.

1. Trimestir: Bu sürede kadının başarması gereken gelişimsel görev gebeliğın kabulüdür. 1.trimestir sonunda kadın “ Ben gebeyim” diyebilmelidir (Taşkın, 2011). Kadında gebe olduğı gerçeğine uyumla ilgili değişiklikler görülür. Bu dönemde zıt duygular (ambivalan) yaygındır. Gebeliğın başlangıcında görölen yorgunluk, mide

bulantıları ve kusmalar, kadının kendini iyi hissetmemesi gebelik hakkında ambivalan duygular yaşamasına neden olur (Beji Kızılkaya, 2015). Gebeliğin ilk trimestirinde sayısız psikolojik semptomlar görülebilir. Çoğu kadın ne hissettiğinden emin olamaz. Ruh hali sağlamdan zayıfa, sakinden paniğe, mutludan üzgüne, gebeliği kabulden inkara kadar değişebilir. Kendini biraz kopuk, duygusal açıdan kararsız, bulantılı, yorgun, sinirli, endişeli hissedebilir. Özellikle ilk gebeliklerde gebenin tutarlı bilgi ve desteğe ihtiyacı vardır (Simpson ve Creehan, 2008, s:80). Birinci trimestirin sonunda gebeliğin kabullenildiğini gösteren belirtiler; gebeliğinden mutlu olma, hoşlanma, hem kendisinin hem de ailesinin gebelik ve doğum süreciyle başa çıkabileceğine inanma ve kendine güvenmedir (Taşkın, 2011).

2. Trimestir: Bu dönemde kadının başarması gereken gelişimsel görev, fetüsün ayrı bir varlık olarak algılanarak kabul edilmesidir. Gebenin bunu “Bir bebek sahibi olacağım” şeklinde ifade etmesidir. 2. trimestirde meydana gelen değişimler; gebeliği fiziksel olarak kabul etmek, fetüse odaklanmak, narsizm, içe dönme, cinsel yaşam ve beden imajındaki değişimlerdir.

3. Trimestir: Bu dönemde kadından beklenen gelişimsel görev annelik rolünü almaya başlamasıdır. Yani “Ben anne olacağım” diyebilmesidir. Bu dönemde duyarlılık, bağımlılığın artması ve doğum korkuları görülebilir.

Bu trimestirde gebeliğe uyumu zorlaştıran bazı faktörler vardır. Bunlar (Taşkın, 2011);

- Çoğul gebelik
- Gebelik aralığının kısa olması
- Gebe iken yerleşim yerini değiştirmek durumunda kalması
- İş kaybı ile beraber sosyal güvencenin kaybı
- Gebenin kendisi, eş, aile veya yakın akrabalarından birinde meydana gelen ciddi bir hastalık

- Gebelik döneminde eşin ya da kadın için önemli olan bir kişinin kaybı
- Gebelik komplikasyonları
- Arkadaş ya da yakın çevresinde konjenital anomalili çocuk olması
- Gebelik döneminde evlilikte ortaya çıkan güven sorunları
- Önceki olumsuz gebelik öyküsüdür.

Chou ve ark. (2008), yaptıkları bir çalışmada bulantı ve kusmanın şiddetli, algılanan stresin büyük ve sosyal desteğin az olduğu durumlarda maternal psikososyal adaptasyonun daha az olduğunu bulmuşlardır. McCarthy ve ark. (2011), HG ve bilişsel, davranışsal ve emosyonel iyilik arasındaki ilişkiyi araştırdıkları prospektif kohort araştırmasında HG'li kadınların, özellikle ciddi HG'si olanların gebelikte bilişsel, davranışsal ve duygusal disfonksiyon riskinin artmış olduğunu saptamışlardır.

Gebelik erkekler için de psikolojik olarak stresli bir süreçtir. Baba adaylarının gebeliğe karşı tepkileri çok çeşitlidir. Bazı erkekler kadınlarda meydana gelen mucizevi değişiklikten çok mutlu olur. Bazıları ise birbirlerinden uzaklaştıklarını, iletişimde kopmalar başladığını hisseder (Beji Kızılkaya, 2015). Yekenkunrul ve Mete (2012), gebelik bulantı kusması ile evlilik uyumu ve eş ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, gebelik bulantı kusması ile evlilik uyumu arasında ilişki olduğunu belirlemiştir. Evlilik uyumları yüksek olanların, evlilik uyumları düşük olan gebelere göre gebelik bulantı kusmasının şiddetinin daha düşük düzeyde olduğunu saptamışlardır.

Kadınların hem gebeliğe hem de anneliğe uyum sağlamasında etkili olabilecek faktörlerin belirlenmesi, riskli durumların erken tanınarak gereken önlemlerin alınmasında, hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler planlayacakları önleyici uygulamalarla gebeliği kabullenmeyi sağlayarak uyum sorunlarını engelleyebilirler. Hemşireler aile bireylerine yapacakları eğitimler ile ihtiyaç duyulan yeterli desteğin aile bireylerinden almasını sağlayabilirler (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014).

1.2.9 Hiperemezis Gravidarum ve Stresle Baş Etme

Stres, organizmanın dengesini bozan ya da bozma olasılığı bulunan her türlü iç ya da dış etkenin üzerimizde oluşturduğu bilişsel, duygusal, davranışsal ve bedensel etkilerin bütünü olarak tanımlanabilir. Stres, genelde olumsuz bir durum olarak algılansa da belirli bir dozda kişinin varoluşunu koruma, bireyi motive etme, organizmada büyüme ve olgunlaşmaya yol açma gibi işlevlere sahiptir. Fakat stres aşırı, uzun süreli ve etkin başa çıkılamayan bir hal aldığında kişide psikolojik ve bedensel sağlığı bozabilir (Türk Psikologlar Derneği, 2014).

Stresör ise bireyin stres yaşamasına neden olan herhangi bir faktör olarak tanımlanabilir. Stresörler rol değişimi, eşinin ölümü, ayrılma gibi dış kaynaklı ya da gebelik, menopoz, suçluluk gibi iç kaynaklı olabilir. Stres gibi stresörlerin algılanışı da kişiden kişiye farklılık gösterir. Uzun süreli stres bir insanın zihinsel faaliyetlerinde değişikliğe neden olur. Bireyin stresi fazla ise öğrenme yeteneği ve problem çözme yeteneği zayıflar (Taşkın, 2011). Birey karşılaştığı olayı tehdit edici olarak algılıyor olsa bile, bu durumla başa çıkabileceğine inanıyorsa, yaşadığı stres ve gerginlik düzeyi azalacak ya da stres ve gerginlik yaşamayacaktır (Türk Psikologlar Derneği, 2014).

Organizmada stres durumunda bedensel ve psikolojik süreçte bir takım olaylar görülür. Bedensel düzeyde olan değişiklikler her insanda aynı aşamalardan geçerken, psikolojik düzeydeki değişiklikler bireysel koşullara göre değişiklik gösterir. Bu tepkiler ayrı ayrı verilebileceği gibi bedensel ve psikolojik tepkiler birlikte de ortaya çıkabilir (Baltaş ve Baltaş, 2013).

Kişi hangi tepki kendisine uygunsa onu seçer. Strese karşı tavrımız birçok faktörden etkilenir. Bunlardan ilki kuvvetli ve sağlıklı bir genetik yapının olmasıdır. Kalp çarpıntısı vb. kalıtsal hastalığın olmaması kişiyi strese karşı daha dayanıklı yapar. İkinci faktör, ailenin örnek alınmasıdır. Ailenin stresle baş etme yolu bilerek ya da farkında olmasa da bireyin stresle baş etme şeklini etkiler. Kişi ailesinin tutum

ve kişilik özelliklerinden etkilenmektedir. Üçüncüsü, kültürel yapının ve eğitimin bir yan ürünü olarak şu andaki tutum, beklenti ve inanç sistemidir (Rowshan, 2015, s:9).

Genel uyum belirtisi olarak bilinen stres tepkisinin üç basamağı vardır: Bunlar Alarm reaksiyonu, direnç ve tükenme dönemidir.

A) Alarm reaksiyonu: Dış uyaranların organizma tarafından stres şeklinde algılandığı durumdur. Organizma bu süreçte şoka ve kontr şoka girer. Şok döneminde vücut ısısı ve kan basıncı düşer, kalp duracak gibi olur, el ayak gevşer. Ardından kontrşok döneminde bulunur. Organizma bu durumla başa çıkma amacıyla aktif fizyolojik faaliyetlerde bulunur. Amaç; savaşarak veya kaçınarak organizmanın iç dengesini tekrar sağlamaktır (Baltaş ve Baltaş, 2013).

B) Direnç dönemi: Vücudun direnç düzeyi artar. Karşı karşıya kaldığı stres verici bir duruma uygun olarak direncini artırmıştır. Bu durumdan uzaklaşmak ya da duruma uymak zorunda olduğundan diğer stresörlere direnci azalır. Direnç dönemi başarı ile atlatılırsa vücut normal koşullarına döner fakat başarısız olduğunda beden gücünü yitirir (Baltaş ve Baltaş, 2013).

C) Tükenme dönemi: Stres verici olay çok şiddetli ve uzun sürdüğünde, organizma ile tükenme aşamasına gelinir. Bazen bu dönemde yeniden alarm reaksiyonları görülebilir. Her canlının uyum yeteneği birbirinden farklıdır. Uyku ve dinlenme bedeni onarabilir. Fakat devam eden ve başa çıkılamayan stres durumunda denge bozularak uyum enerjisi tükenir. Daha sonra bitkinlik ve tükenme nöbetleri başlar ve artık organizmada geri dönüşsüz izler bırakır. Bu dönem organizmanın hastalıklara çok açık olduğu dönemdir. Kişide stres karşısında psikolojik tepki olarak geri çekilme, kabullenme, karşı koyma veya korku, endişe, depresyon gibi duygusal sorunlar gelişebilir. Diğer taraftan dikkat azlığı, konsantrasyon güçlüğü, fobiler, can sıkıntısı, çeşitli durumlar arasında ilişki kurmada zorluk, aşırı unutkanlık,

karamsarlık ve obsesif düşünceler zihinsel düzeyde görülebilen problemlerdendir (Baltaş ve Baltaş, 2013; Rowshan, 2015, s:19).

Stres bazı problemlere zemin hazırlayarak ve bireyin verimliliğini düşürerek hayattan alınan zevki azaltır, yakın çevresi ile olan duygusal ilişkilerine zarar verebilir (Baltaş ve Baltaş, 2013). Başa çıkma ise stresli durumlarda kişinin iç ve dış ihtiyaçlarını yönetmek için kullanılan düşünce ve davranışları ifade eder (Folkman, 2010). Gebenin stresle baş etme yeteneği, onun yeni yaşam olaylarına nasıl uyum sağlayacağını belirler. Uyum yeteneği gebenin kişilik özelliklerine bağlıdır (Taşkın, 2011). Kişinin stres yaşamaması, kişilik özellikleri ve olanaklarını kullanabilmesine bağlıdır. Bu nedenle bireysel özellikler stresten ne kadar korunabileceğinin belirleyicisidir. Bunlar kişinin değişimlere göre kendini programlayabilmesi ve önceki deneyimlerinden elde ettiklerine bağlıdır (Baltaş ve Baltaş, 2013).

Stresle başa çıkmada kullanılabilecek uygun ve etkili yöntemler arasında nefes ve çeşitli gevşeme egzersizleri, sağlıklı uyku, beslenme alışkanlıkları gibi yöntemlerin yanında, stres yaratan olay ya da durumu değerlendirme biçimini değiştirmek, etkili zaman yönetimi, sosyal destek alma, iletişim becerilerini geliştirme, girişken olma ve problem çözme becerilerini artırma gibi yöntemler sayılabilir (Türk Psikologlar Derneği, 2014).

Gebelikte oluşan değişimlere karşı belli düzeylerde stres yaşanabilmektedir. Gebeliğe uyum sağlamaya çalışmak da gebeler için strese sebep olabilir. Bayık ve arkadaşları (2006) çalışmalarında kadınların deneyimlediği stres verici yaşam olaylarında gebeliğin ilk sırayı aldığını bulmuşlardır. Normal gebelerde bile belli düzeyde stres görüldüğü göz önüne alındığında HG'li gebelerde bulantı kusma, yeterli beslenememe, uyku problemleri ya da hastanede yatarak tedavi görme gibi nedenlerin stres düzeyini etkileyebileceği düşünülmektedir. Kender ve arkadaşları (2015) yaptıkları bir çalışmada HG'li gebelerin kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek, yeme tutumlarının da daha olumsuz olduğunu saptamışlardır. Özen ve ark. (2013), yaptıkları çalışmada HG

tanılı hastaların anksiyete ve depresyon sıklığını ve düzeylerini kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olarak bulmuşlardır.

HG'nin fiziksel sağlık risklerinin yanı sıra, annenin ruh sağlığını da olumsuz etkileyip anne bebek bağlanmasını olumsuz etkileyebileceği ileri sürülmüştür (McCormack ve ark., 2011). Poursharif ve ark. (2008) çalışmalarında, HG'nin kadınların %80'inde olumsuz psikososyal etkiye neden olduğunu saptamıştır.

HG tanısı alan gebelerin sağlığını düzeltmek ve semptomları iyi şekilde yönetmek, bu dönemin daha rahat ve sorunsuz geçirilmesini sağlayabilir (Güleç ve ark., 2014). Erken gebelik döneminde gebenin bulantı ve kusması mevcut ise profesyonel bir bakıma ihtiyacı vardır. Hemşire bulantı ve kusmaya katkıda bulunabilecek ailevi ve emosyonel stresleri iyi tanımlamalı, gebeye fiziksel bakım, sosyal ve emosyonel destek vererek gebenin bu sorunlarla başa çıkmasına yardımcı olmalıdır (Ege ve Eryılmaz, 2000).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, HG tanısı alan gebelerin gebeliğe uyum ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatan HG tanısı alan gebeler üzerinde yapılmıştır.

Araştırmanın yapılacağı yer olarak bu hastanenin tercih edilme nedeni; Ankara'da yıllık doğum sayısı en fazla olan hastanelerden biri olmasıdır. İlgili hastane 371 yetişkin (20 riskli gebelik, 5 erişkin yoğun bakım), 130 yenidoğan olmak üzere toplam 501 yatak kapasitesi ile ayaktan/yatarak tedavi hizmeti vermektedir. Eğitim ve hizmet faaliyetleri perinatoloji, reproduktif endokrinoloji ve jinekoloji-onkoloji olmak üzere üç branşta yürütülmektedir. Perinatoloji bölümü kendi içinde antenatal polikliniği, obstetri ve yüksek riskli gebelikler olarak ayrılmaktadır. Reprodüktif endokrinoloji bölümü infertilite, aile planlaması, menopo ve gençlik merkezi birimleri ile jinekoloji-onkoloji bölümü ise genel jinekoloji ve onkoloji birimleri ile hizmet vermektedir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde HG tanısı ile yatan gebeler oluşturmuştur.

Örneklem Genişliği

Örneklem alınacak hasta sayısını belirlemek amacıyla PASS 2008 yazılımı kullanılarak power analizi yapıldı. Yapılan analizde tip I hata olasılığı (α) 0,05, power ($1-\beta$) 0,80 olarak belirlendi. Daha önce yapılan çalışmalardan (Siva 1988; Beydağ, 2008) elde edilen bilgiler doğrultusunda sapma %5 olarak kabul edilerek yapılan analiz sonucunda power'ın 0,82 olması koşuluyla en az 85 hastaya gerek olduğu hesaplandı. Çalışma 160 gebe ile yürütüldü.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- HG tanısı almış olmak
- Gönüllü olmak
- HG dışında herhangi bir gebelik komplikasyonu bulunmamak
- Kronik hastalığı bulunmamak
- Psikiyatrik sorunu olmamak
- Sözel iletişime açık olmak
- Çoğul gebeliği olmamak

2.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği puan ortalamaları

Bağımsız değişkenler: Sosyodemografik (yaş, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, aile tipi, eşin yaşı, eşin eğitim durumu ve en uzun süre yaşanan yer) ve obstetrik özellikler (gebelik haftası, kaçınıcı gebeliği olduğu, planlı gebelik olup olmadığı, düşük ve küretaj, yaşayan çocuk sayısı, bir önceki gebelikte şimdiki gebelik arasında geçen süre)

2.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Tanıtıcı Bilgi Formu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) kullanılmıştır. Araştırmada Tanıtıcı Bilgi Formu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ilgili hastanede uygun bir ortamda, yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından uygulandı. Tüm formlarının uygulaması yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

2.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Gebelerin; Sosyodemografik (yaş, eğitim, sosyal güvence durumu, ekonomik durum, çalışma durumu, aile tipi, eşin yaşı, eşin eğitimi ve en uzun süre yaşanan yer) ve obstetrik özelliklerini (gebelik haftası, kaçınıcı gebeliği olduğu, planlı gebelik olup olmadığı, yaşayan çocuk sayısı, düşük ve küretaj deneyimi, bir önceki gebelikte şimdiki gebelik arasında geçen süre) belirlemek amacıyla hazırlanmış 16 maddelik bir formdur.

2.5.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)

Lederman tarafından 1979’da doğum öncesi dönemdeki kadınların anneliğe uyumunu belirlemek için geliştirilmiştir. 79 maddeden oluşan, 4’lü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkiye’deki geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Beydağ ve Mete (2008) yapmıştır. PKDÖ’nün gebeliğe uyumu değerlendiren 7 alt boyutu vardır. Bu alt boyutlar; “gebeliğin kabulü”, “annelik rolünün kabulü”, “kendi annesi ile ilişkisinin durumu”, “eşi ile ilişkisinin durumu”, “doğuma hazır oluş”, “doğum korkusu”, “kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri” olarak gruplandırılmıştır. PKDÖ’deki maddelerin 47’si ters yönlüdür. Ters yönlü maddeler; 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 59, 60, 61, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79’dur. Ölçekteki her bir madde 4 dereceli değerlendirmeye ölçülür. Gebeliğe uyum “1”den “4”e (4: “Çok fazla tanımlıyor, 3: “Kısmen tanımlıyor”, 2: “Biraz tanımlıyor”, 1: “Hiç tanımlamıyor”) kadar değişen puanların sonuçlarına göre değerlendirilir. Ters yönlü maddelerde puanlama tam tersi olacak şekildedir. PKDÖ’nün tamamından en az 79, en fazla 316 puan alınabilir. Düşük puanlar gebeliğe uyumun yüksek olduğunu gösterir (Beydağ ve Mete, 2008).

Çizelge 2. 1. PKDÖ ve Alt Ölçeklerine Ait Madde Sayısı ve Alınabilecek En Düşük- En Yüksek Puanlar

PKDÖ ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Alınabilecek En Düşük - En Yüksek Puanlar
Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	10	10-40
Gebeliğin kabulü	14	14-56
Annelik rolünün kabulü	15	15-60
Doğuma hazır oluş	10	10-40
Doğum korkusu	10	10-40
Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	10	10-40
Eşi ile ilişkisinin durumu	10	10-40
Toplam PKDÖ	79	79-316

Türkçeye çevrilen ölçeğin iç tutarlık cronbach alfa katsayısı 0,81, alt boyutların cronbach alfa katsayıları 0,72 ile 0,85 arasında bulunmuştur (Beydağ ve Mete, 2008). Bu çalışma için “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği” cronbach alfa katsayısı

0,923, alt boyutlarının ise; “gebeliğin kabulü” 0,801, “annelik rolünün kabulü” 0,813, “kendi annesi ile ilişkisinin durumu” 0,840, “eşi ile ilişkisinin durumu” 0,788, “doğuma hazır oluş” 0,522, “doğum korkusu” 0,572, “kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri” 0,692'dir.

2.5.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Folkman ve Lazarus'un (1984) geliştirdiği ölçek, stresle başa çıkma konusunun incelendiği araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Duruma yönelik, 66 maddelik, 4'lü likert tipi bir ölçektir. Türkiye'de Şahin ve Durak (1995) tarafından üniversite öğrencilerine uyarlaması yapılan “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” 30 maddeden oluşmuştur. Ölçek; “kendine güvenli yaklaşım” (8,10,14,16,20,23,26. maddeler), “iyimser yaklaşım” (2,4,6,12,18. maddeler), “çaresiz yaklaşım” (3,7,11,19,22,25,27,28. maddeler), “boyun eğici yaklaşım” (5,13,15,17,21,24. maddeler), “sosyal desteğe başvurma” (1,9,29,30. maddeler) olmak üzere toplam beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlardan “kendine güvenli yaklaşım”, “iyimser yaklaşım” ve “sosyal desteğe başvurma” alt boyutları stresle başa çıkmada “etkili yöntemler” olarak değerlendirilirken, “çaresiz” ve “boyun eğici yaklaşım” alt boyutları stresle başa çıkmada “etkisiz yöntemler” olarak değerlendirilmektedir. Ankette 1. ve 9. sorular ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar alt ölçeklere göre; “kendine güvenli yaklaşım” 0-21, “iyimser yaklaşım” 0-15, “çaresiz yaklaşım” 0-24, “boyun eğici yaklaşım” 0-18, “sosyal destek arama” 0-12'dir. Alt boyutlardan alınan yüksek puan bireyin söz konusu yaklaşımı daha çok kullandığını göstermektedir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayılarının $\alpha=.31$ ile $.83$ arasında değiştiği görülmüştür. Alt boyutlar etkili ve etkisiz yöntemler olarak gruplandırıldığında ise cronbach alfa katsayıları etkili yöntemler için $.82$, etkisiz yöntemler için $.78$ olarak bulunmuştur (Şahin ve Durak, 1995). Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları “kendine güvenli yaklaşım” için $0,820$, “iyimser yaklaşım” $0,701$, “çaresiz yaklaşım” $0,725$, “boyun eğici yaklaşım” $0,604$ ve “sosyal desteğe başvurma” için $0,291$ olarak belirlenmiştir. Etkili yöntemler için (“kendine güvenli yaklaşım”, “iyimser yaklaşım”

ve “sosyal desteğe başvurma” alt boyutları) cronbach alfa katsayısı 0,812 olarak, etkisiz yöntemler için (“çaresiz” ve “boyun eğici yaklaşım” alt boyutları) cronbach alfa katsayısı 0.785 olarak hesaplandı.

2.6. Ön Uygulama

Anket formunun anlaşılabilirliğini sağlamak amacıyla 05.07.2015 - 17.07.2015 tarihleri arasında belirtilen hastanede HG tanısı ile yatan 10 gebeye ön uygulama yapıldı. Ön uygulamadan elde edilen veriler doğrultusunda, HG’li gebelere uygulanacak anket formlarında gerekli düzenlemeler yapıldı. Ön uygulamada toplanan veriler değerlendirmeye alınmamıştır.

2.7. Uygulama

Uygulama 18.07.2015- 11.11.2015 tarihleri arasında Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde HG tanısı ile yatan 160 gebe üzerinde gerçekleştirildi.

2.8. Verilerin Analizi

Verilerin analizi SPSS 15.0 paket programıyla yapılmıştır. Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu kolmogorov smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Çoklu grup karşılaştırılmasında ANOVA testi, post hoc test olarak bonferoni testi kullanılmıştır. İki grup karşılaştırmalarında t testi, değişkenler arası ilişkinin değerlendirilmesinde ise pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılık düzeylerinin belirlenmesinde cronbach alfa değeri kullanılmıştır. $P < 0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

2.9. Etik İlkeler

Çalışmanın yürütülebilmesi için Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 142 sayı ve 07.05.2015 tarihli kurul kararı ile izin (Bkz Ek-5) alındı.

T.C. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden, Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulunun 5 sayılı ve 29.06.2015 tarihli kararı ile (Bkz Ek-6) araştırma için gerekli izin alındı. Ölçeklerin kullanımı için izinler izinler (Bkz Ek-7, Bkz Ek-8) alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelere veri toplama formları uygulanmadan önce araştırmanın ne amaçla yapıldığına dair bilgi verilmiş ve uygulamanın yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır (Bkz Ek-1).

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, 18.07.2015- 11.11.2015 tarihleri arasında Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde HG tanısı ile yatan gebeler ile sınırlandırılmıştır. Bu araştırmanın bulguları sadece üzerinde çalışılan gruba genellenebilir.

3. BULGULAR

Çizelge 3.1. Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=160)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
24 yaş ve altı	65	40,6
25-29 yaş	55	34,4
30 yaş ve üstü	40	25,0
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	27	16,9
Ortaöğretim	100	62,5
Üniversite ve üstü	33	20,6
Sosyal Güvence Durumu		
Var	140	87,5
Yok	20	12,5
Ekonomik Durum		
Gelir gidere eşit	115	71,8
Gelir giderden fazla	23	14,4
Gelir giderden az	22	13,8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	28	17,5
Çalışmıyor	132	82,5
Aile Tipi		
Çekirdek	113	70,6
Geniş	47	29,4
En Uzun Yaşanılan Yerleşim Birimi		
İl	112	70,0
İlçe	35	21,9
Belde/ kasaba/köy	13	8,1
Eşin Yaşı		
24 yaş ve altı	16	10,0
25-29 yaş	63	39,4
30 yaş ve üzeri	81	50,6
Eşin Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	25	15,6
Ortaöğretim	84	52,5
Üniversite ve üstü	51	31,9

HG'li gebelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; %40,6'sının 24 yaş ve altı, %34,4'ünün 25-29 yaş grubunda, %25,0'ının ise 30 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Çalışmada gebelerin %16,9'u ilköğretim, %62,5'i ortaöğretim mezunudur ve %87,5'inin sosyal güvencesi vardır. Çalışma grubunun %71,8'i gelirinin giderine eşit olduğunu ifade etmiştir. Gebelerin %82,5'inin çalışmadığı, %70,6'sının çekirdek ailede yaşadığı, %70,0'ının il merkezinde, %21,9'unun ilçede yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin eşleri yaş ve eğitim durumlarına göre incelendiğinde, %39,4'ünün 25-29 yaş grubunda, %50,6'sının 30 yaş ve üzeri

olduğu, %52,5'inin ortaöğretim, %31,9'unun üniversite ve üstü eğitim aldığı belirlenmiştir (Çizelge 3.1.).

Çizelge 3. 2. Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Obstetrik Özellikleri (n=160)

Obstetrik Özellikler	Sayı	%
Gebelik Sayısı		
İlk gebelik	76	48,1
2 ve üzeri gebelik	84	51,9
Gebelik Aralığı (n=84)		
1 yıldan az	14	16,7
1-2 yıl arası	16	19,0
2 yıldan fazla	54	64,3
Gebeliğin Planlanma Durumu		
Planlı	116	72,5
Plansız	44	27,5
Yaşayan Çocuk		
Yok	96	60,0
Var	64	40,0
Yaşayan Çocuk Sayısı (n=64)		
1	40	62,5
2 ve üzeri	24	37,5

HG'li gebelerin obstetrik özelliklerine bakıldığında; %48,1'inin ilk gebeliği, %51,9'unun 2 ve üzeri gebeliği olduğu, 2 ve üzeri gebeliği olanların (n=84) %64,3'ünün 2 yıldan fazla gebelik aralığı olduğu saptanmıştır. Gebelerin %72,5'inin gebeliklerinin planlı, %27,5'inin ise plansız olduğu belirlenmiştir. Yaşayan çocuk sayısı incelendiğinde; gebelerin %60,0'ının yaşayan çocuğunun olmadığı, %40,0'ının yaşayan çocuğunun olduğu belirlenmiştir. Yaşayan çocuğu olan gebelerin (n=64) %62,5'inin bir, %37,5'inin 2 ve üzeri çocuğa sahip olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.2.).

Çizelge 3.3. HG Tanısı Alan Gebelerin PKDÖ ve SBTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=160)

Ölçekler	– X±SS	Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	İşaretlenen Alt ve Üst Değerler
PKDÖ ve Alt Boyutları			
Gebeliğin Kabulü	30,1±8,8	14-56	14-56
Annelik Rolünün Kabulü	27,4±8,9	15-60	15-51
Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu	17,9±7,8	10-40	10-36
Eşi ile İlişkisinin Durumu	18,8±7,2	10-40	10-40
Doğuma Hazır Oluş	25,5±5,6	10-40	10-37
Doğum Korkusu	27,5±5,4	10-40	11-39
Kendi ve Bebeğinin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri	26,1±6,0	10-40	12-38
Toplam PKDÖ	173,3±35,8	79-316	96-261
SBTÖ Alt Boyutları			
Kendine Güvenli Yaklaşım	14,5±4,5	0-21	0-21
İyimser Yaklaşım	10,1±3,1	0-15	0-15
Sosyal Desteğe Başvurma	7,4±2,2	0-12	1-12
Çaresiz Yaklaşım	11,6±4,8	0-24	0-24
Boyun Eğici Yaklaşım	8,1±3,6	0-18	1-18

HG tanısı alan gebelerin PKDÖ ve SBTÖ puan ortalamaları Çizelge 3.3’de verilmiştir. Gebelerin PKDÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının; “gebeliğin kabulü” 30,1±8,8, “annelik rolünün kabulü” 27,4±8,9, “kendi annesi ile ilişkisinin durumu” 17,9±7,8, “eşi ile ilişkisinin durumu” 18,8±7,2, “doğuma hazır oluş” 25,5±5,6, “doğum korkusu” 27,5±5,4, “kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri” için 26,1±6,0 ve toplam PKDÖ puan ortalamasının 173,3±35,8 olduğu belirlenmiştir. SBTÖ alt boyutları puan ortalamaları; “kendine güvenli yaklaşım” için 14,5±4,5, “iyimser yaklaşım” 10,1±3,1, “sosyal desteğe başvurma” 7,4±2,2, “çaresiz yaklaşım” 11,6±4,8 ve “boyun eğici yaklaşım” için 8,1±3,6 olarak bulunmuştur.

Çizelge 3. 4. HG Tanısı Alan Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre PKDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=160)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	PKDÖ Puan Ortalaması	Test ve p değeri
Yaş			
24 yaş ve altı (1)	65	164,9 ± 34,9	F=3,080
25-29 yaş (2)	55	179,0 ± 31,7	p=0,049*
30 yaş ve üzeri (3)	40	179,0 ± 40,2	
Eğitim Düzeyi			
İlköğretim	27	184,9±35,5	F=2,471
Ortaöğretim	100	173,0±36,6	p=0,088
Üniversite ve üstü	33	164,5±31,4	
Sosyal Güvence Durumu			
Var	140	172,1±35,8	t=-1,120
Yok	20	181,7±35,5	p=0,264
Ekonomik Durum			
Gelir gidere eşit	115	172,8±35,0	F=1,453
Gelir giderden fazla	23	165,9±38,4	p=0,237
Gelir giderden az	22	183,7±36,4	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	28	173,3±38,5	t=-0,007
Çalışmıyor	132	173,3±35,3	p=0,995
Aile Tipi			
Çekirdek	113	176,4±35,8	t=-1,720
Geniş	47	165,8±34,8	p=0,087
En Uzun Yaşanılan Yerleşim Birimi			
İl	112	172,3±34,5	F=0,260
İlçe	35	177,1±39,9	p=0,771
Belde/ kasaba/köy	13	171,8±36,9	
Eşin Yaşı			
24 yaş ve altı	16	168,9±37,3	F=1,354
25-29 yaş	63	168,5±31,7	p=0,261
30 yaş ve üzeri	81	177,9±38,2	
Eşin Eğitim Düzeyi			
İlköğretim	25	179,6±36,1	F=0,512
Ortaöğretim	84	171,3±38,9	p=0,600
Üniversite ve üstü	51	173,4±30,1	

* Grup 1-Grup 2 karşılaştırılması

HG tanısı alan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre PKDÖ'den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; 24 yaş ve altı gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 164,9±34,9, 25-29 yaş grubunda olanların 179,0±31,7 ve 30 yaş ve üzerinde olan gebelerin PKDÖ puan ortalamasının 179,0±40,2 olduğu saptanmıştır. Gebelerin yaşlarına göre oluşturulmuş gruplar arasında PKDÖ puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,049). Yapılan ileri ikili karşılaştırmada, 24 yaş ve altındakilerin PKDÖ puan ortalamalarının 25-29 yaş aralığındakilere göre anlamlı derecede düşük olduğu, 24 yaş ve altındaki gebelerin gebeliğe uyumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Gebelerin eğitim düzeyi, sosyal güvence, ekonomik ve çalışma durumu, aile tipi, en uzun yaşanan yerleşim birimi, eşin yaşı ve eşin eğitim düzeylerine göre PKDÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.4.).

Çizelge 3. 5. HG Tanısı Alan Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre PKDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=160)

Obstetrik Özellikler	Sayı	PKDÖ Puan Ortalaması	Test ve p değeri
Gebelik Sayısı			
İlk gebelik	76	165,7±28,7	t = -2,672
2 ve üzeri gebelik	84	180,3±40,1	p= 0,008
Gebelik Aralığı (n=84)			
1 yıldan az	14	165,9±37,1	F=1,447
1-2 yıl arası	16	174,4±39,6	p=0,241
2 yıldan fazla	54	185,0±40,8	
Gebeliğin Planlanma Durumu			
Planlı	116	169,4±33,2	t= -2,255
Plansız	44	183,5±40,4	p= 0,026
Yaşayan Çocuk			
Yok	96	165,6±32,2	t= -3,448
Var	64	184,8±38,0	p= 0,001
Yaşayan Çocuk Sayısı (n=64)			
1	40	181,0±39,0	t= -1,0422
2 ve üzeri	24	191,2±36,0	p= 0,301

Gebelerin gebelik sayısına göre PKDÖ'den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; ilk gebeliği olanların PKDÖ puan ortalaması (165,7±28,7), 2 ve üzeri gebeliği olanlara (180,3±40,1) göre anlamlı derecede daha düşüktür ve ilk gebeliği olanların gebeliğe uyumu daha yüksektir ($p=0,008$). Gebelik aralığı ve yaşayan çocuk sayısına göre PKDÖ'den alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Gebeliğin planlanma durumuna göre PKDÖ'den alınan puan ortalamaları karşılaştırıldığında, plansız gebeliklerin PKDÖ puan ortalamasının (183,5±40,4), planlı gebeliklere göre (169,4±33,2) daha yüksek olduğu ve gebeliği planlı olanların gebeliğe uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,026$). Yaşayan çocuğu olmayan gebelerin PKDÖ puan ortalaması (165,6±32,2), yaşayan çocuğu olan gebelere göre (184,8±38,0) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ve gebeliğe uyumları daha yüksektir ($p=0,001$; Çizelge 3.5.).

Çizelge 3.6. HG Tanısı Alan Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre SBTÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=160)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Desteğe Başvurma	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş						
24 yaş ve altı (1)	65	14,4 ± 4,4	10,4 ± 2,9	7,2 ± 2,1	10,6 ± 4,2	7,6 ± 3,5
25-29 yaş (2)	55	14,5 ± 4,8	9,7 ± 3,6	7,1 ± 2,1	12,6 ± 5,5	8,8 ± 3,9
30 yaş ve üzeri (3)	40	14,6 ± 4,2	10,2 ± 2,5	8,3 ± 2,3	11,7 ± 4,3	7,9 ± 3,0
Test ve p değeri	F	0,022	0,960	3,908	2,683	1,666
	P	0,978	0,385	0,022*	0,071	0,192
Eğitim Düzeyi						
İlköğretim (1)	27	13,9±5,4	10,2±4,0	6,8±2,4	12,7±4,5	9,5±2,9
Ortaöğretim (2)	100	14,4±4,3	10,1±2,7	7,4±2,1	11,3±4,7	7,9±3,6
Üniversite ve üstü (3)	33	15,3±4,4	10,1±3,3	8,2±2,2	11,4±5,3	7,6±3,6
Test ve p değeri	F	0,784	0,019	3,275	0,855	2,666
	P	0,458	0,981	0,040#	0,427	0,073
Sosyal Güvence Durumu						
Var	140	14,6±4,5	10,1±3,1	7,6±2,1	11,4±4,7	7,9±3,4
Yok	20	13,9±4,5	10,1±3,2	6,5±2,5	13,1±4,9	9,4±4,4
Test ve p değeri	t	0,683	0,107	2,069	-1,485	-1,788
	p	0,496	0,915	0,040	0,140	0,076
Ekonomik Durum						
Gelir gidere eşit	115	14,2±4,4	9,9±3,1	7,5±2,2	11,3±4,6	7,9±3,5
Gelir gidenen fazla	23	16,1±4,2	11,0±2,7	7,7±2,2	12,3±4,9	8,8±4,3
Gelir gidenen az	22	14,2±5,0	10,1±3,2	6,9±2,1	12,5±5,6	8,5±3,0
Test ve p değeri	F	1,698	1,142	0,879	0,907	0,822
	P	0,186	0,322	0,417	0,406	0,442
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	28	14,4±4,2	9,4±3,1	7,7±1,8	11,2±4,8	7,3±2,7
Çalışmıyor	132	14,5±4,6	10,3±3,1	7,4±2,3	11,7±4,8	8,3±3,7
Test ve p değeri	t	0,084	1,447	0,641	-0,474	-1,308
	P	0,933	0,150	0,523	0,636	0,193

Grup 1-Grup 3 karşılaştırılması, * Grup 2-Grup 3 karşılaştırılması

Çizelge 3.6. Devam

Tanıttıcı Özellikler	Sayı	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Desteğe Başvurma	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Aile Tipi						
Çekirdek	113	14,2±4,5	10,0±3,1	7,5±2,3	12,0±4,7	8,0±3,5
Geniş	47	15,1±4,5	10,5±3,1	7,2±1,9	10,5±5,0	8,3±3,7
Test ve p değeri	t	-1,111	-0,926	0,996	1,778	-0,399
	p	0,268	0,356	0,158	0,077	0,690
En Uzun Yaşanılan						
Yer						
İl (1)	112	14,8±4,1	10,2±2,8	7,4±2,2	10,9±4,9	7,6±3,5
İlçe (2)	35	13,3±5,8	9,6±3,6	7,7±2,3	11,2±4,0	10,7±3,8
Belde/ kasaba/köy (3)	13	15,4±3,6	10,5±3,5	6,9±1,4	7,9±3,4	11,8±4,9
Test ve p değeri	F	1,740	0,761	0,712	0,490	4,068
	p	0,179	0,469	0,492	0,614	0,019 #
Eşin Yaşı						
24 yaş ve altı	16	14,6±3,8	9,9±2,1	7,4±3,1	10,5±4,4	7,5±3,6
25-29 yaş	63	14,6±4,7	10,2±3,2	7,3±2,0	10,9±4,6	7,8±3,6
30 yaş ve üzeri	81	14,4±4,5	10,1±3,2	7,6±2,1	12,3±4,9	8,4±3,5
Test ve p değeri	F	0,039	0,088	0,299	1,963	0,838
	p	0,961	0,916	0,792	0,144	0,434
Eşin Eğitim Düzeyi						
İlköğretim(1)	25	14,2±4,1	10,6±2,3	6,9±2,2	12,4±4,6	9,7±4,0
Ortaöğretim (2)	84	14,5±4,3	10,3±2,8	7,5±2,3	11,6±4,8	7,9±3,2
Üniversite ve üstü (3)	51	14,5±5,0	9,6±3,7	7,5±2,1	11,1±4,8	7,5±3,7
Test ve p değeri	F	0,047	1,135	0,832	0,638	3,428
	p	0,954	0,324	0,437	0,530	0,035 #

Grup 1-Grup 3 karşılaştırılması, * Grup 2-Grup 3 karşılaştırılması

HG tanısı alan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre SBTÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; HG'li gebelerin ekonomik durum, çalışma durumu, aile tipi ve eşlerinin yaşlarının stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından hiçbirini etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$; Çizelge 3.6.).

Yaş gruplarına göre SBTÖ'den alınan puan ortalamaları incelendiğinde, 24 yaş ve altındaki gebelerin ve 25-29 yaş grubunda yer alan gebelerin “sosyal desteğe başvurma” alt boyutu puan ortalamasının, 30 yaş ve üzeri olan gebelere göre düşük olduğu ve yaş gruplarına göre SBTÖ'den alınan puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0,022$). Yapılan analiz sonucunda anlamlılığın 25-29 yaş grubundaki gebeler ile 30 yaş ve üzeri olan gebelerin karşılaştırılmasından kaynaklandığı saptanmıştır.

Eğitim düzeyine göre SBTÖ'nün “sosyal desteğe başvurma” alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olduğu ($p=0,040$), bu farklılığın ilköğretim ile üniversite ve üstü eğitim alan grubun puan ortalamalarından kaynaklandığı saptanmıştır.

Sosyal güvencesi olan gebelerin “sosyal desteğe başvurma” puan ortalaması ($7,6\pm2,1$), sosyal güvencesi olmayan gebelere ($6,5\pm2,5$) göre daha yüksektir ve aralarındaki fark anlamlıdır ($p=0,040$).

En uzun süre yaşanan yer ile “boyun eğici yaklaşım” puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,019$). Yapılan analiz sonucunda anlamlılığın il-belde/kasaba/köy ile ilçe-belde/kasaba/köy'de yaşayanlar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Eşin eğitim düzeyine göre SBTÖ'nün “boyun eğici yaklaşım” alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olduğu ($p=0,035$), bu farklılığın eşin ilköğretim ile üniversite ve üstü eğitim alan grubun puan ortalamalarından kaynaklandığı saptanmıştır.

Çizelge 3. 7. HG Tanısı Alan Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre STBÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=160)

Obstetrik Özellikler	Sayı	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Destğe Başvurma	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Gebelik Sayısı						
İlk gebelik	76	15,0 $\pm$ 4,5	10,2 $\pm$ 3,1	7,8 $\pm$ 2,1	10,9 $\pm$ 4,8	7,2 $\pm$ 3,4
2 ve üzeri gebelik	84	14,0 $\pm$ 4,5	10,0 $\pm$ 3,1	7,1 $\pm$ 2,2	12,2 $\pm$ 4,7	8,9 $\pm$ 3,5
Test ve p değeri	t	1,339	0,300	2,149	-1,790	-3,277
p	p	0,183	0,764	0,033	0,075	0,001
Gebelik Aralığı						
1 yıldan az	14	14,1 $\pm$ 4,6	10,6 $\pm$ 2,5	6,4 $\pm$ 2,2	12,9 $\pm$ 4,6	8,5 $\pm$ 2,6
1-2 yıl arası	16	14,5 $\pm$ 4,3	9,2 $\pm$ 2,4	7,1 $\pm$ 2,2	12,4 $\pm$ 5,2	9,1 $\pm$ 3,2
2 yıldan fazla	54	14,0 $\pm$ 4,7	10,2 $\pm$ 3,4	7,2 $\pm$ 2,2	12,1 $\pm$ 4,7	9,0 $\pm$ 3,8
Test ve p değeri	F	0,079	0,914	0,878	0,130	0,138
p	p	0,924	0,405	0,419	0,878	0,871
Gebeliğin Planlanması						
Durumu						
Planlı	116	14,7 $\pm$ 4,4	10,3 $\pm$ 3,0	7,3 $\pm$ 2,0	11,5 $\pm$ 4,7	8,1 $\pm$ 3,5
Plansız	44	13,9 $\pm$ 4,8	9,7 $\pm$ 3,2	7,7 $\pm$ 2,6	11,8 $\pm$ 5,0	8,0 $\pm$ 3,7
Test ve p değeri	t	1,012	1,107	-0,869	-0,294	0,227
p	p	0,313	0,270	0,386	0,769	0,820
Yaşayan Çocuk						
Yok	96	14,8 $\pm$ 4,6	10,2 $\pm$ 3,0	7,6 $\pm$ 2,2	10,8 $\pm$ 4,7	7,4 $\pm$ 3,3
Var	64	14,0 $\pm$ 4,4	10,0 $\pm$ 3,2	7,3 $\pm$ 2,2	12,7 $\pm$ 4,8	9,1 $\pm$ 3,7
Test ve p değeri	t	1,062	0,241	0,810	-2,486	-3,168
p	p	0,290	0,810	0,419	0,014	0,002
Yaşayan Çocuk Sayısı						
1	40	13,9 $\pm$ 3,9	10,1 $\pm$ 3,1	7,2 $\pm$ 2,2	12,1 $\pm$ 4,5	9,0 $\pm$ 3,5
2 ve üzeri	24	14,3 $\pm$ 5,2	10,0 $\pm$ 3,3	7,3 $\pm$ 2,2	13,7 $\pm$ 5,2	9,3 $\pm$ 4,0
Test ve p değeri	t	-0,421	0,010	-0,192	-1,257	-0,320
p	p	0,675	0,992	0,848	0,214	0,750

Çizelge 3.7’de gebelik aralığı, gebeliğin planlanma durumu ve yaşayan çocuk sayısına göre SBTÖ alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). İlk gebeliği olanların “sosyal desteğe başvurma” puan ortalaması ($7,8\pm2,1$), 2 ve üzeri gebeliği olanlara göre ($7,1\pm2,2$) daha yüksektir ve aralarında anlamlı bir fark vardır ($p=0,033$). “Boyun eğici yaklaşım” puan ortalaması 2 ve üzeri gebeliği olanlarda ($8,9\pm3,5$) ilk gebeliği olanlara kıyasla ($7,2\pm3,4$) daha yüksektir ve aradaki fark anlamlıdır ($p=0,001$).

Yaşayan çocuğu olmayanlarda “çaresiz yaklaşım” ($10,8\pm4,7$), ve “boyun eğici yaklaşım” ($7,4\pm3,3$) puan ortalamaları yaşayan çocuğu olan gebelerin “çaresiz yaklaşım” ($12,7\pm4,8$), ve “boyun eğici yaklaşım” ($9,1\pm3,7$) puan ortalamalarına göre daha düşük bulunmuştur. Aradaki fark anlamlıdır (sırasıyla $p=0,014$; $p=0,002$).

Çizelge 3. 8. PKDÖ ile SBTÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler		Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Desteğe Başvurma	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım
Gebeliğin Kabulü	r	-0,293	-0,345	0,003	0,192	0,119
	p	<0,001	<0,001	0,971	0,015	0,133
Annelik Rolünün Kabulü	r	-0,357	-0,331	-0,138	0,199	0,211
	p	<0,001	<0,001	0,082	0,011	0,007
Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu	r	-0,389	-0,266	-0,073	0,151	0,146
	p	<0,001	0,001	0,361	0,057	0,065
Eşi ile İlişkisinin Durumu	r	-0,247	-0,202	-0,172	0,252	0,275
	p	0,002	0,011	0,030	0,001	<0,001
Doğuma Hazır Oluş	r	-0,231	-0,263	-0,044	0,097	0,007
	p	0,003	0,001	0,585	0,221	0,930
Doğum Korkusu	r	-0,296	-0,285	-0,067	0,165	-0,055
	p	<0,001	<0,001	0,400	0,037	0,492
Kendi ve Bebeğinin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri	r	-0,154	-0,127	-0,107	0,428	0,200
	p	0,052	0,109	0,179	<0,001	0,011
Toplam PKDÖ	r	-0,403	-0,372	-0,119	0,293	0,196
	p	<0,001	<0,001	0,134	<0,001	0,013

HG tanısı alan gebelerin PKDÖ ile SBTÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, “gebeliğin kabulü” ile “kendine güvenli” ($r = -0,293$, $p < 0,001$) ve “iyimser yaklaşım” ($r = -0,345$, $p < 0,001$) arasında negatif doğrultuda anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre stresle baş etmede etkili yöntemlerden olan “kendine güvenli” ve “iyimser yaklaşım” kullanımı arttıkça gebeliğin kabulü artmaktadır. “Gebeliğin kabulü” ile “çaresiz yaklaşım” arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,192$, $p = 0,015$). Gebelerde “çaresiz yaklaşım” kullanma arttıkça gebeliğin kabulü azalmaktadır.

Annelik rolünün kabulü ile “kendine güvenli” ($r = -0,357$, $p < 0,001$) ve “iyimser yaklaşım” ($r = -0,331$, $p < 0,001$) arasında negatif doğrultuda anlamlı bir ilişki saptanırken, “çaresiz yaklaşım” ($r = 0,199$, $p = 0,011$) ve “boyun eğici yaklaşım” ($r = 0,211$, $p = 0,007$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre “kendine güvenli” ve “iyimser yaklaşım” kullanımı arttıkça annelik rolünün kabulü artmakta, “çaresiz” ve “boyun eğici yaklaşım” kullanımı arttıkça annelik rolünün kabulü azalmaktadır.

Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ile “kendine güvenli” ($r = -0,389$, $p < 0,001$) ve “iyimser yaklaşım” ($r = -0,266$, $p = 0,001$) arasında negatif doğrultuda anlamlı bir ilişki bulunmuştur. “Eşi ile ilişkisinin durumu” ile “kendine güvenli” ($r = -0,247$, $p = 0,002$), “iyimser yaklaşım” ($r = -0,202$, $p = 0,011$), ve “sosyal desteğe başvurma” ($r = -0,172$, $p = 0,030$) arasında negatif doğrultuda bir ilişki saptanırken, “çaresiz yaklaşım” ($r = 0,252$, $p = 0,001$) ve “boyun eğici yaklaşım” ($r = 0,275$, $p < 0,001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gebelerin “kendine güvenli” ve “iyimser yaklaşım” kullanımı arttıkça “kendi annesi ile ilişkisinin durumu” açısından daha uyumlu oldukları bulunmuştur. Eşi ile ilişkisinin durumu açısından; stresle baş etmede etkili yöntemlerin kullanımı arttıkça gebelerin gebeliğe uyumlarının arttığı, etkisiz yöntemleri kullanma arttıkça uyumlarının azaldığı saptanmıştır.

Doğuma hazır oluş ile “kendine güvenli” ($r = -0,231$, $p = 0,003$) ve “iyimser yaklaşım” ($r = -0,263$, $p = 0,001$) arasında negatif doğrultuda anlamlı bir ilişki

saptanmıştır. “Doğum korkusu” ile “kendine güvenli” ($r = -0,296$, $p < 0,001$) ve “iyimser yaklaşım” ($r = -0,285$, $p < 0,001$) arasında negatif doğrultuda anlamlı bir ilişki saptanırken, “doğum korkusu” ile “çaresiz yaklaşım” ($r = 0,165$, $p = 0,037$) arasında pozitif doğrultuda anlamlı bir ilişki bulunmuştur. “Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri” ile etkisiz yöntemler olan “çaresiz” ($r = 0,428$, $p < 0,001$) ve “boyun eğici yaklaşım” ($r = 0,200$, $p = 0,011$) puan ortalamaları arasında pozitif doğrultuda anlamlı bir ilişki bulunmuştur. “Doğuma hazır oluş” ve “doğum korkusu” açısından; “kendine güvenli” ve “iyimser yaklaşım” kullanımı arttıkça gebeliğe uyum artmaktadır. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri açısından; etkisiz yöntemlerin kullanımı arttıkça gebeliğe uyum azalmaktadır.

Toplam PKDÖ puan ortalamaları ile etkili yöntemlerden olan “kendine güvenli” ($r = -0,403$, $p < 0,001$) ve “iyimser yaklaşım” ($r = -0,372$, $p < 0,001$) arasında negatif doğrultuda anlamlı bir ilişki saptanırken, etkisiz yöntemler olan “çaresiz” ($r = 0,293$, $p < 0,001$) ve “boyun eğici yaklaşım” ($r = 0,196$, $p = 0,013$) arasında pozitif doğrultuda anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Çizelge 3.8). Etkili yöntemlerden “kendine güvenli” ve “iyimser yaklaşım” kullanımı arttıkça gebeliğe uyum artmakta, etkisiz yöntemlerin kullanımı arttıkça gebeliğe uyum azalmaktadır.

4. TARTIŞMA

Bu araştırma HG tanısı alan gebelerin gebeliğe uyum ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla Ankara ilinde bulunan bir kadın sağlığı eğitim ve araştırma hastanesinde, HG tanısı ile yatan gebeler üzerinde yapılmıştır. Araştırma HG’li gebelerde prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin tüm alt boyutlarıyla ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği ile birlikte kullanıldığı kapsamlı bir çalışmadır. Bu çalışmadan elde edilen verilerin, sağlık kuruluşlarında tedavi gören HG’li gebelerin bakımına yönelik verilecek hizmetlerde yol göstereceği düşünülmektedir. Araştırmadan elde edilen bulgular, literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmamızda PKDÖ puan ortalaması $173,3 \pm 35,8$ olarak saptanmıştır (Çizelge 3.3.). Demirbaş ve Kadioğlu’nun (2014) çeşitli nedenlerle altı Aile Sağlığı Merkezi’ne gelen 390 gebe üzerinde yürüttükleri çalışmalarında PKDÖ puan ortalaması $147,87 \pm 27,43$ olarak bulunmuştur. Çalışma sonucumuzda bulunan PKDÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları genel olarak Demirbaş ve Kadioğlu’nun çalışmasındaki puan ortalamalarından yüksektir. Düşük puanların gebeliğe uyumun yüksek olduğunu gösterdiği göz önüne alındığında, bunun nedeninin bu çalışma grubunun HG nedeniyle hastanede yatan gebelerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Mutlugüneş ve Mete’nin (2013) yaptıkları bir çalışmada gebelikte bulantı kusma arttıkça gebelik kabulünün azaldığı saptanmıştır. Kuo ve arkadaşları (2007), yaptıkları bir çalışmada hafif, orta ve şiddetli bulantı kusma ile PKDÖ ve alt boyutlarını karşılaştırdıklarında bulantı kusmanın şiddeti arttıkça PKDÖ ve alt boyutlarının puanlarının çoğunlukla arttığını diğer bir ifade ile şiddetli derecede bulantı kusma yaşayan gebelerin az ve orta şiddette bulantı kusma yaşayanlara göre gebeliği daha az kabul ettiklerini belirlemişlerdir.

Çalışmamızda SBTÖ alt boyutları puan ortalamaları; “kendine güvenli yaklaşım” için $14,5 \pm 4,5$, “iyimser yaklaşım” $10,1 \pm 3,1$, “sosyal desteğe başvurma” $7,4 \pm 2,2$, “çaresiz yaklaşım” $11,6 \pm 4,8$ ve “boyun eğici yaklaşım” için $8,1 \pm 3,6$ olarak bulunmuştur (Çizelge 3.3.). Elkin (2015), bir Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı 142

gebe ile yürüttüğü çalışmasında SBTÖ alt boyutları puan ortalamalarını; “kendine güvenli yaklaşım” için 10,88, “iyimser yaklaşım” 8,88, “sosyal desteğe başvurma” 6,95, “çaresiz yaklaşım” 11,74 ve “boyun eğici yaklaşım” için 10,04 olarak saptamıştır. Çalışmamızda SBTÖ’de etkili yöntemler (“kendine güvenli yaklaşım”, “iyimser yaklaşım” ve “sosyal desteğe başvurma”) için puan ortalamaları Elkin’in çalışmasından daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun çalışma grubumuzun HG nedeniyle hastanede yatıyor olmasından dolayı etkili stresle baş etme yöntemlerini kullanmaya yönelik aldığı destekten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada 24 yaş altındaki gebelerin gebeliğe uyumlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.4.). Bu sonuç, bu grubun yaşından dolayı ilk gebeliğini yaşıyor olma ihtimalinden kaynaklanabilir. Çalışmamızda ilk gebeliği olan ve yaşayan çocuğu olmayan gebelerin gebeliğe uyumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.5.). İlk gebeliği olanların çocuk sahibi olmayı daha fazla istek ve merakla bekliyor olabileceğinden dolayı, HG’nin etkilerine karşı daha sabırlı oldukları ve bu nedenle uyumlarının daha iyi olduğu düşünülebilir. Yılmaz ve Beji (2010), gebelerin stresle başa çıkma tarzları, depresif semptomları, prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada primipar gebelerin prenatal bağlanma puan ortalamalarının iki veya daha fazla gebeliği olanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Eğitim durumuna göre PKDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmamakla birlikte eğitim düzeyi arttıkça gebelik kabulünün yükseldiği bulunmuştur (Çizelge 3.4.). Bulgumuza benzer şekilde, Demirbaş ve Kadioğlu (2014) çalışmalarında lise/üniversite mezunu olan grubun ilk/ortaokul mezunu olanlara göre gebeliğe uyumlarını daha yüksek bulmuşlardır.

Çalışmamızda planlı gebeliklerde gebeliğe uyum, plansız gebeliklere göre daha yüksektir ve aralarındaki fark anlamlıdır ($p=0,026$; Çizelge 3.5.). Gebeliğin planlanıp planlanmadığı gebeliğe uyumu etkileyen faktörlerdendir (Taşkın, 2011). Çalışma

sonucumuza benzer şekilde Demirbaş ve Kadioğlu (2014), isteyerek gebe kalan kadınların gebeliğe daha uyumlu olduklarını belirlemişlerdir.

Çalışmada 24 yaş ve altındaki gebelerin ve 25-29 yaş grubunda yer alan gebelerin “sosyal desteğe başvurma” alt boyutu puan ortalamasının, 30 yaş ve üzeri olan gebelere göre düşük olduğu ve aralarındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p= 0,022$; Çizelge 3.6.). Yapılan analiz sonucunda anlamlılığın 25-29 yaş grubundaki gebeler ile 30 yaş ve üzeri olan gebelerin karşılaştırılmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Çalışma bulgusuna benzer şekilde Dağlar ve Nur (2014), çalışmasında 34 yaş üstü gebelerin “sosyal desteğe başvurma” puanını ($2,00\pm0,62$), 20 yaş altı ($1,87\pm0,37$) ve 20-34 yaş grubundaki gebelere ($1,90\pm0,60$) göre daha yüksek bulmuştur.

Çalışmada HG’li gebelerin eğitim düzeyine göre SBTÖ’nün alt boyutlarından olan “sosyal desteğe başvurma” puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olduğu ($p=0,040$; Çizelge 3.6.), bu farklılığın ilköğretim ile üniversite ve üstü eğitim alan grubun puan ortalamalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Literatürde eğitim düzeyi yükseldikçe stresle baş etmede sosyal desteğe başvurmanın arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Dağlar ve Nur, 2014; Yılmaz ve Beji, 2010; Karabulutlu ve ark., 2004). Eşin eğitim düzeyine göre SBTÖ’nün “boyun eğici yaklaşım” alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olduğu ($p=0,035$; Çizelge 3.6.), bu farklılığın eşi ilköğretim ile üniversite ve üstü eğitim alan grubun puan ortalamalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Eğitim seviyesinin artmasıyla bireylerin stresle baş etmek için “sosyal desteğe başvurma” gibi etkili yöntemler konusunda daha fazla bilgiye sahip olacağı, bilgiye ve sosyal destek kaynaklarına daha kolay ulaşabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada sosyal güvencesi olmayan HG’li gebelerin sosyal güvencesi olanlara göre aralarında fark olmamakla beraber stresle baş etmede etkisiz yöntemleri daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olan HG’li gebelerin etkili stresle baş etme yöntemlerinden olan “kendine güvenli yaklaşım” ve

“sosyal desteğe başvurmayı” sosyal güvencesi olmayanlara göre daha fazla tercih ettikleri belirlenmiştir. Gebelerin sosyal güvence durumuna göre “sosyal desteğe başvurma” puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,040$; Çizelge 3.6.). Sosyal güvencesi olan HG’li gebelerin stresle baş etmede etkin yöntemleri daha fazla kullanmaları, sağlık hizmetlerine ulaşma ve hizmetlerden yararlanma fırsatlarından kaynaklanabilir.

En uzun süre yaşanan yere göre “boyun eğici yaklaşımı” en fazla belde/kasaba/köy’de yaşayan gebelerin kullandıkları bulunmuştur ($p=0,019$; Çizelge 3.6.). Bu sonuç, belde/kasaba/köy’de en uzun süre yaşayan gebelerin stresle baş etmede etkin yöntemleri öğrenebilecekleri/başvurabilecekleri kaynakların sınırlı ve uzak olmasından kaynaklanabilir.

İlk gebeliği olan ve yaşayan çocuğu olmayan HG’li gebelerin stresle baş etmede etkili yöntemleri daha fazla kullandığı, SBTÖ’nün “sosyal desteğe başvurma” alt boyutu ile gebelik sayısı arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,033$; Çizelge 3.7.). İki ve üzeri gebeliği olan ve yaşayan çocuğu olan HG’li gebelerin ise etkisiz yöntemleri daha fazla kullandığı ve SBTÖ’nün “boyun eğici yaklaşım” alt boyutu ile gebelik sayısı arasında ($p=0,001$; Çizelge 3.7.), “çaresiz yaklaşım” ve “boyun eğici yaklaşım” alt boyutu ile yaşayan çocuk olup olmama durumu arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,014$, $p=0,002$; Çizelge 3.7.). İlk gebeliği olan gebelerin, gebeliği ilk kez deneyimledikleri için ve başka yaşayan çocukları olmadığı için gebeliklerine daha fazla odaklanarak sorunlarına daha etkili çözümler getirebildiği düşünülmektedir. Lau ve ark. (2015), çalışmalarında ilk gebeliği olan gebelerin ilk gebeliği olmayanlara göre daha az negatif başa çıkma tarzları kullandıklarını belirlemişlerdir. Benzer şekilde Dağlar ve Nur (2014), gebelerin stresle başa çıkma tarzlarını belirledikleri çalışmalarında ilk gebeliği olan gebelerin etkili yöntemleri daha fazla kullandığını, 3 ve üzeri gebelik sayısına sahip olanların ise etkisiz yöntemleri daha fazla kullandıklarını belirlemişlerdir.

Araştırma grubunda HG tanılı gebelerin stresle baş etmede etkili yöntemlerden olan “kendine güvenli yaklaşım” ve “iyimser yaklaşımı” kullanmaları arttıkça “gebeliğin kabulü”, “annelik rolünün kabulü”, “kendi annesi ile ilişkisinin durumu”, “eşi ile ilişkisinin durumu”, “doğuma hazır oluş”, “doğum korkusu” ve toplam PKDÖ puanlarının azaldığı (PKDÖ için düşük puanlar gebeliğe uyumun yüksek olduğunu göstermektedir) bulunmuştur (Çizelge 3.8.). Stresle baş etmede etkisiz yöntemlerini kullanma arttıkça gebeliğe uyumun azaldığı belirlenmiştir. Bu sonuç, HG tanılı gebelerin etkisiz yöntem kullanımı arttıkça stresin etkilerine de daha fazla maruz kalacağı, bu durumun da gebeliğe uyumu zorlaştıracağını düşündürmektedir. Chou ve ark. (2008), 243 gebe ile yürüttükleri çalışmada gebelerde algılanan stres arttıkça maternal psikososyal adaptasyonun azaldığını belirlemişlerdir. Gebelik, herhangi bir sağlık problemi olmasa da stresli ve karmaşık bir süreçtir. Yapılan bir çalışmada kadınların deneyimlediği stres verici yaşam olayları arasında ilk sırayı gebeliğin aldığı bulunmuştur. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik yaklaşımı, gebenin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesini, yeni durumuna uyum sağlayabilmeleri için gereksinimlerinin karşılanmasını, karşılaşılabilecek stresörlerin farkında olunması ve etkili baş etme yöntemlerinin kullanılmasının sağlanmasını gerektirir (Bayık ve ark., 2006; Ölçer ve Oskay, 2015). Dağlar ve Nur çalışmalarında etkisiz stresle baş etme yöntemlerini kullanan gebelerde depresyon riski ve anksiyete düzeyinin yükseldiğini belirlemişlerdir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

HG nedeniyle hastaneye yatan gebelerin gebeliğe uyum ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

HG'li gebelerin; %40,6'sının yaşı 24 ve altı, %62,5'inin eğitim düzeyi ortaöğretimdir. Gebelerin %87,5'inin sosyal güvencesi vardır ve %71,8'inin geliri giderine eşittir. Gebelerin %82,5'inin çalışmadığı, %70,6'sının çekirdek ailede, %70,0'ının il merkezinde yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin %50,6'sının 30 yaş ve üzeri olduğu, %52,5'inin ortaöğretim mezunu olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1.).

HG'li gebelerin %51,9'unun 2 ve üzeri gebeliği, %64,3'ünün 2 yıldan fazla gebelik aralığı olduğu, %60,0'ının yaşayan çocuğu olmadığı, %72,5'inin gebeliğinin planlı olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.2.).

HG tanısı alan gebelerin PKDÖ ve alt boyutları puan ortalamaları; “gebeliğin kabulü” $30,1 \pm 8,8$, “annelik rolünün kabulü” $27,4 \pm 8,9$, “kendi annesi ile ilişkisinin durumu” $17,9 \pm 7,8$, “eşi ile ilişkisinin durumu” $18,8 \pm 7,2$, “doğuma hazır oluş” $25,5 \pm 5,6$, “doğum korkusu” $27,5 \pm 5,4$, “kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri” $26,1 \pm 6,0$ ve toplam PKDÖ puan ortalaması $173,3 \pm 35,8$ olarak bulunmuştur. SBTÖ alt boyutları puan ortalamaları; “kendine güvenli yaklaşım” $14,5 \pm 4,5$, “iyimser yaklaşım” $10,1 \pm 3,1$, “sosyal desteğe başvurma” $7,4 \pm 2,2$, “çaresiz yaklaşım” $11,6 \pm 4,8$ ve “boyun eğici yaklaşım” için $8,1 \pm 3,6$ olarak belirlenmiştir.

Gebelerin yaşlarına göre PKDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,049$; Çizelge 3.4.). Yapılan ileri ikili karşılaştırmada, 24 yaş ve altındakilerin PKDÖ puan ortalamalarının 25-29 yaş aralığındakilere göre anlamlı

derecede düşük olduğu, 24 yaş ve altındaki gebelerin gebeliğe uyumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Gebelerin eğitim düzeyi, sosyal güvence, ekonomik ve çalışma durumu, aile tipi, en uzun yaşanılan yerleşim birimi, eşin yaşı ve eşin eğitim düzeylerine göre PKDÖ’den alınan puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$;  izelge 3.4.).

Gebelerin gebelik sayılarına göre PKDÖ puan ortalamalarının ilk gebeliği olanlarda, 2 ve üzeri gebeliği olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur. İlk gebeliği olanların gebeliğe uyumu daha yüksektir ($p=0,008$;  izelge 3.5.).

Gebelik aralığı ve yaşayan  ocuk sayısına göre PKDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$;  izelge 3.5.).

Plansız gebeliklerin PKDÖ puan ortalamalarının, planlı gebeliklere oranla istatistiksel olarak daha yüksek olduğu yani planlı gebeliklerde gebeliğe uyumun daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,026$;  izelge 3.5.).

Yaşayan çocuğu olmayan gebelerin PKDÖ puan ortalaması yaşayan çocuğu olan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ve gebeliğe uyumları daha yüksektir ($p=0,001$;  izelge 3.5.).

HG’li gebelerin ekonomik durum, çalışma durumu, aile tipi ve eşlerinin yaşlarına göre stresle başa çıkma tarzları  l eğinin tüm alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$;  izelge 3.6.).

Çalışmada 24 yaş ve altındaki gebelerin ve 25-29 yaş grubunda yer alan gebelerin “sosyal desteğe başvurma” alt boyutu puan ortalamasının, 30 yaş ve üzeri

olan gebelere göre düşük olduğu ve aralarındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p= 0,022$). Yapılan analiz sonucunda anlamlılığın 25-29 yaş grubundaki gebeler ile 30 yaş ve üzeri olan gebelerin karşılaştırılmasından kaynaklandığı ve 30 yaş ve üzeri gebelerin sosyal desteğe daha fazla başvurdukları belirlenmiştir (Çizelge 3.6.).

Eğitim düzeyine göre SBTÖ'nün “sosyal desteğe başvurma” alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olduğu ($p=0.040$), bu farklılığın üniversite ve üstü eğitim alan grubun ilköğretim mezunlarına göre daha fazla sosyal desteğe başvurmalarından kaynaklandığı saptanmıştır (Çizelge 3.6.).

Sosyal güvencesi olan gebelerin “sosyal desteğe başvurma” puan ortalaması, sosyal güvencesi olmayan gebelere göre daha yüksektir ve aralarındaki fark anlamlıdır ($p=0,040$; Çizelge 3.6).

En uzun süre yaşanan yere göre “boyun eğici yaklaşım” puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,019$). Yapılan analiz sonucunda anlamlılığın il-belde/kasaba/köy ile ilçe-belde/kasaba/köy’de yaşayanlar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 3.6.).

Eşin eğitim düzeyine göre SBTÖ'nün “boyun eğici yaklaşım” alt boyutundan alınan puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olduğu, eşin eğitim düzeyi arttıkça “boyun eğici yaklaşım” kullanma oranının azaldığı saptanmıştır ($p=0,035$). Yapılan analiz sonucunda bu farklılığın eşi ilköğretim ile üniversite ve üstü eğitim alan grubun puan ortalamalarından kaynaklandığı saptanmıştır (Çizelge 3.6.).

Çalışmada ilk gebeliği olanların “sosyal desteğe başvurma” puan ortalaması, 2 ve üzeri gebeliği olan kadınların puan ortalamalarından daha yüksektir ve aralarındaki fark anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,033$; Çizelge 3.7.). İlk gebeliği olanların SBTÖ'nün “boyun eğici yaklaşım” alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları, 2 ve üzeri gebeliği olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Aradaki fark anlamlıdır ($p=0,001$; Çizelge 3.7.).

Yaşayan çocuğu olan gebelerin SBTÖ'nün "çaresiz" ve "boyun eğici yaklaşım" puan ortalamalarının, yaşayan çocuğu olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı farkın olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0,014$, $p=0,002$; Çizelge 3.7.).

PKDÖ'nün "kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri" alt boyutu haricindeki diğer alt boyutlara ilişkin puan ortalamaları ve toplam PKDÖ ile etkili stresle baş etme yöntemlerinden olan "kendine güvenli yaklaşım" ve "iyimser yaklaşım" arasında negatif doğrultuda anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Çizelge 3.8.). PKDÖ'nün "kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri" alt boyutu haricindeki diğer alt boyutları ve toplam PKDÖ açısından "kendine güvenli yaklaşım" ve "iyimser yaklaşım" kullanımı arttıkça gebeliğe uyum artmaktadır.

PKDÖ'nün "eşi ile ilişkisinin durumu" alt boyutu ile SBTÖ'nün "sosyal desteğe başvurma" alt boyutu puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,030$; Çizelge 3.8.). "Sosyal desteğe başvurma" yaklaşımı arttıkça "eşi ile ilişkisinin durumu" açısından gebeliğe uyum artmaktadır.

PKDÖ'nün "gebeliğin kabulü", "annelik rolünün kabulü", "eşi ile ilişkisinin durumu", "doğum korkusu", "kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri" alt boyutları ve toplam PKDÖ ile SBTÖ'nün "çaresiz yaklaşım" puan ortalamaları arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Çizelge 3.8.). Stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerden olan "çaresiz yaklaşım" kullanımı arttıkça PKDÖ'nün "gebeliğin kabulü", "annelik rolünün kabulü", "eşi ile ilişkisinin durumu", "doğum korkusu", "kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri" alt boyutları ve toplam PKDÖ açısından gebeliğe uyum azalmaktadır.

PKDÖ'nün "annelik rolünün kabulü", "eşi ile ilişkisinin durumu", "kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri" ve toplam PKDÖ puan ortalamaları ile SBTÖ'nün "boyun eğici yaklaşım" puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.8.). Stresle başa çıkmada etkisiz

yöntemlerden olan “boyun eğici yaklaşım” kullanımı arttıkça PKDÖ’nün “annelik rolünün kabulü”, “eşi ile ilişkisinin durumu”, “kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri” ve toplam PKDÖ açısından gebeliğe uyum azalmaktadır.

Öneriler

Bir kamu hastanesinde HG nedeniyle hastaneye yatan gebelerin gebeliğe uyum ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- HG tanısı alan gebelerin, özellikle yaşayan çocuk/çocukları olan, plansız gebelik yaşayan HG’li gebelerin gebeliğe uyum sağlamasına yardımcı olunması,
- HG’de stresle baş etmede etkili yöntemlerin belirlenmesi ve buna yönelik hemşirelik girişimlerinin yapılması,
- Stresle başa çıkmada hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendirecek çalışmaların yapılması,
- Gebelik süresince HG’li kadınların sosyal destek düzeylerinin geliştirilmesinin sağlanması,
- HG tanısı alan gebelerde gebeliğe uyumu etkileyebileceği düşünülen farklı durumların araştırılması önerilmektedir.

ÖZET

Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Gebeliğe Uyum ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi

Bu araştırma, hiperemesis gravidarum tanısı alan gebelerin gebeliğe uyum ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma 18. 07. 2015- 11. 11. 2015 tarihleri arasında Ankara ilinde bulunan bir kadın sağlığı eğitim ve araştırma hastanesinde yürütülmüştür. Veriler HG tanısı ile yatan, 18 yaş ve üzerinde olan, HG dışında başka bir gebelik komplikasyonu ve kronik hastalığı bulunmayan, psikiyatrik sorunu olmayan, sözel iletişime açık, gönüllü, çoğul gebeliği olmayan 160 gebeden toplanmıştır. Araştırma için Etik Kurul onayı ve gerekli izinler alınmıştır.

Verilerin toplanmasında, Tanıtıcı Bilgi Formu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) kullanılmıştır. Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu kolmogorov smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Çoklu grup karşılaştırılmasında ANOVA testi, post hoc test olarak bonferoni testi kullanılmıştır. İki grup karşılaştırmalarında t testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin değerlendirilmesinde pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin %40,6'sının 24 yaş ve altı, %62,5'inin ortaöğretim mezunu, %87,5'inin sosyal güvencesinin olduğu, %71,8'inin gelirinin giderine eşit olduğu, %82,5'inin çalışmadığı, %70,6'sının çekirdek aile tipine sahip olduğu ve %70,0'ının il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Gebelerin eşlerinin %50,6'sının 30 yaş ve üzeri olduğu, %52,5'inin ortaöğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Gebelerin %48,1'inin ilk gebeliği, %64,3'ünün 2 yıldan fazla gebelik aralığı olduğu, %60,0'ının yaşayan çocuğunun olmadığı ve gebeliklerin %72,5'inin planlı olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada PKDÖ puan ortalaması $173,3 \pm 35,8$, SBTÖ alt boyutları puan ortalamaları; “ kendine güvenli yaklaşım” $14,5 \pm 4,5$, “iyimser yaklaşım” $10,1 \pm 3,1$, “sosyal desteğe başvurma” $7,4 \pm 2,2$, “ çaresiz yaklaşım” $11,6 \pm 4,8$ ve “boyun eğici yaklaşım” için $8,1 \pm 3,6$ olarak saptanmıştır.

Toplam PKDÖ puan ortalamaları ile stresle başa çıkmada etkili yöntemlerden olan “kendine güvenli” ($r = -0,403$, $p < 0,001$) ve “iyimser yaklaşım” ($r = -0,372$, $p < 0,001$) arasında negatif doğrultuda anlamlı bir ilişki saptanırken, etkisiz yöntemler olan “çaresiz” ($r = 0,293$, $p < 0,001$) ve “boyun eğici yaklaşım” ($r = 0,196$, $p = 0,013$) arasında pozitif doğrultuda anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Etkili yöntemlerden olan “kendine güvenli” ve “iyimser yaklaşım” kullanımı arttıkça gebeliğe uyum artmakta, etkisiz yöntemlerin kullanımı arttıkça gebeliğe uyum azalmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Hiperemesis gravidarum, Gebeliğe uyum, Stresle başa çıkma

SUMMARY

Determination of Adapting to Pregnancy and Coping Styles with Stress of Pregnant Diagnosed of Hyperemesis Gravidarum

This research has been done as a descriptive in order to determine of adapting to pregnancy and coping styles with stress of pregnant diagnosed of hyperemesis gravidarum.

The study was conducted between 18.07.2015-11.11.2015 in a hospital of women's health education and research in Ankara. Data has collected from 160 pregnant women hospitalized with a diagnosed of hyperemesis gravidarum, 18 years and above, without any pregnancy complications except hyperemesis gravidarum and without chronic disease, non-psychiatric problems, open verbal communication, volunteer and non-multiple pregnancies. Ethics Committee approval and the necessary permits are obtained for this research.

Information Form, Prenatal Self Evaluation Questionnaire and Ways of Coping with Stress Inventory (WCSI) are used to collect of data. Number, percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum values are used to define of data. The suitability of the normal distribution of data is evaluated with Kolmogorov-Smirnov test. ANOVA test is used for multiple group comparison, bonferroni test is used as a post hoc test. t test is used for comparison of two groups. Pearson correlation test is used for the evaluation of the relationship between variables.

Pregnant participating in the study are determined to be 40,6% of 24 years and under 62,5% of secondary school graduates, 87,5% of have social security, 71,8% of equal to the expense of revenue, 82,5% of unemployed, 70,6% of owned nuclear family type and 70,0% of lived in the city center. The husband of the pregnant are determined to be 50,6% of 30 years and above, 52,5% of secondary school graduates. Pregnant is determined 48,1% of the first pregnancy, 64,3% of that pregnancy interval more than 2 years, 60,0% of had no living children and 72,5% of pregnancies that are planned.

It is found to be PSEQ average score of $173,3 \pm 35,8$, WCSI subscales mean scores; “self-confident approach” to $14,5 \pm 4,5$, “optimistic approach” to $10,1 \pm 3,1$, resorting to “social support” $7,4 \pm 2,2$, “helpless approach” to $11,6 \pm 4,8$ “submissive approach” to $8,1 \pm 3,6$ in this study.

The effective methods to cope with stress with total PSEQ average score between “self-confident” ($r = -0,403$, $p < 0.001$) and “optimistic approach” ($r = -0,372$, $p < 0.001$) is detected a significant relationship in the negative direction, the ineffective methods between “helpless” ($r = 0,293$, $p < 0.001$) and “submissive approach” ($r = 0,196$, $p = 0.013$) is detected a significant relationship in the positive direction. While the use of “self-confident” and “optimistic approach” that the effective methods increases, adapt to pregnancy increases; and while the use of ineffective methods increases, adapt to pregnancy decreases.

Keywords: Hyperemesis gravidarum, Adapting to pregnancy, Coping with stress

KAYNAKLAR

- AKBAŞ E, VIRİT O, KALENDEROĞLU A, SAVAŞ AH, SERTBAŞ G (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **45**: 85-91.
- BALTAŞ Z, BALTAŞ A (2013). Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi. İstanbul. 32. Baskı, s.: 23-43.
- BAYIK A, ÖZSOY ALTUĞ S, ARDAHAN M, ÖZKAHRAMAN Ş, İZ BAŞALAN F (2006). Kadınların stres verici yaşam olaylarıyla karşılaşma durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **9(2)**: 1-12.
- BEJİ KIZILKAYA N (2015). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul.
- BEYDAĞ KD, METE S (2008). Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11(1)**: 16-24.
- BEZİRCİOĞLU İ, ELVEREN HB, BALOĞLU A, BİÇER M (2011). The positivity of helicobacter pylori stool antigen in patients with hyperemesis gravidarum. *J Turkish-German Gynecol Assoc*, **12**: 71-4.
- CARPENITO-MOYET LJ (2013). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Ed.: Erdemir, F. Nobel tıp kitabevi.
- CASHION K (2004). Endocrine and Metabolic Disorders. Maternity&Women's Health Care, Ed.: Lowdermilk, D.L., Perry, S. Mosby. Chapter 32, 8th ed, p.: 898-900.
- CEVRİOĞLU AS, ALTİNDİŞ M, YILMAZER M, FENKÇİ İV, ELLİDOKUZ E, KÖSE S (2004a). An efficient and non-invasive method for investigating *helicobacter pylori* in gravida with hyperemesis gravidarum: *Helicobacter pylori* stool antigen test. *J Obstet Gynaecol Res*, **30**: 136-141.
- CEVRİOĞLU AS, KOÇAK İ (2004b). Hiperemesis gravidarum: Tanı ve tedavide güncel yaklaşımlar. *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, **8**: 203-210.
- CHOU FH, AVANT KC, KUO SH, FETZER SJ (2008). Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning and psychosocial adaptation in a sample of mothers: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, **45(8)**: 1185-1191.
- COŞKUN MA (2012). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Koç Üniversitesi yayımları, 1. Baskı, s.: 178-179.

- DAĞLAR G, NUR N (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, **36**: 429-441.
- DE CHERNEY AH, NATHAN L, GOODWIN TM, LAUFER N (2010). Current Diagnosis And Treatment. Ed.: Tıraş, B.M. Bölüm 23. Güneş Tıp Kitabevleri. 10. Baskı, p.: 383-385.
- DEMİRBAŞ H, KADIOĞLU H (2014). Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **4(4)**: 200-206.
- DOBRUCALI A (2004). Gebelikte gastrointestinal sistem hastalıkları. Gastroenterolojide klinik yaklaşım sempozyum dizisi, No:38, s.: 215-228.
- DÖKMECİ F, ÜSTÜN YE, USTÜN Y, KAVAS GÖ, KOCATÜRK PA (2004). Trace element status in plasma and erythrocytes in hyperemesis gravidarum. *Journal of Reproductive Medicine*, **49**: 200-204.
- EGE E, ERYILMAZ G (2000). Erken gebelik dönemi bulantı ve kusması olan gebelerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **3(1)**: 1-8.
- ELKİN N (2015). Gebelerin stresle başa çıkma tarzları ve bunları etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **8(1)**: 22-31.
- FOLKMAN S (2010). Stress, coping and hope. *Psycho-Oncology*, **19**: 901-908.
- GÜLEÇ D, ÖZTÜRK R, ŞEN S, GÜNERİ SE (2014). Hiperemesis gravidarum ve sağlıklı gebeliklerde psikolojik semptomların karşılaştırılması: bir olgu-kontrol çalışması. *Gaziantep Med J*, **20(2)**: 136-140.
- GÜMÜŞDAŞ M, APAY EJDER S, ÖZORHAN EY (2014). Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *HSP*, **1(2)**: 32-42.
- HACKER NF, MOORE JG, GAMBONE JC (2004). Obstetrik ve Jinekolojinin Temelleri. Ed.:Üstün, C., Koçak, İ. Nobel Tıp Kitabevleri, 4. Baskı, p.: 227-228.
- İSBİR GG, METE S (2013). Experience with nausea and vomiting during pregnancy in turkish women based on roy adaptation model: A content analysis. *Asian nursing research* 7, p.: 175-181.
- KARABULUTLU E, TAN M, ERDEM N, OKANLI A (2004). Hemodiyaliz hastalarında stresle baş etme ve sosyal destek. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **8**: 56-66.

- KENDER EE, GER C, YÜKSEL G, ÖZER Ü (2015). Hiperemesis gravidarum nedeniyle kadın doğum servisinde yatan hastalarda yeme tutumları, depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, **28**: 119-126.
- KOÇAK İ, AKÇAN Y, USTUN C, DEMİREL C, CENGİZ L, YANIK F (1999). *Helikobacter pylori* seropositivity in patients with hyperemesis gravidarum. *Int J Gynecol Obstet*, **66**: 251-254.
- KOCH KL, STERN RM, VASEY M, BOTTI JJ, CREASY GW, DWYER A (1990). Gastric dysrhythmias and nausea of pregnancy. *Dig Dis Sci*, **35(8)**: 961-968.
- KÖKEN G, COŞAR E, ŞAHİN FK, ARIÖZ DT, YEŞİLDAĞER E, YILMAZER M (2009). Erken gebelikte bulantı kusmaya etki eden faktörler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, **6(2)**: 92- 96.
- KUO SH, WANG RH, TSENG HC, JIAN SY, CHOU FH (2007). A comparison of different severities of nausea and vomiting during pregnancy relative to stress, social support and maternal adaptation. *Journal of Midwifery & Women's Health*, **52(1)**: e1-e7.
- LACASSE A, REY E, FERREIRA E, MORIN C, BERARD A (2008). Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life? *BJOG*, **115**: 1484-1493.
- LAU Y, WANG Y, KWONG DK, WANG Y (2015). Testing direct and moderating effects of coping styles on the relationship between perceived stress and antenatal anxiety symptoms. *J Psychosom Obstet Gynecol*, **36(1)**: 29-35.
- LEVENO KJ, CUNNINGHAM FG, ALEXANDER JM, BLOOM SL, CASEY BM, DASHE JS, SHEFFIELD JS, ROBERTS SW (2010). Williams Obstetrik El Kitabı. Gebelik Komplikasyonları. Ed.: Önderoğlu, L.S. Güneş Tıp Kitabevleri. 20. Baskı, s.: 321-323.
- LEYLEK OA, TOYAKSI M, ERCELSAN T, DÖKMETAS S (1999). Immunologic and biochemical factors in hyperemesis gravidarum with or without hyperthyroxinemia. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, **47**: 229-234.
- LONDON ML, WIELAND LADEWIG PA, BALL JW, BINDLER RC, COWEN KJ (2011). Maternal & Child Nursing Care. Pregnancy at Risk: Gestasyonel Problems. Chapter 16, p.: 336-339.
- MINAGAWA M, NARITA J, TADA T, MARUYAMA S, SHIMIZU T, BANNAI M, OYA H, HATAKEYAMA K, ABO T (1999). Mechanisms underlying immunologic states during pregnancy: possible association of the sympathetic nervous system. *Cell Immunol*, **196**: 1-13.

- MCCARTHY FP, KHASHAN AS, NORTH RA, MOSSMORRIS R, BAKER PN, DEKKER G, POSTON L, KENNY LC (2011). A prospective cohort study investigating associations between hyperemesis gravidarum and cognitive, behavioural and emotional well-being in pregnancy. *PLoS ONE*, **6(11)**: e27678.
- MCCORMACK D, SCOTT-HEYES G, McCUSKER CG (2011). The impact of hyperemesis gravidarum on maternal mental health and maternal-fetal attachment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, **32(2)**: 79- 87.
- MEIGHAM M, WOOD AF (2005). The impact of hyperemesis gravidarum on maternal role assumption. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **34(2)**: 172-179.
- MUTLUGÜNEŞ E, METE S (2013). Bulantı kusma ile annelik rolü ve gebeliğin kabulü arasındaki ilişki, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, **2(1)**: 8-14.
- NELSON-PIERCY C (2003). Sistemik Hastalıklar ve Gebelik. Ed.:Üstün, C., Koçak, İ. Bölüm 12, p.: 218-220.
- OSKAY YEŞİLTEPE Ü (2004). Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi*, **12(1)**: 11-6.
- ÖLÇER Z, OSKAY Ü (2015). Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **12(2)**: 85-92.
- ÖZBAŞAR D (2002). Gebelik Bulantı ve Kusmaları. Gebelik ve Sistemik Hastalıklar. Ed.:Yamaç, K., Gürsoy, R., Çakır, N. İstanbul: Medikal Nobel. Bölüm 38, s.: 526-531.
- ÖZEN O, MİHMANLI V, ÇETİNKAYA N, YUMUŞAK R, ÇİFTÇİ Y, GÖKÇEN İ (2013). Hiperemesis gravidarumlu gebelerde anksiyete ve depresyon ilişkisi ve sıklığının değerlendirilmesi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, **29(3)**: 143-146.
- POURSHARIF B, KORST LM, FEJZO MS, MACGIBBON KW, ROMERO R, GOODWIN TM (2008). The psychosocial burden of hyperemesis gravidarum. *J Perinatol*, **28(3)**: 176- 81.
- QUINLAN JD, HILL DA (2003). Nausea and vomiting of pregnancy. *American Family Physician*, **68(1)**: 121-28.
- RICCI SS (2007). Essentials of Maternity, Newborn and Women's Health Nursing. Lippincot Williams & wilkins, p.: 246-249.
- ROWSHAN A (2015). Stres Yönetimi. Ed.: Cüceloğlu, Ş. Aura kitapları. 3. Baskı, s.: 9-20.
- SAUNDERS RB (2004). Maternity care during pregnancy. Maternity& Women's Health Care. Ed.: Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. Mosby. 8nd Ed. Chapter 16, p.: 397-401.

SIMPSON KR, CREEHAN PA (2008). Association of Woman's Health, Obstetric and Neonatal Nursing (AWHONN). Perinatal nursing. 3rd Ed. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. Chapter 4, p.: 80-83.

SIVA A (1988). SBÖ ve KKÖ faktör analizi ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış veri.

SUCU M (2009). Gebelikte bulantı kusması olan kadınların hastaneye yatış endikasyonunun belirlenmesinde PUQE (pregnancy – unique quantification of emesis and nausea) skorlaması ile fizik muayene bulguları ve laboratuvar sonuçlarının karşılaştırılması, Adana, T.C.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2009; 7-9.

SYMONDS LM (2009). Abnormality of Early Pregnancy. Myles Textbook for Midwives. Ed.: Fraser, D.M., Cooper, M.A. Elsevier. 15nd Ed, Chapter 19, p.: 325-327.

ŞAHİN NH, DURAK A (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, **10(34)**: 56-73.

TAŞKIN L (2011). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara. 10. Baskı.

TOLA EN (2014). Hiperemesis gravidarumda tedavi modelleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, **5(2)**: 72-76.

TÜRK PSİKOLOGLAR DERNEĞİ (2014). Stresle Etkili Başa Çıkma Yöntemi: Gevşeme Egzersizleri, s.: 5-14.

TÜRKÜM AS (1999). Stresle başa çıkma ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, **2(18)**: 25-34.

VERBERG MFG, GILLOTT DJ, AL-FARDAN N, GRUDZINSKAS JG (2005). Hyperemesis gravidarum, a literature review. *Human Reproduction Update*, **11(5)**: 527-539.

WIELAND LADEWIG PA, LONDON ML, DAVIDSON MR (2006a). Contemporary Maternal-Newborn Nursing Care. Pearson. 6nd Ed, p.: 332-333.

WIELAND LADEWIG PA, LONDON ML, DAVIDSON MR (2010b). Contemporary Maternal-Newborn Nursing Care. Pearson. 7nd Ed, p.: 345-346.

YANIKKEREM E, İLDAN ÇALIM S, GÖKER A, ORUÇ KOLTAN S, KOYUNCU FM (2012). Hiperemesis gravidarum'lu gebelerin hastalıkları hakkında düşünceleri ve gereksinimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, **1(4)**: 269-280.

YEKENKUNRUL D, METE S (2012). Gebelikte bulantı kusma, evlilik uyumu ve eş ilişkisi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *DEUHYO ED*, **5(3)**: 89-95.

YILMAZ DERELİ S, BEJİ KIZILKAYA N (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, **20(3)**: 99-108.



EKLER

EK-1 Onam Formu

ONAM FORMU

Çalışmanın Başlığı: Hiperemezis gravidarum tanısı alan gebelerin gebeliğe uyum ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi

Araştırmacılar: Ayşe BULUT, Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR (Tez Danışmanı)

Yukarıdaki araştırmacılar tarafından “Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Gebeliğe Uyum ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi” konulu bir çalışma planlanmıştır. Araştırma; Ankara’da yer alan Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yatan hiperemezis gravidarum tanısı alan hastalar üzerinde gebeliğe uyum ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla yapılacaktır.

Bu çalışma hastalar üzerinde herhangi bir ruhsal ya da fiziksel rahatsızlık yaratmayacaktır. Hastalar araştırmacı tarafından sorulan sorulara yanıt verecek ve araştırmacı tarafından verilen anketi dolduracaktır. Araştırmadan elde edilen veriler bilimsel çalışmalarda kullanılabilecektir.

Araştırmaya katılmayı kabul edeceğiniz takdirde size Tanıtıcı Bilgi Formu, 30 maddeden oluşan Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, 79 maddeden oluşan Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği doldurtulacaktır.

Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz ve bu çalışmaya katılmazsanız sizinle ilgili tıbbi özende bir değişiklik olmayacaktır.

Bu çalışma konusunda sorularım yanıtlandı ve yukarıda yer aldığı gibi yeterince aydınlatıldım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde istediğim zaman araştırmadan ayrılacağımı bildirmek üzere araştırmacıyı arayabileceğimi biliyorum. Gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum.

Tarih :

Katılımcının Adı-Soyadı ve İmzası :

Araştırmacının Adı-Soyadı ve İmzası: Ayşe BULUT

Çalıştığı Kurum :Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi

Tel. No : 0505 4811543

EK-2 Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı, araştırmamız Hiperemesis Gravidarum tanısı ile yatan gebelerin gebeliğe uyum ve stresle baş etme tarzlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmada kullanılan veri toplama formlarının uygulama süresi yaklaşık 15-20 dakika sürecektir. Soruları içtenlikle cevaplamanız bu araştırma sonuçlarının doğruluğu ve güvenilirliği açısından çok önemlidir. Toplanan veriler sadece araştırma amaçları için kullanılacaktır. Araştırmayı kabul etmeniz halinde, anket üzerinde kimliğinizle ilgili bilgi belirtmeniz gerekmemektedir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

1. Yaşınız?

.....

2. En uzun yaşadığınız yerleşim birimi?

- 1) İl 2) İlçe 3) Belde/ Kasaba/ Köy

3. Eğitim durumunuz?

- 1) İlköğretim 2) Ortaöğretim 3) Üniversite ve üstü

4. Aile tipiniz?

- 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile

5. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- 1) Gelir gidere eşit 2) Gelir giderden fazla 3) Gelir giderden az

6. Şu anda gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

7. Sosyal güvenceniz var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

8. Eşinizin yaşı?

.....

9. Eşinizin eğitim durumu?

- 1) İlköğretim 2) Ortaöğretim 3) Üniversite ve üstü

10. Kaçıncı gebelik haftasındasınız?

.....

11. Bu kaçınıcı gebeliğiniz?

.....

12. Bir önceki gebelikle bu gebelik arasında geçen süre?

.....

13. Şimdiki gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

- 1) Evet 2) Hayır

14. Düşük deneyiminiz var mı?

- 1) Yok 2) Var (Sayı:.....)

15. Küretaj deneyiminiz var mı?

- 1) Yok 2) Var (Sayı:.....)

16. Yaşayan çocuğunuz var mı?

- 1) Yok 2) Var (Sayı:.....)

EK-3 Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Türkçe Formu

Aşağıdaki ifadeler hamile kadınlar tarafından oluşturulmuştur. Her ifadeyi okuyarak hangi yanıtın sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığına karar verin. Daha sonra her ifadeye uygun gelen seçeneği işaretleyin.

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
1. Gebe olmak için iyi bir zaman.				
2. Anne-babaları, çocukları ile birlikteyken izlemek hoşuma gidiyor.				
3. Gebeliğim süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıklarım üstesinden gelebilirim.				
4. Eşimle doğacak bebeğimiz hakkında konuşuyoruz.				
5. Eşim gebeliğim süresince beni eleştirdi.				
6. İçimde bir çocuk büyütmenin bir ödül olduğunu düşünüyorum.				
7. Doğum konusunda çok şey bilmem gerektiğini düşünüyorum.				
8. Ağrı ile baş edebilirim				
9. Gebeliğim nedeniyle meydana gelen değişikliklere alışmakta zorlanıyorum.				
10. Üzgün olduğumda eşim bana anlayış gösterir.				
11. Stresli olduğum zaman bu durumun üstesinden gelebilirim.				
12. Doğumumun sağlıklı bir şekilde ilerleyeceğini düşünüyorum.				
13. Doğuma hazırlanmak için yapabileceğim çok az şey var.				
14. Annem doğacak olan bebeğimle ilgileniyor.				
15. Birçok durumda sakinliğimi koruyabileceğime inanıyorum.				
16. Bebeğimin sağlıklı olmayacağı konusunda endişelerim var.				
17. Ne zaman ağrı yaşasam bunun en kötü şey olduğunu düşünürüm.				
18. Doğumun, sonu olduğunu bilmek benim kendimi kontrol etmeme yardım edecektir.				
19. Bebeğime bakmayı dört gözle bekliyorum.				
20. Annem gebe olmamdan mutlu.				
21. Annem yararlı önerilerde bulunur.				
22. Gebeliğimden zevk alıyorum.				
23. Eşim benimle gebeliğim hakkında konuşmayı seviyor.				
24. Doğum sırasında yaşayacaklarım konusunda iyi şeyler düşünüyorum.				

EK-3 Devamı

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
25. Doğum sırasında ağrılarım olduğunda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
26. Bir an önce doğum yapmayı istiyorum.				
27. Doktor ve hemşirelerin doğum sırasındaki sorunlarımla ilgilenmemesinden korkuyorum.				
28. Annemle problemlerim hakkında rahatlıkla konuşabiliyorum.				
29. İyi bir anne olup olamayacağım konusunda kuşkuvarım var.				
30. Sık sık bebekte olabilecek sorunları düşünüyorum.				
31. Annem torununu sabırsızlıkla bekliyor.				
32. Hamile olmaktan memnunum.				
33. Etrafımda çocukların olması hoşuma gidiyor.				
34. Çocuk bakımı ile diğer sorumluluklarımı ve işlerimi dengelemem zor olacak.				
35. Eşim, ihtiyaç duyduğumda ev işlerinde yardım eder.				
36. Gebelik süresince cinsel hayatımızdaki değişiklik konusunda, eşimle konuşmakta zorlanırım.				
37. Annem yanımda olduğunda kendimi iyi hissediyorum.				
38. Doğumda iyi olmak için kendi kendimi hazırlıyorum.				
39. Doğum sırasında kontrolümü kaybedeceğimden eminim.				
40. Doğumum sırasında eşimin bana destek olacağına inanıyorum.				
41. Doğumda bana kötü şeyler olabileceğinden korkuyorum.				
42. Bebek bakımının o kadar da eğlenceli olmadığını düşünüyorum.				
43. Eşim duygularım ve sorunlarımla onu sıktığımı düşünüyor.				
44. Annem ve ben ne zaman bir araya gelsek tartışırız.				
45. Bebeğe yeterli dikkati / özeni göstermek benim için zor olacak.				
46. Bebeğin, bana bir yük olacağını düşünüyorum.				
47. Doğumda olacıklara kendimi hazır hissediyorum.				
48. Doğumda kendi kendime yardımcı olabilmek için yapabileceğim bazı şeyler biliyorum.				
49. Doğum zamanı geldiğinde, ağırlı olsa bile tüm gücümle ıknabilirim.				
50. Nasıl bir anne olmak istediğim konusunu düşünüyorum.				
51. Doğumda oluşabilecek sorunlar hakkında endişelerim var.				
52. Doğum stresinin benim baş edebileceğimden çok daha fazla olacağını düşünüyorum.				
53. Doğum sırasındaki rahatsızlıklara dayanabilirim.				

EK-3 Devam

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
54. Bebek bakımı için ayırdığım zaman nedeniyle kendime çok az zaman kalacağından endişeliyim.				
55. Kendimle ilgili şüphelerim olduğunda annem beni rahatlatır.				
56. Doğum hakkında yeterli bilgim olduğumu düşünüyorum.				
57. Doğum sırasında bazı şeylerin kötü gitmesinden korkuyorum.				
58. Bu hamileliği kabul etmek benim için zor.				
59. Annem bildiğim şekilde davranmam konusunda beni destekliyor.				
60. Eşimin gebeliğim süresince cinsel hayatımızla ilgili benimle konuşabileceğini düşünüyorum.				
61. Şimdiye kadar bu gebelikle ilgili her şey iyiydi.				
62. Bebeğe şuan sahip olmayı istemezdim.				
63. Doğumda bebeğimi kaybetmekten korkuyorum.				
64. Doğumda kontrolümü kaybedersem, yeniden kontrolümü sağlamakta zorlanırım.				
65. Annem kararlarımı eleştirir.				
66. Bu gebeliğe uyum sağlamak konusunda sorun yaşıyorum.				
67. Bebeğimin bana benzememesinden korkuyorum.				
68. Doğumda olabilecek bütün kötü olayları aklımdan geçiriyor.				
69. Bu hamilelik benim için bir hayal kırıklığı oldu.				
70. Bebeğin bakımını paylaşmak konusunda eşime güvenebilirim.				
71. Normal doğum yapacağım konusunda kendime güveniyorum.				
72. Doğumun doğal ve heyecan verici bir olay olduğumu düşünüyorum.				
73. Bebeğimi şimdiden sevmeye başladığım.				
74. Bu hamilelik benim için doyum verici.				
75. İyi bir anne olacağıma inanıyorum.				
76. Şuan hamile olmaktan üzüntü duyuyorum.				
77. Hamileliğin hoş olmayan bir çok yönü var.				
78. Bebeğimle olmaktan hoşlanacağımı hissediyorum.				
79. Hamile olduğum için mutluyum.				

EK-4 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

SBTÖ

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

<i>Bir sıkıntı olduğunda...</i>	<i>%0</i>	<i>%30</i>	<i>%70</i>	<i>%100</i>
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2- İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmaya çalışırım	()	()	()	()
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum	()	()	()	()
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	()	()	()	()
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10-Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum	()	()	()	()
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum	()	()	()	()
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım	()	()	()	()
15- Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16- Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19- Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	()	()	()	()
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()
21- Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	()	()	()	()
25- “Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	()	()	()	()
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim	()	()	()	()
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	()	()	()	()
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	()	()	()	()
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	()	()	()	()

EK-5 Etik Kurul Kararı



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli Birinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Karar No:5
Konu: Tez Çalışma Başvurusu

29/06/2015

EĞİTİM PLANLAMA ve KOORDİNASYON KURULU KARARI

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik A.B.D. Yüksek Lisans öğrencisi ve hastanemiz personeli Hemşire Ayşe BULUT'un "**Hiperemesis Gravidarum tanısı alan gebelerin gebeliğe uyum ve stresle baş etme tarzlarını belirlemek**" tanımlayıcı tez çalışma başvurusu görüşülmüş ve çalışmanın sorumlu eğitim görevlisi imzası ile kabulü; Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu tarafından uygun görülmüştür.

Doç.Dr.Suna OĞUZ
Eğitim Görevlisi/EPK Kurulu Üyesi

Doç.Dr.Nafiye YILMAZ
Eğitim Görevlisi/EPK Kurulu Üyesi

Doç.Dr. Dilek UYGUR
Eğitim Görevlisi/ EPK Kurulu Üyesi

Doç.Dr.Salim ERKAYA
EPK Kurulu Başkanı/Hastane Yöneticisi

EK-6 Kurum İzni

ANKARA ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 07/05/2015

Toplantı Sayısı : 11

Karar Sayısı : 142

142- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencilerinden **Ayşe Bulut**'un "Hiperemesiz Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Gebeliğe Uyum ve Stresle Baş Etme Tazlarının Belirlenmesi" başlıklı tezi ile ilgili 10/04/2015 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencilerinden **Ayşe Bulut**'un "Hiperemesiz Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Gebeliğe Uyum ve Stresle Baş Etme Tazlarının Belirlenmesi" başlıklı tezi, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
07/05/2015


Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

EK-7 Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

Kime: 'ayse7163@hotmail.com'

Kimden: **KERİME DERYA BEYDAG** (derya.beydag@okan.edu.tr)

Gönderme tarihi: 11 Mart 2015 Çarşamba 15:43:53

Kime: 'ayse7163@hotmail.com' (ayse7163@hotmail.com)

Merhaba Ayşe Hanım,

Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. İstemiş olduğunuz ölçeği ekte gönderiyorum. Ayrıca, ölçeğin kullanılmış olduğu çalışmaları da kaynak olması adına ekledim. Atatürk Üniversitesi Dergisinde yayımlanmış olan makalede ölçeğin alt boyutları ve puanlaması ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydag
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu
Öğretim Üyesi

Okan Üniversitesi Tuzla Kampüsü
34959 Akfırat-Tuzla / İSTANBUL

0 (216) 677 16 30 - 3849
0 (216) 677 16 47

Kime: derya.beydag@okan.edu.tr

Kimden: **AYŞE BULUT** (ayse7163@hotmail.com)

Gönderme tarihi: 10 Mart 2015 Salı 16:17:26

Kime: derya.beydag@okan.edu.tr (derya.beydag@okan.edu.tr)

Merhaba hocam ben Ayşe Bulut Ankara Üniversitesinde yüksek lisans yapıyorum. İzniniz olursa Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğini çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölçeği bana mail atabilerseniz çok sevinirim. Emeginize sağlık. Teşekkürler.

EK-8 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kullanım İzni

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Ölçek kullanım izni

aysegul durak (ayseguldurak@yahoo.com)

Kime: AYŞE BULUT

Kimden: **aysegul durak** (ayseguldurak@yahoo.com)

Gönderme tarihi: 01 Aralık 2014 Pazartesi 15:50:12

Kime: AYŞE BULUT (ayse7163@hotmail.com)

Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği'ni bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. iyi çalışmalar....

Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

Kime: ayseguldurak@yahoo.com

Kimden: **ayse7163@hotmail.com**

Gönderme tarihi: 01 Aralık 2014 Pazartesi 15:42:40

Kime: ayseguldurak@yahoo.com (ayseguldurak@yahoo.com)

Merhaba Hocam, Ankara Üniversitesinde yüksek lisans yapıyorum. Yapmış olduğunuz Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeğini izniniz olursa tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölçeği bana mail atarsanız çok sevineceğim. Elinize, emeğinize sağlık....

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Ayşe

Soyadı: BULUT

Doğum Yeri ve Tarihi: Şanlıurfa 07.12.1981

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durumu: Evli

İletişim Bilgileri (e-posta adresi / telefon): ayse7163@hotmail.com

Cep Tel: 0505 481 1543

II- Eğitim

Şanlıurfa Atatürk Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümü (1995-1999)

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (2002-2007)

Ankara Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans (2014- Halen)

III- Ünvanı

Ebe

Hemşire

IV- Mesleki Deneyimi

Şanlıurfa Doğum ve Çocuk Bakımevi (24.01.2001-18.04.2001)

Şanlıurfa Devlet Hastanesi (18.04.2001-31.10.2002)

Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
(12.11.2002-Halen)

V-Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI -Bilimsel İlgi Alanları

VII -Bilimsel Etkinlikleri

Diabetik Hasta Takibi Sempozyumu (2000)

Bilgisayar Eğitimi Programı (2002)

Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası (2003)

Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi (2004)

Temel Yönetim Becerileri Eğitimi (2009)

İngilizce Kursu (2010)

Kırıkkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon (2012)

Ebe ve Hemşireler İçin Acil Obstetrik Bakım Eğitimi (2014)

Temel İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi (2014)

