

## Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri

### Stress in High-Risk Pregnancies and Coping Methods

ZEYNEP ÖLÇER\*  
UMRAN OSKAY\*\*

Geliş Tarihi: 13.02.2014, Kabul Tarihi: 15.04.2015

#### ÖZ

Gebelik herhangi bir sağlık problemi olmasa bile biyolojik, fizyolojik ve psikolojik olarak stresli ve karmaşık bir süreçtir. Yüksek riskli gebeliklerde bu durum daha da belirgin ve şiddetlidir. Yüksek riskli gebelikte ortaya çıkan stresin anneye veya bebeğe ait sorunlar nedeniyle arttığı bilinmektedir. Gebe ve ailesi, yüksek riskli gebeliğin getirdiği kriz durumuyla baş etmek için, hem geçmişte kullandıkları baş etme mekanizmalarına başvurmak, hem de yeni baş etme yöntemleri öğrenmek zorundadır. Gevşeme egzersizleri, düşünme-yoga, biyofeedback, sosyal destek, masaj terapisi, akupunktur, müzik terapisi, maneviyatı güçlendirme stresle baş etmeye yardımcı olan yöntemler arasındadır. Gebelerin önceden kullandıkları baş etme yöntemlerinin tanımlanması ve etkili baş etme yöntemlerinin kullanılmasının öğretilmesi yüksek riskli gebelik nedeniyle oluşan stresin giderilmesine katkı sağlayacaktır. Bu derleme makalede sağlık çalışanlarına yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri konusunda bilgi vererek konuya farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır. Böylece hizmet sunanlar yüksek riskli gebelikte stresörlerin farkında olacak, uygun stresle baş etme tekniklerinin kullanılmasını sağlayarak anne ve bebeğin sağlık sonuçlarının daha iyi olmasına önemli katkı verecektir.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik; stres; stresle baş etme yöntemleri; yüksek riskli gebelik.

#### ABSTRACT

Pregnancy is a stressful and complicated process biologically, physiologically and psychologically even if there are no health problems involved. This situation is more significant and severe in high-risk pregnancies. Stress occurring in high-risk pregnancies is known to increase because of maternal or fetal problems. In order to cope in crisis situations brought on by high-risk pregnancies, pregnant women and their families must refer to coping mechanisms they used in the past and also learn new techniques. Relaxation exercises, guided imagery-yoga, biofeedback, social support, massage therapy, acupuncture, music therapy, and spirituality are some methods of coping with stress. Identifying the various coping methods pregnant women use and advancing the teaching of effective coping strategies will contribute to overcoming the stress. The aim of this review is to increase the awareness of stressors experienced by women in high-risk pregnancies and teaching coping strategies. The use of appropriate stress coping techniques can bring about better health outcomes for mother and baby, so health professionals should be more aware of stressors in high-risk pregnancies.

**Keywords:** Nursing; stress; coping with stress; high risk pregnancy.

\* Z Ölçer, Uzm. Ebe, Doktora Öğrencisi  
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:  
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi,  
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Abide-i Hürriyet Cad. 34381 Şişli - İstanbul  
Tel.: 0 212 440 00 00 / 27 135 Faks: 0 212 224 49 90  
e-posta: zeynepolcer@gmail.com

\*\* U Oskay, Doç. Dr.  
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın  
Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

**G**ebelik, fizyolojik bir süreç olmasına rağmen, fizyolojik ve psikososyal dengenin bozulması, aile ve iş yaşamındaki rollerin değişmesi, ebeveynlik rolüne uyum sağlamaya çalışma nedenleriyle gebe ve ailesi için biyo-psikososyal uyum gerektiren bir süreçtir.<sup>[1-5]</sup> Yüksek riskli gebelik annenin, fetüsün veya yenidoğanın yaşamını ve sağlığını tehlikeye sokan, hastalık ve ölüm riskini artıran, fizyolojik ve psikososyal durum olarak tanımlanmaktadır. Gebelikten önce sistemik hastalıkları olan gebelikler ve gebelik süresince gelişen plasental anomaliler, Rh uyumsuzluğu, erken membran rüptürü, preeklampsi, intrauterin büyüme geriliği, serviks yetmezliği gibi komplikasyonlu gebelikler yüksek riskli gebelik grubunda yer almaktadır.<sup>[2,6]</sup> Yüksek riskli gebeliklerde anneye veya bebeğe ait sorunlar nedeniyle yaşanan stres normal gebeliklere göre daha fazladır.<sup>[5]</sup> Yüksek riskli gebelikte stresörlerin farkında olunması uygun stresle baş etme yöntemlerinin kullanılması anne ve bebeğin sağlık sonuçlarının daha iyi olmasını sağlayabilir.<sup>[7]</sup> Bu makalede, yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri konusunda bilgi verilmesi ve sağlık çalışanlarının konuya yönelik farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır. Böylece hizmet sunanlar yüksek riskli gebelikte stresörlerin farkında olacak, uygun stresle baş etme tekniklerinin kullanılmasını sağlayarak anne ve bebeğin sağlık sonuçlarının daha iyi olmasına önemli katkı verecektir.

## Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler

Yüksek riskli gebelikte gebeliğin normal bir şekilde sonuçlanması ve sağlıklı bir bebeğin doğması tehdit altındadır.<sup>[8]</sup> Bu gebelerde karşılanması gereken çok çeşitli sağlık gereksinimleri olmaktadır. Eğer bu gereksinimler karşılanmazsa anne aşırı stres ve anksiyete yaşayabilir; bu da gebelik sonuçlarını olumsuz etkileyebilir.<sup>[1,8]</sup> Gebelikte yoğun stres yaşamak immün sistemin baskılanmasına, fetal doğum ağırlığının azalmasına ve erken doğum riskinin artmasına neden olmaktadır.<sup>[8]</sup> Wood ve arkadaşları<sup>[9]</sup> yaptığı çalışmada, iki ya da daha fazla hastalığa sahip gebelerin daha çok psikososyal stres yaşadığını ve doğum sonuçlarının daha olumsuz olduğunu bulmuştur. Bir başka çalışmada da üçüncü trimesterde fetüse ilişkin düşünce ve duygusal sıkıntı yaşamayan plasental kan akımını azalttığı saptanmıştır.<sup>[10]</sup> Weinstock<sup>[11]</sup> da anksiyetesi yüksek olan kadınlarda uterusu giden kan akımının bozulduğunu, anne ve bebekte plazma kortizol seviyelerinin arttığını belirlemiştir. Kan akımının bozulması ve plazma kortizol düzeyinin yükselmesi fetal beyin gelişimini etkileyebilir ve çocuğun ileriki yaşamında dikkat bozukluğu, sosyal davranış bozukluğu ve yüksek stres yaşamasına neden olabilir.<sup>[4,11]</sup> Yüksek riskli gebeliklerde stresörler şu şekilde sıralanabilir:

### Riskli Gebelik Tanısı Konulması

Yüksek riskli gebelikte gebe çok yönlü etkilenmektedir. Gebe kişilik yapısı, savunma mekanizması, ailesel ve sosyal destek sistemlerine bağlı olarak riskli gebeliğe değişik tepkiler gösterebilmektedir.<sup>[3,6,8,12]</sup> Yüksek riskli gebe tanısı konulduğunda, ge-

beliğin mutlu ve sağlıklı anne-bebek birlikteliğiyle sonuçlanma riski olduğundan gebe, gebeliğe psikolojik uyum sağlamak ve çıkan sorunlarla baş etmek zorunda kalır. Bu durum kendisini bir kadın ve bir anne olarak başarısız hissetmesine, annelik yeteneğine güvenmemesine ve düşük benlik saygısı yaşamasına yol açabilir. Gebe, hastalık, hastanede kalıyor ise, ayrılık, hastane kurallarına uymak zorunda olması gibi durumlar nedeniyle engellenme duygusu yaşar.<sup>[6]</sup> Bu duygusunu öfke, saldırganlık, korku, çaresizlik, içe dönüklük veya saplanma gibi davranışlarla sergileyebilir.<sup>[8,13]</sup>

### Gebeliğin Planlı/İstenen Bir Gebelik Olmaması

Gebeliğin istenme durumu gebenin stres yaşamasında önemli bir faktördür. İstenmeyen gebeliklerde fetus için zararlı olduğu bilinen davranışlarda bulunma, depresyon riski ve ebeveynlik ile ilgili stres, etkisiz baş etme, sigara ve ilaç kullanımı yüksek düzeyde bulunmuştur.<sup>[14,15]</sup> İstenmeyen gebelikler kadının yaşam olaylarını daha olumsuz algılamasına sebep olabilir, yaşamdaki olayları stresli olarak algılayan kadınların da doğum sonuçlarının olumsuz olduğu bilinmektedir.<sup>[15]</sup> Gebeliği istemeyen kadınların gelecekle ilgili plan yapma ve bunu uygulama olasılığının ve sosyal destek arayışının daha az olduğu bildirilmektedir.<sup>[16]</sup> Antenatal bakımlarda hemşirelerin kadınların gebeliği isteme durumlarını ve sosyal desteklerini değerlendirmesi uygun danışmanlık sağlamada ve kadınların sağlığının geliştirilmesinde gereklidir.<sup>[14]</sup>

### Gebelik Döneminde Tehlike Belirtilerinin Görülmesi

Gebenin yaşadığı stres faktörlerinden biri de kanama ya da ağrı gibi olumsuz fiziksel belirtilerin ortaya çıkmasıdır. Bu durumda gebenin güvenliği tehlikeye girdiğinden bebek için yapılacak hazırlıklara son verilebilir. Sorumlulukların tümü veya bir kısmı engellenir, neonatal dönemde bağlanma çok yavaş gerçekleşebilir. Anne veya yenidoğan doğumdan hemen sonra hastalanırsa erken temas gerçekleşmeyebilir.<sup>[8]</sup>

### Bebekle İlgili Olumsuz Durumların Ortaya Çıkması

Diğer bir stresör de beklenen bebeğin kaybedilmesidir. Bu durum travmatik ve tahrip edici olabilir.<sup>[13]</sup> Eğer bebekte bir anomali varsa ve bebeğin yaşayamayacağı biliniyorsa, gebe, bir yandan gebeliğin sonlandırılmamasını ve bebeğin yaşamasını isteme, bir yandan bebeğin acı çekmemesi, gereksiz tedavilerden kaçınılması ve her şeyin bitmesi gibi ikilemler yaşayabilir. Gebe bebeğin ölmesini istediği için korku ve suçluluk duyabilir, geleceğe yönelik ümitsizlik ve kötü düşünceleri olabilir. Bebekleri sağlıklı olan ebeveynlere karşı öfke ve kıskançlık duyabilir. Anne önceki gebeliği kaybetmiş, bu gebeliğe yüksek bir duygusal yatırım yapmış ve gebeliğini çevresine yeni duyurmuş ise, bebeği kaybetmesi durumunda daha uzun süre keder ve yas yaşayabilir.<sup>[8,13]</sup> Kendi öz bakımına yeterince önem vermemekten dolayı suçluluk duyabilir. Örneğin, prenatal vitaminlerini düzenli olarak almadığını, yeterince dinlenmediğini vs. düşünebilir.<sup>[8]</sup>

Bebekte genetik bir anomali varsa ya da bebek prematürite ise kadın stres ve suçluluk yaşayabilir.<sup>[8]</sup> Bebeğin bakımı konusunda da kendisini yetersiz ve çaresiz hissedebilir.<sup>[13]</sup>

## Hastanede Yatarak Tedavi Görmek

Yüksek riskli gebe için diğer bir stres kaynağı da hastanede yatmaktır.<sup>[11,12]</sup> Hasta olma ve hastaneye yatma gebenin yaşantısını çeşitli yönlerden etkiler; kaygısını artırır ve yaşam dengesini bozabilir. Hastane ortamı yabancı, korkutucu, endişe verici ve karmaşık bir ortamdır.<sup>[17]</sup> Gebenin yaşadığı stresörler, yalnızlık duygusunun artmasına neden olan evden, çocuğundan, aileden, arkadaşlardan ve destek veren diğer insanlardan ayrı kalma, alıştığı işlerden uzak kalma, yalnız başına uyuma, odayı başka bir hasta ile paylaşma, yabancı bir yatakta uyuma, bakım veren ekibin aceleci davranması, kontrol ve güç kaybı, mahremiyetin olmaması, başkalarına bağımlı olma, boş durmaktan sıkılma, tıbbi terimleri anlamaya çalışma, durumu hakkında çok az bilgi verilmesi, tanımadığı sağlık personeline kendisi ile ilgili bir şeyler söylemesi, ailenin fonksiyonundaki değişiklikler, evdeki aile bireyleriyle ilgili endişelenme ve hastane masraflarını düşünmedir.<sup>[11-3,6,8,12,18,19]</sup>

## Doğum İle İlgili Korkular

Yüksek riskli gebelerde doğum, doğumun güvenliği ve sonuçları ile ilgili korku diğer bir stresördür. Kadın doğumla baş etmede ve beklentilere karşılık verme konusunda sorunlar yaşayabilir. Doğumda ne olacağına dair belirsizlik, doğumun uzamasından korkma, fetal travma, sezaryen olasılığı ve doğum ağrısıyla ilişkili stres yaşayabilir.<sup>[7]</sup> Eğer gebe vajinal doğum yapmak istiyorsa ve tek güvenli yol olarak da sezaryen öneriliyorsa bu konuda çatışma yaşayabilir.<sup>[8]</sup> Xie ve arkadaşlarının<sup>[20]</sup> 2012 yılında yaptığı çalışmada yüksek riskli gebelerde doğumdan bir hafta önceki depresyon skorları yüksek bulunmuştur. Yüksek riskli gebenin ailesi de bebeğin sağlığı ile ilgili endişelenebilir, partneri eşini desteklemek ve yenidoğanın ihtiyaçlarını karşılamak konusunda sıkıntı yaşayabilir.<sup>[7,8,13]</sup>

## Adölesan Gebelikler

Adölesan gebeliklerde stresörler değerlendirildiğinde, akranların etkisi, evlenmeden çocuk sahibi olmasından dolayı dışlanma riski, utanma, okula devam edememe veya okuldan atılma gibi durumlar maternal stresi artıran faktörlerdendir.<sup>[7]</sup> Doğum da bu gebeler için bir stresördür. Eşlerinin yanı sıra, annelerinin de doğumda yanlarında olmasını isteyebilirler.<sup>[13,21]</sup> Adölesan babalar erişkin yaştakilere göre daha fazla desteklenmeye ihtiyaç duyabilirler.<sup>[13]</sup>

## Evlilikteki Sorunlar/Sosyal Destek Azlığı

Evlilikteki anlaşmazlıklar, düşük sosyal destek diğer stresörlerdendir.<sup>[7]</sup> Yüksek riskli gebeliklerde aile desteği, aile ilişkilerinin bozulması nedeniyle olmayabilir. Ailesi gebeyi

reddedebilir, eşi bebeğine sahip çıkmayabilir.<sup>[22]</sup> Sosyal destek eksikliği ve kadının çocuğu kendisinin büyütecek olması stresi artırır.<sup>[7]</sup> Suarez ve arkadaşlarının<sup>[23]</sup> 2003 yılında yaptığı çalışmada emosyonel desteği düşük olan kadınların daha fazla stres yaşadığı ve bu durumun nöral tüp defekti riskini artırdığını bulgulamıştır. Gümüüşdaş ve arkadaşlarının<sup>[24]</sup> yaptığı çalışmada da riskli gebelerin sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyduğu bulunmuştur. Yine evlilikteki sorunlar nedeniyle gebeliğin isteyerek sonlandırılmasına karar verilmesi gebenin yaşadığı strese ve yas sürecine yeni boyutlar getirir. Bu durumda gebe kendini suçlu hissedebilir. Gebelik sonlandırılırken bebek için ölüm zamanına karar verme, gebenin/ailenin kendi rahatlığını seçmesi, birilerinin ne yapacağını önermesiyle ilgili baskı hissi ya da işlem sırasında bebeğin acı çekeceğine inanma gibi karmaşık duygular yaşanabilmektedir.<sup>[8]</sup>

## Ekonomik Kaygılar

Gebenin yaşadığı stres düzeyini işle ilgili problemler ve ekonomik kaygılar da artırabilmektedir.<sup>[25,26]</sup> Gebe, gebelik komplikasyonlarından dolayı yatak istirahatine alınma, halsizlik, riskli durumundan dolayı işin gerektirdiklerini yerine getirememe ve işini kaybetme korkusu yaşayabilir.<sup>[7]</sup> Gebelik fiziksel kısıtlılık, ekonomik güçlük getiriyorsa ya da diğer çocukların bakımıyla ilgili annelik görevlerinde güçlük yaşanıyorsa çatışma ortaya çıkabilir.<sup>[8]</sup> Anne ve bebeğin bakımı, giysi, bebek bezi, bebek maması, başka çocuklar varsa onların bakımı veya okulu gibi maddi durumlarla ilgili anksiyete ortaya çıkabilir.<sup>[7]</sup> Carolan-Olah ve Barry<sup>[25]</sup> düşük riskli gebelerle yaptığı çalışmada ekonomik durumu kötü olan gebelerin antenatal stres, anksiyete ve depresif belirtilerini yüksek bulmuştur. Benzer şekilde Leigh ve Milgrom da<sup>[27]</sup> gelir düzeyi düşük gebelerde gebelik depresyonunun, gelir düzeyi iyi olanlara göre arttığını belirlemiştir.

## Doğumsonu Dönemle İlgili Sorunlar

Yüksek riskli gebelikler kadınları doğum sonu dönemde de etkilemektedir. Bu anneler ebeveynlikleriyle ilgili de sorunlar yaşayabilmektedir.<sup>[13,28,29]</sup> Rasmussen ve arkadaşları<sup>[30]</sup> yaptığı çalışmada, tip 1 diyabeti bulunan kadınlarda anneliğe geçiş sürecinde anksiyete artışı, diyabete ilişkin yoğun stres yaşama, suçluluk duygusu, sağlık profesyonelleriyle iletişim sorunu, gebeliğin tıbbi boyutuyla daha fazla ilgilenme ve anneliğe geçiş sürecinin olumlu duygularından yoksun kalma gibi çok çeşitli psikososyal sorunlar yaşandığını belirlemiştir. Buna karşın sağlık personeli ile ilişkide güven duyma, diğer kadınlarla deneyimlerin paylaşılması, sosyal desteğe sahip olma, kararların paylaşılması, hastalığın yönetiminde sorumluluk alınması gibi durumların anneliğe geçiş sürecini olumlu yönde etkilediği bulgulanmıştır. Yine riskli gebeliği olan annelerde postpartum dönemde duygulanım bozuklukları, depresyon, intihar girişimi ve olumsuz doğum sonuçları olasılığının arttığı bildirilmektedir.<sup>[29]</sup>

Yüksek riskli gebe yeni durumlara uyum göstermeye çabalarırken,

aynı zamanda temel insani gereksinimlerini de karşılama çabası içindedir. Profesyonel hemşire, mesleki yeterliliği ve kadının yanında, sürekli birlikte olma özelliği nedeniyle gereksinimlerin belirlenmesinde en uygun kişidir.<sup>[1,2]</sup> Hemşirelerin bunu anlaması, tüm aile üyelerinin içinde bulunduğu durumu değerlendirerek kadınlara yeterli bakım verebilmesi, bu stresörler ile baş etmede kullanılan mekanizmaların dikkatli bir şekilde saptanması, pozitif baş etme becerilerinin kazandırılması ve geliştirilmesi önemlidir.<sup>[3,6,12,18,31]</sup>

## Yüksek Riskli Gebelikte Stresle Baş Etme Yöntemleri

Gebe ve ailesinin, yüksek riskli gebeliğin getirdiği kriz durumuyla baş etmesi için hem geçmişte kullandıkları baş etme yöntemlerinin tanımlanıp kullanılması hem de yeni baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi gereklidir.<sup>[1,8,13]</sup> Ailenin stres ve krizle baş etme becerileri, pozitif iletişim, birlikte keyifli zaman geçirme, çevreden alınan yardım, manevi iyilik hali, gebenin yaşadığı durumla baş etmede önem taşımaktadır.<sup>[22,32]</sup> Daha önce gebelik kaybedilmişse hemşirenin gebenin o kayıptan sonra kullandığı baş etme yöntemlerini değerlendirmesi şimdiki gebelikte kullanılabilecek baş etme yöntemlerinin belirlenmesinde yararlı olacaktır.<sup>[1,8]</sup>

Gevşeme egzersizleri, solunum egzersizleri, fiziksel egzersiz, düşleme (katatimi), yoga, masaj terapisi, akupunktur, biyolojik geri bildirim, sosyal desteğin sağlanması, müzik terapisi, maneviyatı güçlendirme yüksek riskli gebelikte ortaya çıkan stresle baş etmede etkili baş etme yöntemlerindedir.<sup>[5,7,8,33-45]</sup>

### Gevşeme Egzersizleri

Stres olayında kaslar gerilir, kan basıncı ve kan şekeri yükselir, solunum artar. Gevşeme egzersizleri, bireyin bedeninde oluşan stresin tam karşıtı etki yapmakta, stresin neden olduğu aşırı fizyolojik uyarılmayı ve psikolojik etkileri azaltarak rahatlama sağlamaktadır.<sup>[33]</sup> Başarılı bir gevşeme egzersizi ile kişi kendini daha iyi hisseder, gerginlik ve anksiyete duygusu azalır, bedeni ve yaşamı üzerinde kontrol duygusu artar.<sup>[34]</sup> Gevşeme egzersizleri gebelikteki stresi azaltabilir.<sup>[7,34]</sup> Gevşeme egzersizlerinin gebelikte stres ve anksiyeteyi azaltmasının dışında kalp atım hızı ile kan basıncını düşürmesi gibi pek çok faydası bulunmaktadır.<sup>[34]</sup>

Gevşeme egzersizlerine başlamadan önce sakin bir ortam yaratılmalıdır. Hemşire gebeye rahat bir pozisyonda, kas gerginliği olmadan oturmasını veya uzanmasını, aklındaki tüm düşüncelerden uzaklaşmasını, bir kelime, ses veya bir objeye odaklanmasını söylemelidir.<sup>[1,32,46]</sup>

### Solunum Egzersizleri

Kalp ve akciğerlerin iyi çalışmasını sağlayan faktörlerden birisi de nefes almadır. Bu şekilde stresin yarattığı gerginlikler azaltılabilir.<sup>[34]</sup> Solunum egzersizleri hipertansiyon, yorgunluk

ve anksiyetenin azaltılmasında da yararlıdır.<sup>[47]</sup> Çeşitli solunum teknikleri (göğüs solunumu, karın solunumu gibi) vardır ve annenin gereksinimine göre uygulanabilirler. Solunum egzersizleri gevşeme ile birlikte kullanıldığında daha etkili olmaktadır.<sup>[35]</sup> Hemşireler solunum egzersizlerini gebelere öğretmeli, rahat bir biçimde oturarak veya uzanarak yavaş yavaş nefes almasını önermelidir.<sup>[33]</sup> Gebeye isteyken veya evdeyken öğlen uygun bir vakitte, akşam ve yatmadan önce solunum egzersizlerinin yapılmasının faydalı olacağı ve kendisini rahatlatacağı anlatılmalıdır.<sup>[7]</sup>

### Fiziksel Egzersiz

Düzenli yapılan fiziksel egzersiz kişinin bedensel ve ruhsal sağlığını olumlu etkileyerek stres karşısında direncini artırır. Fiziksel egzersiz, stres yaratan olaylara karşı gösterilen fizyolojik tepkileri düzenler, daha sakin kalmayı sağlar.<sup>[8]</sup> Egzersizin kalp hastalıkları riskini azalttığı, obezite, kanser ve diyabet gibi hastalıklara karşı koruma sağladığı, ayrıca anksiyete, depresyon ve öz güven üzerine etkileri olduğu bilinmektedir.<sup>[48,49]</sup> Gavard ve Artal'ın<sup>[50]</sup> yaptığı çalışmada egzersizin maternal sonuçlar üzerine etkisi (gestasyonel diyabet, preeklampsi, kilo artışı, fetal sonuçlar, doğum ağırlığı, doğum zamanı ve şekli) değerlendirilmiş, egzersizin maternal kilo alımını azaltarak uzun vadede yarar sağladığı, kardiyovasküler iyileşmede etkili olduğu belirlenmiştir. Egzersizin sezaryen insidansını azalttığı, hastanede kalış süresi ve doğumun aktif fazını kısalttığı, bel ağrısını azalttığı, beden imajını geliştirmede yardımcı olduğu belirtilmektedir.<sup>[48]</sup> Brun ve arkadaşları<sup>[51]</sup> çalışmalarında, yüksek riskli gebelik tanısı alan kadınlara müzik eşliğinde 30 dakika yatak içi egzersizleri yaptırmış; maternal kalp hızı, kan basıncı ve uterus kasılmaları değerlendirilmiştir. Bulgular egzersiz ile müdahale sonrasında anne kan basıncı veya uterus kasılmalarının sayısında hiçbir değişiklik olmadığını göstermiştir. Egzersizin, hastanede aktivite kısıtlamasının fizyolojik etkilerini hafifletmeye yardımcı olabileceği sonucuna varılmıştır.<sup>[51]</sup> Bu nedenle hemşire, kadını daha önce yaptığı bir egzersiz programı varsa devam etmesi, yoksa kademe kademe artırarak yapması konusunda cesaretlendirmelidir.<sup>[13]</sup> Anne adayını, şayet tıbbi bir engel durumu yok ise, mevcut sağlık durumuna en uygun fiziksel egzersiz doktorlara danışarak karar vermelidir.<sup>[49]</sup> Çünkü egzersiz erken membran rüptürü, erken doğum riski, ağır preeklampsi, hipertansiyon, kalp hastalığı, serviks yetmezliği gibi durumlarda zararlı etkiler yapabilir.<sup>[52]</sup>

### Düşleme (Katatimi) ve Yoga

Düşleme (katatimi), meditasyon ve yoga gibi relaksasyon tekniklerinin psikolojik stresi azalttığı, kalp hızı ve kan basıncı dahil olmak üzere kardiyovasküler sistem üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir.<sup>[36]</sup>

**Yoga:** Çok eskiden beri insanların fiziksel, zihinsel ve ruhsal iyiliklerinin sağlanması, anksiyete, depresyon, öfke ve stresin azaltılması, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için kullanılan

bütünsel bir yaklaşım, beden zihin ve ruhsal birleşmeyi içeren derin gevşeme uygulamasıdır.<sup>[37-39]</sup> Günümüzde rahatlatma yöntemi olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Stresi azaltırken canlılık ve esneklik kazandırır.<sup>[36]</sup> Hipertansiyon, kalp hastalıkları, astım, diyabet gibi kronik hastalıklardan korunmada ve bu hastalıkların yönetiminde kullanılabileceği belirtilmektedir.<sup>[37-39]</sup> Yüksek riskli gebeliklerde bile olumlu etkilerin alındığı bildirilmektedir.<sup>[4,38,39]</sup> Satyapriya ve arkadaşları<sup>[4]</sup> yaptıkları çalışmada 18-20. gebelik haftasındaki 122 gebeye günlük bir saatlik yoga programı uygulamıştır. Çalışma sonucunda yoganın algılanan stresi azalttığı ve bu nedenle de stresle ilişkili komplikasyonlardan korunmada etkili olduğu belirtilmiştir. Rakhshani ve arkadaşları<sup>[39]</sup> 12.-28. gebelik haftaları arasındaki 68 yüksek riskli gebe ile yaptığı çalışmada, 30 gebeye rutin bakıma ek olarak haftada üç kez bir saatlik yoga dersi vermiş; 38 gebe de rutin bakıma ek yürüyüş egzersizi yapmıştır. Yoga grubunda hipertansiyon, preeklampsi, gestasyonel diabetes mellitus, intrauterin gelişme geriliği, gebelik haftasına göre küçük bebek ve düşük Apgar skorlu bebek daha az görülmüştür. Yoganın hipertansiyon ile ilişkili komplikasyonları azaltabileceği sonucuna varılmıştır.

Gebelikte tedavi edilmeyen psikopatolojilerin yetersiz kilo alımı, preeklampsi, erken doğum gibi sağlık problemlerine yol açabileceği bilinmektedir. Muzik ve arkadaşları<sup>[38]</sup> psikiyatrik hastalık açısından riskli grupta olan (12-26. gebelik haftaları arasında depresyon skalasından yüksek puan alanlar) gebelerle farmakolojik tedaviye alternatif olarak yaptıkları yoga çalışmasında, yoganın depresyon semptomlarını azalttığını ve etkili bir yöntem olduğunu bulmuştur. Javnbakht ve arkadaşları<sup>[37]</sup> ise yaptığı çalışmada deney grubundaki kadınlara iki ay haftada iki kez 90 dakikalık yoga seansı uygulamıştır. Yoga grubunda anksiyete ve depresyon durumlarının azaldığı ve medikal tedaviye alternatif olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda hemşireler, gebelere stresle baş etmede yoga gruplarına katılmalarını tavsiye edebilirler.

**Düşleme (Katatimi):** Özellikle stresle baş etmede kullanılan, bir rehber eşliğinde bireylerin hayal gücünü kullanarak zihinsel görüntüler oluşturmasının sağlanmasıdır.<sup>[40,41]</sup> Görme, işitme, koklama, dokunma gibi duyuların kullanıldığı bilişsel bir süreçtir. Tüm bu duyular zihin ve bedende rejeneratif değişiklikler sağlanmasında yardımcı olur.<sup>[53]</sup> Düşlemenin depresyonun, anksiyetenin, stresle ilişkili semptomların azaltılmasında faydalı olabileceği belirtilmektedir.<sup>[53,54]</sup> Ayrıca, Abdoli ve arkadaşları<sup>[41]</sup> yaptığı çalışmada baş ağrısı şikayeti olan hastalarda düşleme ile müdahale sonrası baş ağrısının şiddeti, sıklığı ve süresinde azalma olduğunu belirlemiştir. Jallo ve arkadaşları<sup>[55]</sup> çalışmalarında ön test ve son test uygulaması yaparak hastanede yatan 19 gebeye düşlemenin (katatimi) maternal stres üzerine etkilerini incelemiştir. Ortalama stres ve sistolik kan basıncı düzeyleri düşleme sonrası daha düşük bulunmuştur. Düşleme ile müdahalenin gebelerdeki stresi azaltmada etkili olabileceği belirtilmektedir. Moffatt ve arkadaşları<sup>[54]</sup> yaptığı çalışmada, hipertansiyonu olan 69 gebe kadına düşleme ile girişimde bulunmuş; bunun anksiyete,

arterial, sistolik ve diastolik kan basınçlarına olan etkisine bakmıştır. Anksiyete ile ilgili anlamlı bir fark bulunmazken düşleme yapılan kadınlarda arterial basınçların daha düşük olduğu bulunmuştur.

Düşleme yüksek riskli gebelerde gevşemenin oluşmasında etkili olabilir. Ancak bu tekniğin kullanılışı tamamen bireyseldir. Hemşire gebeye destek olmalı, güven veren ve gevşemesini sağlayacak hikayelendirmelerle (deniz, göl, orman gibi keyifli sahneleri düşlemesini istemek gibi) kadının düşlemesine yardımcı olmalıdır.<sup>[35,46]</sup>

## Masaj Terapisi

Masaj terapisi, depresyon, migren, astım, kronik yorgunluk, ağrı ve stres gibi durumlarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Masaj rahatlatmanın ve stresi azaltmanın etkili bir yoludur. Kas gerilmelerini ve buna bağlı ağrı ve acıları azaltır, kan dolaşımını düzeltir, vücutun toksinlerini atma işlemini hızlandırır, insanın rahatlamasını ve kendisini iyi hissetmesini sağlar.<sup>[33]</sup> Özellikle bel ağrısı, pelvik ağrı, kas iskelet sistemi yakınmaları olan gebelerde masaj terapisi güvenli ve etkili bir yöntemdir.<sup>[56]</sup> Ayrıca Field ve arkadaşları,<sup>[57]</sup> antenatal masaj terapisinin antenatal ve postnatal depresif semptomları ile prematürite ve düşük doğum ağırlığı olasılığını azalttığını belirlemiştir. Yoga ve masaj terapisi ile ilgili yapılan bir başka çalışmada da yoga ve masaj uygulanan grubun depresyon, anksiyete, bel ve bacak ağrı skorları daha düşük, gestasyonel yaş ve bebek doğum ağırlığı daha yüksek bulunmuştur.<sup>[58]</sup>

Masaj terapisini gebe kendisi yapabileceği gibi hemşire de gebeye yardımcı olabilir. Omuz, boyun, sırt, bel ve ayaklara masaj uygulaması yapılabilir. Eğer gebe masajı kendisi yapacaksa hemşire masajı nasıl yapacağını gebeye öğretmeli, yumuşak dokunuşlarla parmaklarını sürekli cildine temas ettirmesini söylemelidir.<sup>[35]</sup>

## Akupunktur

Anksiyete ve stres yaşayan gebelerde akupunktur uygulamasının semptomların kontrolünü, öz güveni ve iyilik halini artırdığı bildirilmektedir.<sup>[42]</sup> Manber ve arkadaşları<sup>[59]</sup> yaptıkları çalışmada akupunkturun antenatal depresyon semptomlarını azalttığını belirlemiştir. Hiperemesiz gravidarum tedavisinde de alternatif bir tedavi yöntemi olarak akupunkturun kullanılabileceği belirtilmektedir.<sup>[60]</sup>

## Biyolojik Geri Bildirim (Biofeedback)

İnsanın kendisinin farkında olmadığı fizyolojik tepkilerinin deriye bağlanan elektrotlar yardımı ile görülebilen ve duyulabilen sinyaller olarak geri yansıtıldığı bir yöntemdir.<sup>[33]</sup> Bireylere biyolojik geri bildirim yöntemiyle, stres belirtilerini, beyin dalgaları, kalp fonksiyonu, solunum, kas aktivitesi ve cilt sıcaklığı gibi fizyolojik aktivitesini nasıl azaltılacağı öğretilmektedir.<sup>[33,47]</sup> Cullins ve arkadaşları<sup>[61]</sup> gebelikte



hipertansiyon tanısı konan 47 gebe ile biyofeedback üzerine yaptığı çalışmada kontrol grubuna 31 gebe alınmış ve rutin (yatak istirahati ve antihipertansif ilaçlar) tedavi edilmiştir. Deney grubuna da 16 gebe alınmış ve rutin tedavinin yanı sıra her gün biyofeedback ile bilgilendirilmiştir. Sistolik ve diyastolik kan basınçları iki grupta da değişmezken biyofeedback uygulanan grupta doğum ağırlığı, gestasyonel yaş ve birinci dakika Apgar skorunun daha iyi olduğu ve stresin azaldığı belirlenmiştir.

Hemşire gebeye hayati bulguları, bebeğin kalp atışları gibi fizyolojik değişikliklerle ilgili bilgi verip kadından bunları geri isteyerek kadının dikkatini ve ilgisini kendi bedenine yöneltmesini ve bu şekilde stresle baş etmesini sağlayabilir.<sup>[35]</sup>

### Sosyal Destek

Hastalığı olan bireylerin hastalığın getirdiği problemlerle baş etmesinde önemli olan bir diğer faktör de sosyal destektir.<sup>[62]</sup> Sosyal destek, güç durumdaki ya da stres altındaki bireye eş, aile ve arkadaşları gibi yakın çevresi tarafından sağlanan maddi, manevi veya bilişsel yardımdır.<sup>[43]</sup> Sosyal destek hastalara duygusal rahatlık vermekte, sorunları ile başa çıkma yolları sağlamakta, günlük yaşamda ve kriz anında stresin olumsuz etkilerine karşı bireyleri korumaktadır.<sup>[62]</sup>

Yüksek riskli gebelikte de sosyal desteğin önemli olduğu bilinmektedir.<sup>[63,64]</sup> Stapleton ve arkadaşlarının<sup>[63]</sup> yaptığı çalışmada erken gebelik döneminde sosyal desteği iyi olan kadınların doğum sonuçlarının daha iyi olduğu bulgulanmıştır. Sosyal destek anneliğe hazırlanmada da önemli bir faktördür.<sup>[64]</sup> Giurgescu ve arkadaşlarının<sup>[64]</sup> yaptığı çalışmada sosyal desteği yüksek olan kadınların psikososyal iyilik düzeylerinin daha yüksek olduğu ve orta derecede stres deneyimledikleri belirlenmiştir. Bir başka çalışmada depresyonu olan kadınların daha az sosyal destek aldıkları ve bu kadınlarda sosyal izolasyonun daha fazla görüldüğü belirlenmiştir.<sup>[65]</sup>

Gebenin mevcut destek kaynakları saptanmalıdır.<sup>[12]</sup> Gebenin ve ailenin psikososyal gereksinimlerini belirlemeye yönelik veri toplanmalı (psikososyal tanılama yapılmalı), hemşirelik tanısı konulmalıdır. Hemşirelik girişimleri; baş etme stratejilerini kuvvetlendirmeyi, destek sistemlerini harekete geçirmeyi içermelidir.<sup>[32]</sup> Gebe hastanede yatıyor ise, hemşire aile üyelerinin gebenin bakımına katılımı (beslenme, banyo, giydirme gibi) sağlamalıdır. Bilgi verilirken gebe kendisi için önemli insanlarla, özellikle eşi ile bir araya getirilmelidir. Eşinin yanında bulunabilmesi için hastane kuralları esnetilmeli ve ayrılık mümkün olduğunca azaltılmalıdır.<sup>[66]</sup> Bunlara ek olarak, hemşire gebenin benzer problemleri olan destek gruplarına katılımını sağlamalıdır. Bu durum gebeye endişelerini ve bilgilerini diğer bireylerle paylaşma imkanı verir.<sup>[13]</sup>

### Müzik Terapisi

Müzik hemşireler tarafından sıklıkla kullanılmaktadır. Müzik

terapi endorfin salgılanmasına neden olur ve kaslarda gevşemeyi sağlar, kan basıncını düşürür, kalp atım ve solunum hızını azaltır ve emosyonel durumu olumlu etkiler, maternal durumu iyileştirir ve fetüs için konforlu bir ortam yaratır.<sup>[5]</sup> Müziğin preterm eylem, doğum ve sezaryen esnasındaki anksiyete, stres ve ağrıyı azalttığına yönelik çalışmalar mevcuttur. Ayrıca ucuz, güvenli, sağlık bakım profesyonelleri tarafından öğrenilmesi ve uygulaması kolay bir yöntemdir.<sup>[5,7,67]</sup>

Bauer ve arkadaşları<sup>[68]</sup> müzik terapisinin stresi azaltmadaki etkisini belirlemek amacıyla 80 katılımcıya bir saatlik müzik terapisi uygulamış ve çalışma sonucunda müzik terapisinin antepartum hastanede yatmaya bağlı stresi azalttığı sonucuna varılmıştır. Yang ve arkadaşlarının<sup>[69]</sup> Çin'de yaptığı çalışmada da antepartum yatak istirahatindeki kadınlar için kaygı azaltılmasında müzik terapinin etkisi araştırılmıştır. Deney grubundaki kadınlar 3 gün üst üste 30 dakika boyunca müzik terapisi almış; sonrasında anksiyete ve fizyolojik tepkiler (vital bulguları, fetal kalp hızı gibi) değerlendirilmiştir. Müdahale grubunda yatak istirahati sırasında kaygı düzeylerinin ve fizyolojik tepkilerin müzik tedavisi ile önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir. Yüksek riskli gebeliklerde müziğin anksiyeteyi azaltmada ucuz ve etkili bir yöntem olabileceği sonucuna varılmıştır.

Prenatal tanı yöntemleri ağrı, korku, rahatsızlık ve kontrol kaybına neden olmakta ve yaşanan anksiyeteyi arttırmaktadır. Müzik rahatlık sağlamakta ve stresin azaltılmasına yardımcı olmaktadır. Shin ve Kim<sup>[5]</sup> müzik terapisinin transvajinal ultrason esnasında yaşanan stres ve anksiyete ve maternal fetal bağlanma üzerine etkisini belirlemek amacıyla bir çalışma yapmıştır. Deney grubu rutin prenatal bakımın yanında 30 dakika müzik terapisi alırken kontrol grubu sadece rutin prenatal bakım almıştır. Stres ve maternal fetal bağlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken müzik terapisi alan grupta anksiyetenin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Ninni eski dönemden beri var olan bebeğin konforunun sağlanmasında önemli rol oynayan evrensel bir müzik çeşitidir. Şarkı söylemenin stresi azalttığı belirtilmektedir. Carolan ve arkadaşları<sup>[70]</sup> yaptıkları çalışmada gebe kadınlara ninni söylemeyi öğretmiş ve uygulamışlardır. Uygulamadan üç ay sonra yapılan derinlemesine görüşmede kadınlar rahatladıklarını, kendilerini bebeklerine daha yakın hissettiklerini ve arkadaşlarına önerdiklerini bildirmişlerdir. Friedman ve arkadaşları<sup>[71]</sup> depresyon, bipolar bozukluk ya da psikoza bulunan gebe veya postpartum dönemdeki kadınlar ve bebekleriyle bir çalışma yapmıştır. Gebelik ve postpartum dönemde ruhsal rahatsızlıkların tedavisinde ninni ile yapılan müzik terapısından sonra bebeklerdeki stres belirtilerinin azaldığı, annelerde gevşemenin sağlandığı ve müziğin gebelikte ve postpartum dönemdeki ruhsal hastalıklarda kullanılabilirliği sonucuna varılmıştır. Liu ve arkadaşlarının<sup>[72]</sup> müzik ile ilgili yaptığı çalışmada da özellikle latent fazda doğum ağrısının ve anksiyetenin azaltılmasında müziğin tıbbi olmayan baş etme yöntemi olarak kullanılabilirliği belirlenmiştir.

Hemşireler gebeleri rahatlatıcı müzik dinlemesi konusunda

cesaretlendirmeli, müzik dinlemede uygun zamanın belirlenmesi (günlük işleri yaparken, ılık bir duş alırken rahatlatıcı ve hoşlanılan bir müzik dinlemek vb.), konforun sağlanması ve dikkatin müziğe verilmesi konusunda yardımcı olmalıdır.<sup>[7,67]</sup>

## Maneviyatı Güçlendirme

Maneviyatı güçlendirme, bireyin manevi boyutunu besleyen gelenek ya da törensel etkinliklerdir.<sup>[73]</sup> Bu etkinlikler bireyin kendisini daha güçlü hissetmesini sağlamakta, hastalıklarını kabul etmelerine ve gelecek için plan yapmalarına yardım etmekte, bireyi destekleyip rahatlatmaktadır.<sup>[44,45]</sup> Yüksek riskli gebelerle yapılan bir çalışmada dua etmenin baş etme yöntemi olarak sıklıkla kullanıldığı gösterilmiştir.<sup>[64]</sup> Sittner ve arkadaşları<sup>[22]</sup> yaptığı çalışmada katılımcıların bazıları ebeveynliğe geçiş döneminde tanrı ve kiliseye olan inancın kriz aşamasında kendilerine destek sağladığı ve rehber olduğunu belirtmiştir. Price ve arkadaşları<sup>[74]</sup> yüksek riskli gebelerin manevi inanç ve uygulamaları ile ilgili yaptığı kalitatif çalışmada, kadınların maneviyatı kendilerinin ve doğacak çocuklarının durumunu iyileştirecek, yüksek riskli gebelikte deneyimledikleri stres ile etkili bir şekilde baş etmelerini sağlayacak bir etken olarak gördüklerini belirlemiştir. Benute ve arkadaşlarının<sup>[75]</sup> yüksek riskli gebelerde intihar etme riski ile ilgili yaptığı çalışmada da dini inancın intihar girişimlerinde koruyucu bir faktör olduğu belirlenmiştir. Dini inancın kadına sosyal destek sağlamanın yanı sıra yaşam amacı, öz güven ve krize baş etme becerisi sağladığı belirtilmektedir.

Hemşire maneviyatı değerlendirmede açık uçlu sorular sormalıdır. Gebenin dua için ricada bulunması, ruhani bir değeri veya gereksinimi belirtebilir.<sup>[45]</sup> Hemşireler manevi destek sağlarken gebelerin dua etmelerine, dini kitap okumalarına izin vermek ve huzurlu bir çevre sağlamaktan sorumludurlar.<sup>[66]</sup> Gebe ve ailesi, kültüründe varsa spiritüel gereksinimleri karşılamak için dinsel tören düzenlenmesini isteyebilir.<sup>[8]</sup> Bunun için gebeye hastane ortamında dini aktivitelerini gerçekleştirebileceği ortam sağlanmalıdır.<sup>[66]</sup> Gebenin kendisi için önemli dini semboller varsa, tanı çalışmaları ya da cerrahi müdahale gibi aşırı anksiyete yaratıcı uygulamalar esnasında, bu sembollerin üzerinde kalmasına izin verilebilir.<sup>[44]</sup> Eğer gebe ve ailesi, herhangi bir inanca sahip değilse, zor durumlarında onları ayakta tutan güçler desteklenmelidir.<sup>[5]</sup>

## Sonuç

Gebelik, herhangi bir sağlık problemi olmasa bile stresli ve karmaşık bir süreçtir. Yüksek riskli gebeliklerde bu durum daha da belirgindir. Gebe için hastalık tanısı almak korkutucu, anksiyete ve çok yaratıcı bir durumdur. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik yaklaşımı, gebe ve ailesinin bir bütün olarak ele alınmasını, bu yeni duruma uyum sağlayabilmeleri için bakım ve eğitim gereksinimlerinin karşılanmasını, gebenin karşılaşılabileceği stresörlerin farkında olunmasını, etkili baş

etme yöntemlerinin kullanılmasının sağlanmasını gerektirir. Böylece anne ve bebeğin sağlık sonuçlarının daha iyi olmasına önemli katkı verilmiş olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Bozkurt ÖD, Sevil Ü. İkizden ikize transfüzyon sendromu ve hemşirelik yaklaşımları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2008; 1:60-68.
2. Oskay ÜY. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi* 2004; 12:11-6.
3. Pamuk S, Aslan H. Hastanede yatan riskli gebelerde hastane stresörlerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2:23-32.
4. Satyapriya M, Nagendra HR, Nagarathna R. Effect of integrated yoga on stress and heart rate variability in pregnant women. *Venkatram Padmalatha International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2009; 104:218-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.11.013>.
5. Shin HS, Kim JH. Music therapy on anxiety, stress and maternal-fetal attachment in pregnant women during transvaginal ultrasound. *Asian Nurs Res* 2011; 5:19-27. [http://dx.doi.org/10.1016/S1976-1317\(11\)60010-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1976-1317(11)60010-8).
6. Arslan H, Korkmaz N. Kısmi yatak istirahati ile hastanede yatan yüksek riskli gebelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlar. *Perinatoloji Dergisi* 2005; 13:1-11.
7. Talley L. Stress management in pregnancy. *International Journal of Childbirth Education* 2013; 28:43-5.
8. Gilbert ES, Harmon JS. Yüksek riskli gebelik ve doğum. Çeviri, L. Taşkın. Ankara: Palme Yayıncılık; 2011.
9. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:61.E1-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2009.07.041>.
10. Helbig A, Kaaseni A, Malt UF, Haugen G. Does antenatal maternal psychological distress affect placental circulation in the third trimester?. *Plos One* 2013; 8:1-7. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0057071>.
11. Weinstock M. The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring. *Brain Behav Immun* 2005; 19:296-308. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2004.09.006>.
12. Serçekeş P, Okumuş H. Yüksek riskli gebelerde uzun süre hastanede yatmanın etkileri. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 7:107-111.
13. Davidson MR, London ML, Ladewing PAW. Olds' maternal-newborn nursing & women's health across the lifespan. 8. ed. New Jersey: Pearson; 2008.
14. McCrory C, McNally S. The effect of pregnancy intention on maternal prenatal behaviours and parent and child health: results of an Irish cohort study. *Pediatric And Perinatal Epidemiology* 2013; 27:208-15. <http://dx.doi.org/10.1111/ppe.12027>.
15. Messer LC, Dole N, Kaufman JS, Savitz, D.A. Pregnancy intendedness, maternal psychosocial factors and preterm birth. *Maternal and Child Health Journal* 2005; 9:403-12. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-005-0021-7>.
16. Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013; 13:135. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-135>.
17. Ortabağ T, Tosun N, Bebiş H, Yava A, Çiçek HS, Akbayrak N. Yatağın diğer tarafı: hemşirelik yüksek okulu birinci sınıf öğrencilerinin eğitim amaçlı hastaneye yatma deneyimleri. *Gülhane Tıp Derg* 2010; 52:189-97.
18. Özkan M, Kaçmaz N, Anuk D, İbrahimoglu L. Yüksek riskli gebelerde psikiyatrik morbidite. *İst Tıp Fak Mecm* 2004; 67: 210-7.
19. Maloni JA. Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biol Res Nurs* 2010; 12:106-24. <http://dx.doi.org/10.1177/1099800410375978>.
20. Xie YC, Yuan HW, Zhuang RJ, Han CH, Liu SH, Chen SF, et al. Study on the status and related socio-psychological factors of maternal depression among high-risk pregnancy women in Harbin City. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi* 2012; 46:543-6. (abstract)
21. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Library* 2012; 10:1-57. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003766.Pub4>.
22. Sittner BJ, Defrain J, Hudson DB. Effects of high-risk pregnancies on families. *Am J Matern Child Nurs* 2005; 30:121-6.
23. Suarez L, Cardarelli K, Hendricks K. Maternal stress, social support, and risk of neural tube defects among Mexican Americans. *Epidemiology* 2003; 14:612-6. <http://dx.doi.org/10.1097/01.ede.0000073270.39780.e9>.
24. Gümüşdaş M, Apay SE, Özorhan EY. Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2014; 1:32-42. <http://dx.doi.org/10.17681/hsp.80013>.
25. Carolan-Olah M, Barry M. Antenatal stress: an Irish case study.

- Midwifery 2013; 13:105-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.014>.
26. Prady SL, Pickett KE, Croudace T, Fairley L, Bloor K, Gilbody S, et al. Psychological distress during pregnancy in a multi-ethnic community: findings from the born in bradford cohort study. *PLoS One* 2013; 8:1-11. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0060693>.
  27. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 2008; 8:24. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-8-24>.
  28. Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A. Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006; 1:105-18.
  29. Simpson KR, Creehan PA. AWHONN's perinatal nursing. 3th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
  30. Rasmussen B, Hendrieckx C, Clarke B, Botti M, Dunning T, Jenkins A, et al. Psychosocial issues of women with type 1 diabetes transitioning to motherhood: a structured literature review. *Pregnancy And Childbirth* 2013; 13:1-10. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-218>.
  31. Rubarth LB, Schoening AM, Cosimano A, Sandhurst H. Women's experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2012; 41:398-407. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01349.x>.
  32. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 9:49-54.
  33. Özer MA. Çalışanlar için verimlilik anahtarı: stres yönetimi. *Tühis İş Hukuku ve İktisat Dergisi* 2012; 24:45-66.
  34. Urech C, Fink NS, Hoelsli I, Wilhelm FH, Bitzer J, Alder J. Effects of relaxation on psychobiological wellbeing during pregnancy: a randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology* 2010; 35:1348-55. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.03.008>.
  35. Yıldırım G, Şahin NH. Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 14-20.
  36. Di Pietro JA, Mendelson T, Williams EL, Kathleen A, Costigan KA. Physiological blunting during pregnancy extends to induced relaxation. *Biological Psychology* 2012; 89: 14-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2011.07.005>.
  37. Javnbakht M, Hejazi Kenari R, Ghasemi M. Effects of yoga on depression and anxiety of women. *Complement Ther Clin Pract* 2009; 15:102-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.01.003>.
  38. Muzik M, Hamilton SE, Rosenblum KL, Waxler E, Hadi Z. Mindfulness yoga during pregnancy for psychiatrically at-risk women: preliminary results from a pilot feasibility study. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2012; 18:235-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2012.06.006>.
  39. Rakhshani A, Nagarathna R, Mhaskar R, Mhaskar A, Thomas A, Gunasheela S. The effects of yoga in prevention of pregnancy complications in high-risk pregnancies: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine* 2012; 55:333-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.07.020>.
  40. Carter E. Pre-packaged guided imagery for stress reduction: initial results. *Counseling, Psychotherapy and Health* 2006; 2:27-39.
  41. Abdoli S, Rahzani K, Safaie M, Amin Sattari A. A randomized control trial: the effect of guided imagery with tape and perceived happy memory on chronic tension type headache. *Scand J Caring Sci* 2012; 26:254-261. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00926.x>.
  42. Lythgoe J. Getting needled!. *Pract Midwife* 2013; 16:56-9.
  43. Öztürk H, Sevinç FN, Yaman SC. Öğrencilerde yalnızlık ve sosyal destekle bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2006; 16:383-94.
  44. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. *Adü Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 8:47-50.
  45. Kostak MA. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2:105-15.
  46. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011; 83-92.
  47. Varvogli L, Darviri C. Stress management techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal* 2011; 5:74-89.
  48. Clarke PE, Gross H. Women's behaviour, beliefs and information sources about physical exercise in pregnancy. *Midwifery* 2004; 20:133-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2003.11.003>.
  49. Deligiannidis KM, Freeman MP. Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014; 28: 85-95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.007>.
  50. Gavard JA, Artal R. Effect of exercise on pregnancy outcome. *Clin Obstet Gynecol* 2008; 51:467-80. <http://dx.doi.org/10.1097/GRF.0b013e31816feb1d>.
  51. Brun CR, Shoemaker JK, Bocking A, Hammond JA, Poole M, Mottola MF. Bed-rest exercise, activity restriction and high-risk pregnancies: a feasibility study. *Appl Physiol Nutr Metab* 2011; 36:577-82. <http://dx.doi.org/10.1139/h11-036>.
  52. Duran ET, Atay E, İmer B. Gebelikte egzersiz uygulamaları: Neden? Nasıl?. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi* 2013; 6:63-74.
  53. Apóstolo JLA, Kolcaba K. The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Arch Psychiatr Nurs* 2009; 23:403-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2008.12.003>.
  54. Moffatt FW, Hodnett E, Esplen MJ, Watt-Watson J. Effects of guided imagery on blood pressure in pregnant women with hypertension: a pilot randomized controlled trial. *Birth* 2010; 37:296-306. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00424.x>.
  55. Jallo N, Cozens R, Smith MW, Simpson RI. Effects of a guided imagery intervention on stress in hospitalized pregnant women: a pilot study. *Holist Nurs Pract* 2013; 27:129-39. <http://dx.doi.org/10.1097/HNP.0b013e31828b6270>.
  56. Oswald C, Higgins CC, Assimakopoulos D. Optimizing pain relief during pregnancy using manual therapy. *Canadian Family Physician-Le Médecin De Famille Canadien* 2013; 59:841-2.
  57. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Deeds O, Figueiredo B. Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression. *Infant Behav Dev* 2009; 32:454-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.07.001>.
  58. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Medina L, Delgado J, Hernandez A. Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *J Bodyw Mov Ther* 2012; 16:204-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2011.08.002>.
  59. Manber R, Schnyer RN, Lyell D, Chambers AS, Caughey AB, Druzin M et al. Acupuncture for depression during pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010; 115:511-20. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181cc0816>.
  60. Węgrzyniak LJ, Repke JT, Ural SH. Treatment of hyperemesis gravidarum. *Rev Obstet Gynecol* 2012; 5:78-84. <http://dx.doi.org/10.3909/riog0176>.
  61. Cullins SW, Gevirtz RN, Poeltler DM, Cousins LM, Muench F. An exploratory analysis of the utility of adding cardiorespiratory biofeedback in the standard care of pregnancy-induced hypertension. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 2013; 1-10. <http://dx.doi.org/10.1007/s10484-013-9219-4>.
  62. Dirik G, Sertel P, Kartal M. Fibromiyalji sendromlu hastaların yaşadıkları psikolojik sıkıntılar ile sosyal destek, öz yeterlik ve yeti yitimi ilişkisi. *Düzce Tıp Dergisi* 2011; 13:45-52.
  63. Stapleton LRT, Schetter CD, Westling E, Rini C, Glynn LM, Hobel CJ, Sandman CA. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology* 2012; 26:453-63. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028332>.
  64. Giurgescu C, Penckofer S, Maurer MC, Bryant FB. Impact of uncertainty, social support and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nurs Res* 2006; 55:356-65.
  65. Husain N, Cruickshank K, Husain M, Khan S, Tomenson B, Rahman A. Social stress and depression during pregnancy and in the postnatal period in british pakistani mothers: a cohort study. *J Affect Disord* 2012; 140:268-76. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.009>.
  66. Carpenito-Moyet LJ. Hemşirelik tanıları el kitabı. Çev. F Erdemir. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.
  67. Chun-Fang W, Ying-Li S, Hong-Xin Z. Music therapy improves sleep quality in acute and chronic sleep disorders: a meta-analysis of 10 randomized studies. *Int J Nurs Stud* 2014; 51:51-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.008>.
  68. Bauer CL, Victorson D, Rosenbloom S, Barocas J, Silver RK. Alleviating distress during antepartum hospitalization: a randomized controlled trial of music and recreation therapy. *J Womens Health* 2010; 19:523-31. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2008.1344>.
  69. Yang M, Li L, Zhu H, Alexander IM, Liu S, Zhou W, Ren X. Music therapy to relieve anxiety in pregnant women on bedrest: a randomized, controlled trial. *Am J Matern Child Nurs* 2009; 34:316-23. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NMC.0000360425.52228.95>.
  70. Carolan M, Barry M, Gamble M, Turner K, Mascarenas O. The limerick lullaby project: an intervention to relieve prenatal stress. *Midwifery* 2012; 28:173-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.12.006>.
  71. Friedman SH, Kaplan RS, Miriam B, Rosenthal MB, Console P. Music therapy in perinatal psychiatry: use of lullabies for pregnant and postpartum women with mental illness. *Music and Medicine* 2010; 2:219-25. <http://dx.doi.org/10.1177/1943862110379584>.
  72. Liu YH, Chang MY, Chen CH. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in taiwanese first-time mothers. *J Clin Nurs* 2010; 19:1065-72. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03028.x>.
  73. Como JM. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holist Nurs Pract* 2007; 21:224-36. <http://dx.doi.org/10.1097/01.HNP.0000287986.17344.02>.
  74. Price S, Lake M, Breen G, Carson G, Quinn C, O'Connor T. The spiritual experience of high-risk pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007; 36:63-70. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00110.x>.
  75. Benute GRG, Nomura RMY, Jorge VMF, Nonnenmacher D, Junior RF, Lucia MCS, et al. Risk of suicide in high-risk pregnancy: an exploratory study. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57:570-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000500019>.