

Ezgi TUNA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2025-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PERİNATOLOJİ KLİNİĞİNDE TEDAVİ GÖREN
GEBELERDE RİSK ALGISININ GEBELİKTE
DİSTRESE VE PRENATAL BAĞLANMAYA ETKİSİ

Ezgi TUNA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2025-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PERİNATOLOJİ KLİNİĞİNDE TEDAVİ GÖREN
GEBELERDE RİSK ALGISININ GEBELİKTE
DİSTRESE VE PRENATAL BAĞLANMAYA ETKİSİ

Ezgi TUNA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nurcan KIRCA

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2025-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.
03/07/2025

İmza

Tez Danışmanı : Doç.Dr. Nurcan KIRCA
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof.Dr. Kamile KABUKCUOĞLU
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Mine ORUÇ
Antalya Bilim Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Melike CENGİZ
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Ezgi TUNA

İmza

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Nurcan KIRCA

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle yolumu aydınlatan, tezimin her aşamasında sabırla yanımda olan, akademik gelişimime büyük katkı sağlayan çok kıymetli danışmanım Doç. Dr. Nurcan Kırca'ya,

Kadın sağlığına dair bakış açımı şekillendiren, bilgi ve tecrübeleriyle ilham aldığım Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nın değerli hocalarına,

Büyük bir özveri ile çalışan Enstitü çalışanlarına,

Araştırmam kapsamında gönüllü olarak katılarak kendi özel deneyimlerini benimle paylaşan tüm kadınlara,

Her yoğun günümde birlikte omuz omuza çalıştığımız, güler yüzleriyle beni motive eden Jinekoloji-Onkoloji servisindeki kıymetli ekip arkadaşlarıma,

Bu süreçte bana inanan, destekleyen, sevgisini hiç eksik etmeyen sevgili annem Aysema Tuna'ya, babam Mehmet Emin Tuna'ya ve biricik ablam Didem Elif Turan'a,

Yüzümü güldüren, her koşulda yanımda olan değerli arkadaşlarıma,

Bu zorlu süreçte yaşadığımız tüm olumsuzluklara rağmen sevgisini ve desteğini bir an bile esirgemeyen, bana daima umut vererek elimi hiç bırakmayan yol arkadaşım Mert'e,

Sayesinde yol arkadaşımı bulduğum, hayatımda iz bırakan ve tezimin son aşamalarında bize veda eden biricik kedimiz Bulut'a,

Yüksek lisansa kabul almamda ve bu süreci yönetmemde varlığıyla bana kolaylık sağlayan, evdeki minik destekçim kedim Paşa Su'ya,

Teşekkürlerimi sunarım.

Ezgi TUNA

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerde risk algısı, distres ve prenatal bağlanmaya etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma, tanımlayıcı tiptedir. Araştırma Ağustos 2023- Mayıs 2024 tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Perinatoloji kliniğinde tedavi gören 204 gebe ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Gebelik Risk Algısı Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler; frekans, ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde kullanılmıştır. Verilerin analizinde varyans, korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmada kadınların yaş ortalaması 30.2 ± 5.99 bulunmuştur. Kadınların %33.8'inin lise mezunu, %55.9'unun çalışmadığı ve %77.9'unun gelir durumunun orta seviyede bulunmuştur. Gebelik Risk Algısı genel puan ortalaması 4.52 ± 2.03 'i, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği genel toplam puan ortalaması 1.05 ± 0.47 , Prenatal Bağlanma Envanteri genel puan ortalaması 64.48 ± 10.96 bulunmuştur. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ile Gebelik Risk Algısı arasında pozitif yönde; Prenatal Bağlanma Envanteri ile olumsuz duygulanım arasında olumsuz yönde, eş katılım ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmada gebelik risk algısı düzeyi orta, distres düzeyi düşük, prenatal bağlanma düzeyi ise yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek, kronik hastalığı olan, riskli gebelik geçirmiş, sağlık durumunu kötü değerlendiren kadınların risk algısı yüksek bulunmuştur. Hemşireler, riskli ve düşük eğitim düzeyine sahip gebelere risk farkındalığını arttırmaya, stres seviyelerini azaltmaya yönelik destekleyici müdahaleler planlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Riskli gebelik, gebelik risk algısı, gebelikte distres, prenatal bağlanma, hemşirelik

ABSTRACT

Objective: This study was conducted as a descriptor in order to determine the effect of risk perception, distress and prenatal bonding on the pregnant women who are treated in perinatology clinic.

Method: This is a descriptive study. It was conducted with 204 pregnant women treated at the Perinatology Clinic of Antalya Training and Research Hospital, University of Health Sciences, between August 2023 and May 2024. Data collection tools included a Personal Information Form, the Pregnancy Risk Perception Scale, the Tilburg Pregnancy Distress Scale, and the Prenatal Attachment Inventory. Data were collected via face-to-face interviews. Descriptive statistics were used to evaluate the data: frequency, mean, standard deviation, number, and percentage. Variance, correlation, and regression analyses were used in data analysis.

Results: The mean age of the women in the study was found to be 30.2 ± 5.99 . 33.8% of the women were high school graduates, 55.9% were unemployed, and 77.9% had a moderate income level. The overall mean Pregnancy Risk Perception score was 4.52 ± 2.03 , the overall mean Tilburg Pregnancy Distress Scale score was 1.05 ± 0.47 , and the overall mean Prenatal Attachment Inventory score was 64.48 ± 10.96 . Significant relationships were found between the Tilburg Pregnancy Distress Scale and Pregnancy Risk Perception, negative relationships between the Prenatal Attachment Inventory and negative affect, and positive relationships with spouse involvement.

Conclusion: The study found moderate levels of pregnancy risk perception, low levels of distress, and high levels of prenatal attachment. Women with higher levels of education, those with chronic diseases, those with risky pregnancies, and those who assessed their health poorly had higher risk perceptions. Nurses should plan supportive interventions to increase risk awareness and reduce stress levels for pregnant women with high risk and low levels of education.

Keywords: Risky pregnancy, pregnancy risk perception, distress in pregnancy, prenatal attachment, nursing

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Riskli Gebelik	3
2.1.1 Düşük Riskli Gebelikler	3
2.1.2 Yüksek Riskli Gebelikler	3
2.2. Risk Nedir?	4
2.3 Gebelikte Risk Faktörleri	4
2.4. Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerin Sınıflandırılması	5
2.5 Dünyada ve Türkiye’ de Riskli Gebelikler.....	6
2.5.4 Riskli Gebeliklerin Yönetimi	7
2.5.5 Riskli Gebeliklerde Hemşirenin Rolü	8
2.6 Gebelikte Risk Algısı	10
2.6.1 Gebelik Döneminde Risk Algısını Etkileyen Faktörler	10
2.7. Gebelikte Distres.....	11
2.7.1. Gebelikte Distres Nedenleri	12
2.7.2. Yüksek Riskli Gebeliklerde Distres	13
2.7.3. Riskli Gebelerde Anksiyetenin Azaltılmasında Hemşirenin Rolü	14
2.8. Prenatal Bağlanma	15
2.8.1. Prenatal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler	16
2.8.2 Riskli Gebelikler ve Prenatal Bağlanma	18
2.8.3. Riskli Gebeliklerde Prenatal Bağlanma Sürecinde Hemşirenin Rolü	18

3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı	21
3.2. Araştırma soruları.....	21
3.3. Araştırmanın Yer ve Zamanı	21
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.5. Örneklem Dahil Edilme Kriterleri	22
3.6. Dışlama Kriterleri	22
3.7. Veri Toplama Araçları	22
3.6.1 Kişisel Bilgi Formu	22
3.6.2. Gebelikte Risk Algısı Ölçeği.....	23
3.6.3. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği	23
3.6.4. Prenatal Bağlanma Envanteri	24
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
4. BULGULAR	27
4.1. Perinatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	27
4.2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Ortalama, Standart Sapma ve Çarpıklık Değerleri.....	34
4.3. Perinatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Gebelerin Gebelik Risk Algısı Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	35
4.4. Perinatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Gebelerin Distres Düzeyi ve Prenatal Bağlanma Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	39
4.5. Çalışmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçları.....	45
4.6 Regresyon Analizine İlişkin Bulgular	46
5. TARTIŞMA.....	49
5.1 Gebelerin Gebelik Risk Algısı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler.....	49
5.2. Gebelerin Distres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler	56
5.3. Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler	64
5.4. Gebelik Risk Algısı, Distres Düzeyleri ve Prenatal Bağlanma İlişkisi	70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
6.1. Sonuçlar	72
6.2. Öneriler	73

KAYNAKLAR..... 75

EKLER.....

- EK-1: Kişisel Bilgi Formu
- EK-2: Gebelikte Risk Algısı Ölçeği
- EK-3: Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği
- EK-4: Prenatal Bağlanma Envanteri
- EK-5: Etik Kurul İzni
- EK-6: Aydınlatılmış Onam Formu
- EK-7: Gebelikte Risk Algısı Ölçek İzni
- EK-8: Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kullanım İzni
- EK-9: Prenatal Bağlanma Envanteri Kullanım İzni

ÖZGEÇMİŞ

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1.	Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin sosyodemografik özellikleri	28
Tablo 4.2.	Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin obstetrik özellikleri	29
Tablo 4.3	Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin obstetrik özelliklerinden “Gebelik izleminde saptanan risk faktörleri nelerdir?” sorusuna verilen cevapların dağılımı	31
Tablo 4.4	Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin obstetrik özelliklerinden “Gebelik izleminde saptanan risk faktörleri nelerdir?” sorusuna verilen cevapların gebelik haftalarına göre dağılımı	33
Tablo 4.5	Ölçek maddelerinin ortalama, standart sapma ve çarpıklık değerleri	35
Tablo 4.6.	Tanımlayıcı özellikler ile Gebelik Risk Algısı Ölçeği ilişkisine ait bulgular	36
Tablo 4.7.	Tanımlayıcı özellikler ile Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri ilişkisi	41
Tablo 4.8.	Ölçek genel ve alt boyut puanları arasındaki ilişki	45
Tablo 4.9.	Regresyon analizinin çok değişkenli adımsal seçim yöntemi sonuçları	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 4.1.** Çalışmada kullanılan ölçek genel ve alt boyut puanları arasındaki ilişkilerin matriks serpilme grafiği 46



SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
GRAÖ	:Gebelikte Risk Algısı Ölçeği
TGDÖ	:Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği
PBE	:Prenatal Bağlanma Envanteri
IUGR	:İntra Uterin Gelişme Geriliği



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik; kadınlarda biyolojik, psikolojik ve fizyolojik olarak birçok değişikliğe neden olan normal bir süreç olarak tanımlanır. Üç trimesterden oluşan bu süreç boyunca anne ve fetüste belirgin değişimler meydana gelir. (Sis Çelik ve Atasever, 2018). Kadınlar gebelik sürecinde fiziksel ve psikososyal açıdan çeşitli dönüşümler yaşarken, bu fizyolojik değişiklikler her gebe için aslında potansiyel riski de beraberinde getirir. Üstelik bu riskler sadece anne adayını etkilemekle kalmaz onunla gelişen ve büyüyen bebeği de etkileyebilir. Bu riskler gebeliğin herhangi bir döneminde aniden meydana gelebilmektedir (Yılmaz ve Şahin, 2019; Shulman ve ark., 2018; Heamen ve Gupton, 2009).

Gebelik bireysel bir süreç olduğundan dolayı her gebenin yaşadığı risk algısı da farklılık gösterebilir. Gebelikte deneyimlenen riski algılamının birden fazla boyutu vardır ve birçok bireysel ve toplumsal durumdan etkilenir (Lee ve ark., 2019; Correa-de-Araujo ve Yoon, 2021). Kişiden kişiye değişen risk algısı; gebenin kendini sağlıklı hissedip hissetmeme durumu, sağlık öyküsü, ailedeki hastalık geçmişi, daha önceki gebelik deneyimleri, bulunduğu sağlık kuruluşlarına duyduğu güven, tıbbi riskler, sosyodemografik ve psikososyal faktörler, gebeliğe özgü stres durumu, trimester, sağlık çalışanlarının yaklaşımı gibi birçok durumdan etkilenmektedir (Heamen ve ark., 2004; Pimsuwan ve ark., 2020; Bayrampour ve ark., 2012; Bayrampour ve ark., 2013).

Gebelerde risk algısı, kadının kendi gebelik sürecine dair kişisel değerlendirmeleri ve yorumları doğrultusunda şekillenmektedir. Risk algılarına göre gebelerin doğum öncesi bakım, doğum yeri seçimi, tıbbi müdahale tercihleri, tıbbi prosedürlere uyum ve sağlık davranışları gibi sağlık hizmetlerinden yararlanma kararını etkileyebilir (Alemu ve ark., 2021; Baltacı, 2020). Gebelik risk algısı arttıkça, gebelerde stres düzeyinde bir artış ve gebelik sürecine ilişkin endişelerin daha belirgin hale getirebilir. Bu durum sadece gebeyi değil, aynı zamanda bebeği de etkileyerek gebelik sürecini de zorlaştırabilir. Bu nedenle gebelik risk algısı gebelikteki distres üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilir. Prenatal ve doğum sonrası dönem, bir kadının anneliğe adım

attığı ve alışmaya çalıştığı stresli zamanlardır. Her kadının risk algısı kişiden kişiye değiştiği gibi gebelikte yaşadığı stres düzeyi kişisel algılamalarına bağlı olarak farklılık göstermektedir (Bilgin, 2022).

Prenatal dönemde yoğun distres yaşanması, gebelik süreci, doğum süreci ve fetal sağlık üzerinde olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Stres ve anksiyete düzeyindeki artışın doğumun ilk evresinde uzama, analjezik kullanımı, preterm doğum, yetersiz prenatal bağlanma, abortus, düşük doğum ağırlığı, bilişsel ve davranışsal gelişimde yetersizlik, nörolojik sorunlar gibi birçok olumsuz sonuçla ilişkili olduğu yapılan araştırmalar sonucunda ortaya çıkmıştır (Savrun, 2008; Altınçelep, 2011).

Riskli gebelik durumlarında genellikle distres düzeyinin yükseldiği belirtilmektedir. Araştırmalar, hastalık veya hastanede yatma gibi stresli durumların bağlanma düzeyini artırdığını göstermektedir (Bakır ve ark., 2014, Sarıyüce Polat, 2022). Gebelik sırasında, hormonal, psikolojik ve fiziksel değişiklikler, gebelerin anneliğe hazırlanmasını sağlayarak prenatal bağlanma sürecini başlatır. Gebelikte, birçok durumun olumsuz stres, anksiyete ve kaygıyla sonuçlanabileceği ve bu durumun gebelik bağlanma sürecini etkileyebileceği unutulmamalıdır (Sarıyüce Polat, 2022).

Riskli gebelikte anne adaylarının psikolojik ve duygusal olarak gereksinimlerini karşılamada sağlık çalışanlarına önemli roller düşmektedir. Hemşireler, anne adaylarına gebelik süreci boyunca oluşabilecek risklerle başa çıkma stratejileri konusunda bilgi vererek, bilinçlenmelerini sağlayabilirler (Bekmezci ve Özkan 2016; Şanlı ve ark., 2018). Yüksek riski olan gebelerin ise bu riskleri nasıl algıladıklarını değerlendirerek, risk algısına bağlı olarak oluşabilecek sorunları önceden belirleyebilir bu konuda anne adaylarına yol gösterebilirler (Rajbanshi ve ark., 2021; Maharromova, 2022). Sağlık çalışanlarının bu alanlardaki yetkinliklerinin artırılması ve anne adaylarına yönelik destekleyici müdahalelerin güçlendirilmesi anne ve bebek sağlığı açısından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerde risk algısının gebelik distresine ve prenatal bağlanmaya etkisini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Riskli Gebelik

Gebelik, genellikle normal bir süreç olarak kabul edilmesine rağmen anne için birçok sağlık risklerini de beraberinde getirmektedir. Çoğu gebelik sorunsuz ilerlese de her gebelik anne için potansiyel riskler taşımaktadır (Gürhan ve ark., 2020; Yılmaz B, Oskay, 2021; DSÖ, 2017). Özellikle riskli gebelikler, dünya çapında ve ülkemizde anne ve çocuk sağlığı açısından önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Arslan ve ark, 2020; DSÖ, 2019). Türk Perinatoloji Derneği'ne göre, gebelik sürecinde herhangi bir sorun yaşamayan gebeler normal gebelik kategorisinde değerlendirilmektedir. Gebelik öncesi mevcut hastalık durumunun olması ya da gebelik sırasında ortaya çıkan hastalıkları olan gebeler ise riskli veya yüksek riskli gebelik olarak tanımlanmaktadır (Türk Perinatoloji Derneği, 2021)

2.1.1 Düşük Riskli Gebelikler

Gebelik sürecinin baştan sağlıklı ilerleyeceğini kesin olarak söylemek mümkün değildir. Bu nedenle gebelik teşhisi konan tüm kadınlar başlangıçta düşük riskli gebelik grubuna dahil edilir (Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Bu gebelerin gebelik süresince yapılan laboratuvar ve tarama testleri genellikle normal sınırlar içerisinde olur ve gebelik olumlu bir şekilde sonuçlanır (Aydemir ve Uyar Hazar, 2014; Queenan ve Spong, 2007; Aksoy ve ark., 2017).

2.1.2 Yüksek Riskli Gebelikler

Yüksek riskli gebelik, anne adayında gebelik öncesinde mevcut olan veya gebelik sırasında ortaya çıkan biyolojik, fizyolojik ya da psikolojik sorunlardan kaynaklanan bir süreçtir (Yılmaz ve Oskay, 2021). Bu tür gebelikler hem annenin hem de fetüsün sağlığını tehdit edebilir aynı zamanda hastalık ve ölüm riskini artırabilir, bununla birlikte yaşam kalitesini ve standartlarını olumsuz yönde etkileyebilir (Yılmaz ve Oskay, 2021; Mirzakhani ve ark., 2020). Penticuff'un (1982) çalışmasında, yüksek riskli gebelik, artmış fetal anomali olasılığı, anne veya fetüs sağlığının tehlikeye girmesi ya da maternal veya fetal ölüm riskinin önemli ölçüde artması durumuna dayalı olarak "yüksek risk" şeklinde tanımlanmıştır. Riskli gebelik grubunda yer alan

kadınların laboratuvar ve tarama testleri yakından takip edilmeli, gerekli tıbbi bakım sağlanmalıdır. Hatta bazı durumlarda hastaneye yatmaları veya yatak istirahatine çekilmeleri gerekebilir (Kamalak, 2015; Soğukpınar ve ark., 2018; Aydemir ve Uyar Azar, 2014; Ölçer ve Oskay, 2015; Brandon ve ark., 2008)

2.2. Risk Nedir?

Risk; olumsuz bir durumun oluşma olasılığı olarak tanımlanmakla birlikte algılanması ve değerlendirilmesi de kişiden kişiye değişmektedir (Bayrampour, 2013). Risk kişinin ne ölçüde algıladığı ve bununla başa çıkmak için stratejilerin geliştirildiği çok boyutlu bir durumdur (Maharramova, 2022). Bir bireyin risk algısı, olumsuz bir olayın gerçekleşme olasılığı, nitelikleri ve ciddiyeti hakkındaki beklentilerini ifade eder (Aziz ve ark., 2020). Gebelikteki risk algısı ise, gebelerin kendilerine ve bebeklerine gelebilecek olası zararlar hakkındaki düşünce, duygu ve farkındalıkları olarak tanımlanmaktadır (Heaman ve Gupton, 2009). Riskin objektif tıbbi tahminlerini ve psikolojik bileşenlerini kapsamaktadır. Bunlar, kadınların risk hakkında nasıl hissettiklerini, yaşam deneyimlerinden haberdar olduklarını ve kullanılan başa çıkma stratejilerini ve riskin meydana geldiği kaynağı içermektedir (Sangin ve Phonkusol, 2021). Risk genellikle kadınların endişeleriyle başa çıkmak için kullandıkları gebelik stratejilerinin psikolojik bir parçası olarak da kabul edilmektedir (Lee ve ark., 2019).

2.3 Gebelikte Risk Faktörleri

Gebelikler, teşhis edildiği andan itibaren riskli kabul edilmektedir (DSÖ, 2003). Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu 'Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde (2018) riskli gebelik tanımında birçok faktör dikkate alınarak açıklanmıştır. Kadının tıbbi ve obstetrik geçmişi ile birlikte, 18 yaşından küçük veya 35 yaşından büyük olması, doğum sayısı ve aralığı, eşler arasındaki Rh uyumsuzluğu, çoğul gebelik durumu riskli gebeliği belirleyen unsurlardan bazılarıdır. Bunlara ek olarak tütün, alkol veya madde kullanımı, düşük sosyoekonomik düzeyi, yeterli beslenmenin sağlanamaması, gebelik sırasında oluşan komplikasyonlar, gebelikten önce var olan sağlık problemleri, kronik hastalıkların varlığı, vajinal kanama görülmesi, gebeliğin ilk üç ayında yaşanan viral enfeksiyonlar gebeliği riskli hale getiren faktörlerdir. Bu durumlardan bir tanesinin olması bile Sağlık Bakanlığı tarafından risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Aydemir ve Hazar, 2014; Arslan ve ark., 2020).

2.4. Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerin Sınıflandırılması

Gebelik ve doğum her ne kadar fizyolojik ve doğal süreç olarak değerlendirilse de bazı kadınlar birden fazla risk faktörüne sahip olabilir ya da mevcut riskler gebelik sürecinde tekrar edebilir. Bu durumlar, perinatal dönemde maternal ve fetal sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Balkaya, 2014). Özellikle gebeliğin ilk aşamalarında dikkatli ve kapsamlı prenatal değerlendirme yapmak mevcut veya potansiyel risklerin belirlenebilmesi açısından çok önemli bir rol oynar (Coşkun, 2008). Hemşirelerin, gebeliğin erken dönemlerinde olası riskleri tespit etmesi ve bununla birlikte düzenli izlem ve değerlendirmelerle riskleri takip etmesi, gerektiği zamanda gebeleri daha ileri tetkik ve tedavi için yönlendirmesi büyük önem taşır (Balkaya, 2014).

Gebelikteki risklerin sistematik olarak değerlendirilerek yönetilmesini kolaylaştırılmak adına birçok sınıflandırılma yapılmıştır. Yates (2010) gebelikte risk faktörlerini sınıflandırarak gebe kadınların karşılaşılabileceği potansiyel sağlık sorunlarını daha iyi anlamayı ve yönetilmesi amacıyla bir yaklaşım geliştirmiştir. Bu sınıflandırmada ilk olarak risk faktörlerini gebelikten önce mevcut olan riskler ve gebelik sürecinde ortaya çıkan riskler şeklinde iki ana başlık altında toplamıştır. Gebe kalmadan önce anne adayında var olan kronik hastalıklar, örneğin diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları ya da tiroit bozuklukları gibi durumlar, gebelikte komplikasyonlara yol açabilir. Bu tür durumlar, önceden değerlendirilip uygun şekilde yönetilmelidir (Yates, 2010).

Gebelik boyunca aniden ortaya çıkabilen sorunlar, örneğin preeklampsi, gestasyonel diyabet, erken doğum tehdidi veya plasenta ile ilgili problemler gibi durumlar, anne ve bebeğin sağlığını etkileyebilir. Yates (2010) daha sonra gebelikteki risk faktörlerini daha ayrıntılı bir şekilde inceleyerek hazırlayıcı risk faktörleri, obstetrik faktörler, sosyo-ekonomik ve davranışsal faktörler olarak üç ana kategoriye ayırmıştır:

Hazırlayıcı Risk Faktörleri; Gebelikten önce var olan anne adayının genel sağlık durumuyla ilgili riskleri kapsar. Anne adayının yaşının 18 yaş altı veya 35 yaş üstü olması, kronik hastalıklara sahip olması (diyabet, hipertansiyon, epilepsi vb.) beslenme yetersizlikleri veya obezite durumu bunlara dahildir. Daha önceki gebeliklerde yaşanan düşük, ölü doğum veya preeklampsi gibi komplikasyonların yaşanması hazırlayıcı risk faktörlerini oluşturmaktadır (Yates, 2010).

Obstetrik Faktörler; Gebelik sırasında doğrudan gebelikle bağlantılı olan risklerden oluşmaktadır. Bunlar; çoğul gebeliğin olması (ikiz, üçüz vb.), uterus anomalileri, gebelik sırasında gelişen komplikasyonları içerir. Örneğin gestasyonel diyabet, preeklampsi, plasenta previa, plasenta acreata vb. durumların olması durumudur. Bunlara ek olarak fetüsle ilgili problem olan fetal büyüme geriliği veya anomali durumunun olması obstetrik faktörleri oluşturmaktadır (Yates, 2010).

Sosyo-ekonomik ve Davranışsal Faktörler; Sosyodemografik faktörler anne adayının yaşam tarzı, sosyo-ekonomik durumu ve çevresel koşullarından kaynaklanan riskleri içerir. Düşük gelir düzeyi ve yetersiz sağlık hizmetlerine erişim, eğitim seviyesinin düşük olması, tütün ve alkol gibi zararlı alışkanlıklara sahip olma bunlardan birkaçını oluşturmaktadır. Ayrıca stres, aile içi şiddet, gebelik dönemine uygun olmayan ağır iş koşulları, aşırı fiziksel zorlanmaya maruz kalma da bu riskleri oluşturmaktadır. Bu ayrıntılı sınıflama, gebelik sürecinde potansiyel risklerin daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesine olanak tanır ve sağlık profesyonellerinin gebe kadına yönelik daha etkili bir bakım planı oluşturmaya yardımcı olur (Yates, 2010).

Coşkun (2008), gebelikte karşılaşılabilecek riskleri kapsamlı şekilde altı ana başlık altında incelemiştir. Bunlar arasında anne ve babanın yaşı, boyu, eğitim seviyesi gibi demografik özellikler; gelir durumu, iş koşulları, aile içi şiddet gibi sosyoekonomik etkenler yer almaktadır. Ayrıca annenin sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıkları, düzensiz beslenme, stresli bir yaşam sürmesi ve yeterli derece sosyal desteğe sahip olmaması da gebeliği riskli hale getirebilir. Önceki gebeliklerde yaşanan düşük, erken doğum, ölü doğum gibi obstetrik sorunlar ve annenin diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarının varlığı da önemli risk faktörlerini oluşturmuştur. Bunlara ek olarak gebelikte ortaya çıkan kanama, preeklampsi, çoğul gebelik, bebeğin gelişme geriliği gibi durumlar da gebeliğin seyrini olumsuz etkileyen faktörler olarak sınıflandırmıştır (Coşkun, 2008).

2.5 Dünyada ve Türkiye’de Riskli Gebelikler

Riskli gebelikler hem dünyada hem de Türkiye’de anne ve çocuk sağlığı açısından en önemli sorunlardan biridir. Dünya genelinde yaklaşık 260.000 kadın, gebelik ve doğumla ilişkili nedenlerden dolayı hayatını kaybetmiştir (DSÖ, 2023). DSÖ’ye göre küresel çapta gebeliklerin yaklaşık %15’inin yüksek risk taşıdığı belirtilmiştir. Bu

oran, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde daha da yükselmektedir. Afrika ve Güneydoğu Asya gibi yerlerde riskli gebelik durumu anne sağlığı hizmetlerine erişimin kısıtlı olması nedeniyle daha yüksektir (DSÖ, 2023).

Dünya genelinde her yıl gerçekleşen anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde görülmekte olup, bu ölümlerin %98'i önlenabilir niteliktedir. Bu durum, özellikle yüksek riskli gebeliklerde daha belirgin bir şekilde ortaya çıkmaktadır (Aygır ve Metintaş, 2018; Havutçu, 2019). Hem dünya genelinde hem de ülkemizde, anne ölümlerinin en sık nedenleri arasında kanama, enfeksiyon ve gebelik ile ilişkili tansiyon sorunları (preeklamps) yer almaktadır (Kamalak, 2015; Aygır ve Metintaş, 2018; Havutçu, 2019).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması bulgularına göre Türkiye’de maternal mortalite oranı 2005 yılında yüz bin canlı doğumda 28.5, 2014 yılında yüz bin canlı doğumda 15,2 bulunurken 2018 yılında yüz binde 13.6’ya düşmüştür. Maternal mortalite oranlarının düşmesinde önemli bir başarı elde edilmiştir. (Baltacı ve Başer, 2020; Şencan ve ark., 2016; TNSA, 2018). Türkiye’de riskli gebelik oranları zamanla azalmış olsa da TNSA 2018 raporuna göre Türkiye’de her üç gebelikten biri (%35,2) riskli gebelik olarak değerlendirilmektedir (Arslan ve ark., 2020; TNSA 2018).

2.5.4 Riskli Gebeliklerin Yönetimi

Riskli gebelik hem kadın hem de ailesi açısından hassas bir süreçtir. Bu süreçte anneler hem kendilerinin hem de bebeğin sağlığını tehdit edebilecek bir durumun varlığıyla başa çıkmaya çalışmaktadır (Palma ve ark., 2021). Sağlık Bakanlığı gebelikteki risk durumlarının prenatal dönemde tanımlanmasına yardımcı olmak için Doğum Öncesi Bakım Rehberi’nde olan bazı testleri ve risk değerlendirme formları kullanmaktadır. Bu testler ve formlarla anne bebek sağlığını korumak, olası sağlık problemlerinin erken tespitini sağlamak, gerekli ve doğru müdahalenin zamanında uygulanması amaçlanmıştır (Doğan ve ark., 2018; Atadağ ve ark.,2017).

Amerikan Pediatri Derneği ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği tarafından önerilen doğum öncesi bakım programı, gebeliğin ilk anlarından itibaren anne ve bebeğin sağlık durumunu değerlendirerek bakım planı oluşturur ve ebeveynleri bilgilendirir. Bu program ile gebelik döneminde düzenli kontrollerle

komplasyonların önlenmesini ve tedavi edilmesi amaçlanmıştır (ACOG, 2012). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2018 tarihli Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre, her gebeye en az dört kez doğum öncesi izlem yapılması gerektiği belirtilmektedir.

Yüksek riskli gebelikler, yaşam tarzı düzenlemeleri, tıbbi ve teknolojik müdahaleler ile gerektiğinde hastaneye yatışı içeren çok yönlü bir izlem süreci gerektirebilir (Rubarth ve ark., 2012). Maternal sağlık durumunun ciddiyetine bağlı olarak, doğumdan haftalar hatta aylar önce hastanede yatış zorunlu hale gelebilir. Bu tür uzun süreli yatışlar, kadınlarda kas atrofisi, kardiyovasküler disfonksiyonlar ve kemik mineral yoğunluğunda azalma gibi çeşitli fiziksel komplasyonlara yol açmaktadır. Bu durum yüksek riskli olan gebelerin hastanede kaldıkları zamanda hem bebeğe hem de kendi sağlık durumuna ilişkin endişe ve stres yaşamasına neden olmaktadır (Rubarth ve ark., 2012).

2.5.5 Riskli Gebeliklerde Hemşirenin Rolü

Gebelik sürecinde kadınlar, fiziksel değişimlerin yanı sıra yoğun duygusal ve psikolojik değişiklikler de yaşayabilir. Buna ek olarak riskli gebeliğe sahip olan gebeler birçok şekilde etkilenmektedir. Gebelikte riskli durumların erken prenatal dönemde tanınması, anne ve fetüsün olumsuz etkilenmesini önlemek açısından önemlidir (Coşkun, 2008). Yüksek riskli gebelerin bakımı multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğinden hemşirelerin bu süreçteki sorumluluğu oldukça fazladır (Errico ve ark., 2018). Yüksek riskli gebeliklerde hemşireler, gebeyi ve ailesini prenatal izlemlerin sıklığı ve önemi konusunda bilgilendirmeli; mevcut risk faktörlerini değerlendirerek uygun bakım girişimlerini planlamalıdır. Dikkatli ve kapsamlı bir sağlık değerlendirmesi, mevcut ya da olası risklerin erken dönemde tanınmasına katkı sağlar. Gebeliğin erken döneminde fark edilen birçok sorun, uygun ve zamanında müdahaleyle etkili biçimde tedavi edilebilir (Coşkun, 2008). Riskli gebeliğe sahip kadınlarda çevresel değişimlerle birlikte konfor ve uyku düzeninde bozulmaların meydana geldiği belirtilmektedir. Ayrıca, hastanede kalma ya da sık kontroller nedeniyle fiziksel hareketliliğin kısıtlandığı, gebeliğin ilerleyişine dair belirsizliklerin korku seviyesini artırdığı ve çoklu stres etkenlerinin bireysel uyumu olumsuz yönde etkilediği ifade edilmektedir (Medeiros ve ark., 2016; Baltacı ve Başer, 2020).

Anne bebek sağlığının desteklenmesinde, gebelerin kendilerine ve bebeklerine yönelik farkındalıklarının artırılması önemlidir. Hemşireler prekonsepsiyonel dönemden itibaren kadınların risk algılarını değerlendirerek bu algının bakım ve iletişim süreçlerine etkisini değerlendirmeli, eğitim ve danışmanlık yaparak risk algısında olumlu değişim sağlamalıdır (Rajbanshi ve ark., 2021; Maharromova, 2022).

Hemşireler, riskli gebelik sürecinde kadının gebeliğe özgü gelişimsel görevlerini yerine getirebilmesi için bireysel baş etme stratejilerinin farkına varması konusunda yardımcı olmalıdır. Bu dönemde gebeliğin kabullenilmesi, fetüsün bir birey olarak benimsenmesi ve annelik rolünün içselleştirilmesi gibi gelişimsel aşamalar özenle değerlendirilmeli; uygun olmayan davranışlar karşısında rehberlik ve duygusal destek sağlanmalıdır (Gilbert ve Harmon, 2011). Ayrıca, kadının tedavi ve bakım sürecine aktif katılım göstermesi ve otonomi hakkını kullanabilmesi açısından cesaretlendirilmesi önem arz etmektedir (Gilbert ve Harmon, 2011; Carpenito Moyer ve Erdemir, 2012).

Gebe ya da fetüste karşılaşılan ciddi sağlık sorunları, bu dönemde annenin psikolojik durumunu daha da zorlayarak stres, kaygı ve olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu durum prenatal dönemde annenin bebeğine olan bağlılığının zayıflaması gibi istenmeyen sonuçlar doğabilir. Hemşireler gebelik sürecinde anne adayının ve ailesinin bu döneme sağlıklı bir şekilde uyum sağlamasına, olası risklerle baş edebilmesine ve ruhsal sağlıklarını koruyabilmesine destek olmak amacıyla pek çok rol üstlenir. Eğitimci, rol model, danışman ve rehber kişi olarak görev yapan hemşireler, bu sorumluluklarını yerine getirirken hemşirelik sürecinden rehberlik alır (Baltacı ve Başer, 2020).

Lederman ve arkadaşları (2013) ile Dulude'un (2002) alışmalarında, riskli gebelik durumlarında kadını dikkatle dinleyen ve yeterli bilgilendirme sağlayan sağlık profesyonellerinin, gebelerin uyum sürecini olumlu yönde etkilediği ve bu sürece anlamlı katkı sağladığı belirlenmiştir. Riskli gebelik yaşayan kadınlarla gerçekleştirilen hastane ve ev ziyaretlerine dayalı bir çalışmada ise en çok ihtiyaç duyulan hemşirelik müdahalelerinin; güvenli bir bakım ortamının oluşturulması, deri bütünlüğünün korunması, bilgi yetersizliğinin giderilmesi, fiziksel konforun sürdürülmesi, etkili iletişim süreçlerinin devam ettirilmesi ve bireyin öz bakım becerilerinin desteklenmesi olduğu saptanmıştır (Farias ve ark., 2000).

2.6 Gebelikte Risk Algısı

Risk, şu andaki ya da gelecekteki bir olayın olumsuz sonuçlanma ihtimali şeklinde tanımlanmıştır (Stahl ve Hundey, 2003). Genel anlamıyla istenmeyen bir olayın gerçekleşme olasılığı olarak da ifade edilen risk, algılama ve değerdendirilmesi kişiler arasında farklılık göstermektedir (Bayrampour ve ark., 2013; Essén ve ark., 2000). Risk algısı ise kişinin potansiyel bir olumsuz olayın doğurabileceğı sonuçların ciddiyeti, özellikleri hakkında oluşturduğu bilişsel ve duygusal değerdendirmeleri kapsar ve bu değerdendirmeler kişiden kişiye farklılık göstermektedir (Darker, 2013; Oğultarhan, 2024).

Gebelik risk algısı, anne adaylarının kendileri ve bebekleri için oluşabilecek olası zararlar hakkındaki bilinç, duygu ve düşüncelerini ifade eder. Çok boyutlu bir kavram olan risk algısı bireysel özellikler, gebelikteki psikolojik durum ve toplumsal etkenler gibi faktörlerden etkilenmektedir (Lee ve ark., 2019; Correa-de-Araujo ve Yoon, 2021). Heaman ve Gupton'a (2009) göre, gebe kadınların hem kendileri hem de bebeklerinden kaynaklı ortaya çıkabilecek risklere ilişkin farkındalık durumları ve duygusal tepkileri, gebelikte risk algısının ana bileşenleridir.

Gebelikte risk algısı, kadının kendi gebelik durumuna ilişkin öznel yorumları ve sosyal deneyimlerine dayanarak oluşmaktadır. Bununla birlikte, gebelik sürecinde meydana gelen fizyolojik değışiklikler ile anne adayının ve ailenin rollerindeki dönüşüm, kadın için bir uyum sürecini zorunlu kılmaktadır (Evcili ve Dağlar, 2019; Esmeray, 2016). Gebeliğe eşlik eden riskli durumlar ve bireysel risk algısı, bu uyum sürecini çeşitli şekillerde etkileyebilmektedir. Aynı şekilde, gebenin önceki doğum deneyimleri, sahip olduğu çocuk sayısı, gebeliğe dair bireysel deneyimleri, sosyal çevresi ve ailesel destek düzeyi gibi etmenler de gebeliğe uyumu belirleyen önemli unsurlar arasında yer almaktadır (Karaçam ve Özçelik, 2004; Özçalkap, 2018)

2.6.1 Gebelik Döneminde Risk Algısını Etkileyen Faktörler

Gebelik risk algısı, çeşitli toplumsal, psikolojik ve bireysel faktörlerden etkilenmektedir. Anne adayının kendi sağlığını nasıl değerdendirdiğı, mevcut olan tıbbi durumu, aile öyküsü, geçmiş gebelik deneyimleri, psikososyal etkenler ve gebeliğın hangi trimesterinde olduğu gibi durumlar bu algının şekillenmesinde önemli rolü vardır. Ayrıca tüm sağlık profesyonellerinin, özellikle hemşire ve doktorların gebeye

olan tutum şekli de risk algısını doğrudan etkileyen önemli faktörler arasındadır (Lennon, 2018; Heaman ve ark., 2004).

Tıbbi bir riskin var olması gebe kadının risk algısını direkt bir şekilde etkiler. Özellikle nullipar olan kadınlarda tıbbi riskin olması risk algısını büyük oranda arttırmaktadır (Bayrampour ve ark. 2013). Bununla birlikte anne yaşı da risk algısını direkt olarak etkileyen bir faktördür (Thapa, 2014). Komplike ve komplike olmayan gebeliklerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, tıbbi risk puanının her iki grup için de algılanan riskin en güçlü belirleyicisi olduğu saptanmıştır (Gupton ve ark., 2001). Tıbbi durumlar gebelikte risk algısını etkilerken, aynı zamanda risk algısı da tıbbi süreci şekillendirebilir. Örnek olarak yüksek riskli gebeliklerin yönetimi ve sonuçları hem anne adayının hem de sağlık profesyonellerinin risk algısından doğrudan etkilenebilir. Obstetrik bakım ihtiyacı olan bir gebe, yapılacak tedavinin gerekliliğini anlamalı ve kabul etmelidir. Bu nedenle bu süreçte sağlık profesyonellerinin bilgilendirme ve yönlendirme davranış biçimi önemli bir rol oynar (Lee ve ark., 2012).

Kadının gebelikteki risk algısını şekillendiren diğer unsurlara baktığımızda demografik ve psikososyal etkenler yer alır. Yapılmış araştırmalara baktığımızda parite, gebelik yaşı, gebelik haftası, annenin eğitim seviyesi, ailesinin gelir düzeyi, etnik köken, yaşadığı çevre, sosyal kimliği ve medeni durum gibi demografik özelliklerin risk algısında belirleyici olduğu saptanmıştır (Lennon, 2018; Thapa, 2014; Mrisho ve ark., 2007). Ayrıca, gebe kadınlar sağlıkla ilgili karar alırken aileleri ve arkadaş çevrelerinin görüşlerinden önemli ölçüde etkilenmektedir (Widnes ve Schjøtt, 2017). Risk algısını etkileyen bir diğer faktör ise bireyin kendi öz yeterlilik seviyesidir. Gebelikte öz yeterlilik, kadının gebelik süreci boyunca yaşayabileceği sıkıntıları yönetme ve bu sıkıntıların üstesinden gelme konusundaki inancını ifade eder. (Lennon, 2018; Mrisho ve ark., 2007).

2.7. Gebelikte Distres

Gebelik, kadının fiziksel görünümünden sosyal statüsüne kadar hayatının çeşitli yönlerinde değişikliklere neden olan bir durumdur. Gebelikte meydana gelen bu değişikliklere birçok kadın rahatlıkla uyum sağlarken bazı kadınlar gebelikte oluşan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlamada zorlanır. Bunun

sonucunda fizyolojik veya psikolojik problemlerle karşı karşıya kalabilir (Dündar ve ark., 2019).

Gebelik distressi, gebelik sürecinde ortaya çıkan ve hem fizyolojik hem de psikososyal faktörlerden kaynaklanan stres tepkilerini ifade eder. Bu durum; anne adayının gebeliğe, doğuma, annelik rolüne ve bebeğin sağlığına ilişkin kaygı, korku gibi olumsuz duygular yaşamasıyla ilişkilendirilir. Literatürde bu kavram, gebeliğin kendine özgü stres kaynaklarına bağlı olarak geliştiği için “gebeliğe özgü stres” ya da “gebelik distressi” olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve Oskay, 2021; Alderdice ve ark. 2013).

Gebelik distressi, genel anksiyete ya da depresyondan farklı olarak; gebelikle ilişkili özel endişeleri, doğum korkusunu, bebeğin sağlığına yönelik belirsizlikleri ve kadınlık/annelik rollerine dair yaşanan duygusal zorlukları içerir (Alderdice ve ark., 2013). Gebelik sürecinde meydana gelen fizyolojik, sosyal ve zihinsel değişimler; yeni duruma uyum sağlayamama, beden imajındaki değişiklikler, ebeveynliğe hazır hissetmeme, maddi zorluklar, eş ve sosyal desteğin yetersizliği gibi etkenler gebelikte distrese yol açabilir (Çapık, Ejder Apay ve Sakar, 2015; Özkan ve Arslan, 2007).

2.7.1. Gebelikte Distres Nedenleri

Gebelikte distrese neden olan birçok faktör vardır. Obstetrik öykü ciddi bir belirleyici faktördür. Önceki gebeliklerde yaşanan düşük veya ölü doğum öyküsü, infertilite tedavisi görmek, gebeliğe bağlı oluşan komplikasyonların varlığı mevcut olan gebelik kaygısını şiddetlendirerek psikolojik baskıyı arttırarak distrese neden olabilir (Ertekin, 2021; İzmir Şentürk, 2019). Psikososyal faktörler de gebelikte oluşan distressin başlıca nedenlerinden biridir. Özellikle düşük aile geliri, çalışma şartlarındaki zorluklar, gebeliğin planlanmamış olması, anne olma kaygısı, beden algısındaki değişimler, doğum eylemi, aile içi huzursuzluklar, yetersiz sosyal çevreden yetersiz destek gibi durumlar, gebenin psikolojik durumunu olumsuz şekilde etkileyebilir (Dündar ve ark., 2019; Furber ve ark., 2009; Ertuğrul, 2013).

Yakın zamanda yaşanmış olan Covid-19 salgını gebelerin stresini arttıran başka bir unsur olarak karşımıza çıkmıştır. Covid-19 pandemisi sırasında gebelerde depresyon ve psikolojik sıkıntı düzeyleri değerlendirilen çalışmada; katılımcıların %27.5'inde

şiddetli düzeyde depresyon olduğunu ve gebelerin önemli bir bölümünde farklı şiddetlerde depresyon saptandığını göstermiştir. Ayrıca, gebelerin yarısından fazlasının olumsuz duygulanım yaşadığı ve distres belirtileri gösterdiği belirlenmiştir (İçel ve ark., 2024). Başka bir çalışmada Covid-19 bazı gebelerde fetal distrese ve erken doğuma neden olduğunu belirtmektedir (Akkuzu ve Gökbulut, 2020). Manning ve arkadaşlarının (2022) yapmış olduğu bir çalışmada Covid-19 pandemisinin gebelerde önemli ölçüde artan distrese neden olduğunu ve bunun gelişmekte olan bebek beynini etkileyebileceğini göstermiştir. Aynı çalışmada, katılımcıların %33.4'ünde klinik olarak yüksek düzeyde depresyon belirtileri, %47.1'inde ise klinik olarak yüksek düzeyde anksiyete belirtileri tespit edilmiştir.

2.7.2. Yüksek Riskli Gebeliklerde Distres

Gebelik sürecinde anne adayının vücudunda, günlük yaşamında, sosyal ilişkilerinde ve sorumluluklarında meydana gelen değişimler stres kaynağı olabilir. Bunun yanı sıra, gebelik kontrolleri, doktor muayeneleri, doğuma dair belirsizlikler, doğum korkusu ve eş ile çevreden yetersiz sosyal destek gibi etkenler de bu süreci daha stresli hâle getirebilir. Yüksek riskli gebeliklerde ise bu faktörlere ek olarak, riskli gebelik tanısının konulması, kanama ve ağrı gibi tehlike belirtilerinin ortaya çıkması, bebekle ilgili olumsuz durumlarla karşılaşma ihtimali ve hastane ortamında tedavi görmek gibi unsurlar stresi daha da artırmaktadır (Atasever ve Sis Çelik, 2018; Aydın, Yılmaz Güven, Karahan, 2019; Ölçer ve Oskay, 2015)

Literatürde yüksek riskli gebeliklerin stres seviyelerinin daha yüksek bulunduğu çalışmalara rastlanmıştır. Üzar Özçetin ve Erkan'ın (2019) gerçekleştirdiği araştırmada, hastanede yatış deneyimi yaşamış yüksek riskli gebelerin algıladıkları stres düzeyinin, yatış deneyimi olmayanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Irion ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada yüksek riskli gebelerde yatak istirahatının anksiyete ve depresyona yol açtığını tespit etmiştir.

Riskli ve riskli olmayan gebelerle yapılan bir çalışmada her iki grupta farklı stres faktörlerinin olduğu dikkat çekmiştir (Karataş ve ark., 2020). Riskli gebelerde, gebelik sürecinde tehlike belirtilerinin ortaya çıkması, bebeğin sağlığıyla ilgili olası olumsuzluklar ve gebelik sürecine dair belirsizliklerin olması daha fazla strese yol açtığı tespit edilmiştir. Öte yandan, riskli olmayan gebelerde ise doğum süreciyle ilgili

korku ve endişelerin önemli bir stres kaynağı olduğu görülmüştür (Karataş ve ark., 2020)

Riskli ve riskli olmayan gebeliklerde stres düzeyinin karşılaştırıldığı bir çalışmada riskli gebeliği olan kadınlarda, sağlık bakım kalitesi ve sağlık durumu ile ilgili stres düzeylerinin ve finansal kaygıların daha yüksek olduğu bulunmuştur. Özellikle hipertansiyonlu gebe kadınların diğer gebe kadınlara göre anlamlı derecede daha fazla stres yaşadıkları tespit edilmiştir (Mete ve ark., 2020). Yüksek riskli gebelerin gebelik deneyimleri ve prenatal distres düzeylerinin değerlendirildiği başka bir çalışmada prenatal distres düzeyleri arttıkça, olumlu gebelik deneyimlerinin azaldığı ve olumsuz gebelik deneyimlerinin arttığı tespit edilmiştir (Kara ve Nazik, 2024). Araştırmalar, gebelikte yaşanan distresinin ve bunun sonucunda ortaya çıkan yüksek düzeyde duygusal sıkıntının, özellikle depresyon ve kaygıyı artırarak gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonların görülme sıklığını artırdığını göstermektedir. Bunun yanı sıra, bu durumun yenidoğan sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratarak düşük doğum ağırlığı, erken doğum, küçük baş çevresi, yenidoğan bebeklerin doğumdan hemen sonra genel sağlık durumlarını hızlı bir şekilde değerlendirmek için kullanılan test (APGAR) skorlarının düşüklüğü ve intrauterin büyüme geriliği (IUGR) gibi sorunlara yol açtığı bildirilmiştir (Altınçelep, 2011 ve Savrun, 2008). Gebelikte annenin ruh sağlığı hem anne hem de fetüsün sağlığı açısından büyük bir önem taşır. Çünkü anne-bebek bağlanmasının temelini daha gebelik sürecinde atıldığını göstermektedir (Elkin, 2015). Türkiye'de gerçekleştirilen bir kesitsel çalışmada distres seviyesi yüksek bulunan gebelerde prenatal bağlanma skorlarının önemli ölçüde daha düşük olduğu bulunmuştur (Özkan ve ark., 2023).

2.7.3. Riskli Gebelerde Anksiyetenin Azaltılmasında Hemşirenin Rolü

Hemşireler gebelik sürecinde kadınların duygu ve düşüncelerini ifade etmesine, endişelerini paylaşmasına ve olumlu baş etme yöntemlerini öğreterek bunları sosyal hayatlarında kullanmasına yardımcı olabilecek en uygun sağlık ekibi üyesidir. Aynı zamanda, aile ilişkilerini düzenleme konusunda ve sosyal destek sistemlerinden etkili şekilde faydalanmada gebe kadınlara öncülük edebilir ve destekleyici bir ortam oluşturabilir (Bekmezci ve Özkan, 2016; Şanlı ve ark., 2018).

Hemşireler, anksiyetesi olan gebelerle çalışırken ilk olarak gebenin kaygı belirtilerini ve düzeylerini gözlemlemeli, empatiyle yaklaşmalı ve güvenli bir iletişim kurmalıdır. Gebenin anksiyetesine neden olan faktörleri belirlemek için veri toplayarak kapsamlı bir değerlendirme yapmalıdır. Bununla birlikte bakım ve eğitim gereksinimleri karşılanarak gebe ve ailesine duygusal destek vermeli ve onlara danışmanlık sağlamalıdır. Riskli gebelerde anksiyetenin azaltılması, onların gebelik sürecine daha rahat ve bütüncül bir şekilde uyum sağlayabilmesi açısından büyük önem taşır (Taşkın, 2016; Deliktaş ve ark., 2015).

Gebelik dönemde ortaya çıkabilecek fizyolojik sorunlar kadar anksiyete ve stres durumunun varlığı da anne adaylarının genel sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir. Gebelikte kaygı seviyesinin düşük tutulması hem annenin hem de fetüsün sağlığı açısından büyük bir öneme sahiptir. Riskli gebeliğe sahip anne adayları bu stresli dönemle baş etmeye çalışırken kapsamlı ve destekleyici bir hemşirelik bakımına ihtiyaç duyar (Baltacı ve Başer, 2020). Riskli gebelik yaşayan kadınların kaygı ve bağlanma düzeyleri değerlendirildiğinde, bağlanması zayıf ve kaygı düzeyi yüksek olan gebelere kanıta dayalı yaklaşımlar uygulanabilir (Bekmezci ve Özkan, 2016; Taşkın, 2016). Bu süreçte hemşireler gebelerin anksiyete ve stresini azaltmaya yönelik kanıta dayalı uygulamadan; egzersiz, yoga, masaj, akupunktur, manevi destek uygulamaları, müzik dinleme ve ninni söyleme gibi yöntemlerle onları destekleyebilir (Ölçer ve Oskay, 2015; Şanlı ve ark., 2018).

Hemşireler riskli gebeliği olan kadınlara yönelik etkili bir hemşirelik bakımı uyguladığı zaman anksiyete seviyelerinin azalmasına olanak sağlayacaklardır. Bu da ilerleyen dönemlerde ortaya çıkabilecek psikososyal sorunların önlenmesinde ve prenatal bağlanmanın gelişmesinde olumlu katkılar sağlayabilir (Baltacı ve Başer, 2020).

2.8. Prenatal Bağlanma

Prenatal bağlanma kavramı ilk kez Cranley (1981) tarafından tanımlanmıştır. Cranley, prenatal bağlanmayı annelerin henüz doğmamış bebekleriyle kurduğu etkileşim ve onlara duydukları sevgiyi gösteren davranışların bütünü olarak ifade etmiştir (Cranley, 1981). Bir başka araştırmacı olan Muller (1992) ise prenatal bağlanmayı, kadın ile fetüs arasında gelişen özel ve sevgi dolu bir ilişki olarak tanımlamıştır. Ayrıca, bebeğin

erken dönemde primer bakım verenlerle kurduğu ilişkinin ve bu süreçte oluşan içsel yansımaların, ilerleyen dönemdeki bağlanma ilişkilerini, gebeliğe uyumunu ve bebeği ile olan etkileşimini şekillendireceğini vurgulamıştır (Muller, 1992; Muller ve Mercer, 1993).

Araştırmalar, doğum öncesi bağlanmanın gebelik sürecinde sağlıklı yaşam alışkanlıklarını teşvik ettiğini, annelik rolünü benimsemeyi kolaylaştırdığını ve prenatal depresyona karşı koruyucu bir etki sunduğunu ortaya koymaktadır (Lucas, 2013; Brandon ve ark., 2009; Bekmezci ve Özkan, 2016; Duyan ve ark., 2013). Bu doğrultuda, gebelerin sağlığına yönelik olumlu davranışlar sergilemesi; zararlı maddelerden uzak durma, doğum öncesi bakım önerilerine uyum sağlama, düzenli uyku ve egzersiz alışkanlığı kazanma, dengeli beslenme, emniyet kemeri kullanımı ve gerekli tıbbi müdahaleleri kabul etme gibi pek çok unsuru kapsamaktadır (Lucas, 2013; Brandon ve ark., 2009; Bekmezci ve Özkan, 2016; Duyan ve ark., 2013).

Doğum öncesi bağlanmanın anneye sağladığı faydalar incelendiğinde, bu sürecin aile içindeki duygusal yakınlığı güçlendirdiği ve anne-bebek arasındaki bağın daha sağlıklı gelişmesine katkıda bulunduğu görülmektedir. Aynı zamanda, annenin ruh halini olumlu yönde etkileyerek doğum sonrası depresyon riskini azalttığı, psikolojik iyi oluşunu desteklediği ve stresle başa çıkma becerilerini güçlendirdiğini anne adayının kendini daha güvende ve desteklenmiş hissetmesini sağlayarak savunmasızlık duygusunu hafıflettiği ve annelik rolünü benimsemesini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Bekmezci ve Özkan, 2016; Lucas, 2013).

2.8.1. Prenatal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

Sosyodemografik Faktörler; Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi ve aile yapısı gibi demografik özellikler prenatal bağlanmayı etkileyen durumlardır (Karabulutlu ve ark., 2020). Yapılan olan bir çalışmada 40 yaş ve üzeri olan gebeler, eğitim düzeyi ilköğretim olan, çalışmayan, gelir seviyesi az olan ve kalabalık ailede yaşayan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Karabulutlu ve ark., 2020).

Obstetrik Özellikler; Gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, önceki gebelik kayıpları ve gebelikte yaşanan sağlık sorunları gibi obstetrik faktörler de prenatal bağlanmayı

etkileyebilir. Badem ve Zeyneloğlu'nun (2021) çalışmasında ilk çocuğuna gebe olan kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin, iki veya daha fazla çocuğa sahip gebe kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Badem ve Zeyneloğlu, 2021).

Gebeliğin Planlanması ve İstenmesi; Kadınların kendileri için en uygun zamanda bebek sahibi olmaya psikolojik olarak hazır hissetmeleri, bebeği istemeleri ve çevrelerinden destek görmeleri, gebeliğin istenmiş ve onaylanmış olmasını sağlayarak sosyal desteği artıracak ve böylece prenatal bağlanmayı güçlendirecektir (Napoli ve ark., 2020; Wilson ve ark., 2000; Badem ve Zeyneloğlu, 2021). Yapılan bir araştırmaya göre, gebeliğini eşiyle birlikte planlayan kadınların bebeklerine olan bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Badem ve Zeyneloğlu, 2021).

Eş ve Sosyal Destek; Gebelik döneminde eş, aile ve arkadaşlardan görülen destek arttığında annenin bebeğine olan bağlanma düzeyi de bununla birlikte artmaktadır. Sosyal destek, annenin gebelik durumuna uyumunu kolaylaştırarak bebeğiyle daha sağlam bir bağ kurmasına yardım eder (Aksoy ve ark., 2016). Özellikle, sosyal desteğin daha fazla olduğu son trimesterde olan gebelerin prenatal bağlanma seviyelerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca, eğitim düzeyi arttıkça hem algılanan sosyal destek hem de prenatal bağlanma düzeylerinin yükseldiği belirlenmiştir (Öztürk, 2018). Ulu ve Bayraktar'ın (2018) çalışmasında gebelerin evliliğinden aldıkları doyum arttığında prenatal bağlanma seviyelerinde de artış yaşanmıştır.

Annenin Psikolojik Durumu; Annenin gebelik dönemindeki psikolojik sağlık durumu ile prenatal bağlanma ilişki içerisinde olup yapılan çalışmalarda prenatal dönemde annenin depresyon, stres gibi durumların anne-bebek bağlanmasına negatif yönlü etkisi olduğu bulunmuştur (Lindgren, 2001; Tunçel, 2018). Abasi ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında depresyon ve yüksek anksiyetesi olan gebelerin daha az seviyede anne ve bebek bağlanmasına neden olduğu saptanmıştır. McFarland ve arkadaşlarının (2011) orta ve son trimesterdeki majör depresif bozukluğuna sahip gebelerle yaptığı çalışmada da aynı şekilde düşük seviyede prenatal bağlanmaya sahip olduğu bulunmuştur. Altın'ın (2023) dayanıklılık düzeyi ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada psikolojik olarak dayanıklılık düzeyi yüksek olan gebelerin prenatal bağlanma düzeyinin de yüksek olduğu bulunmuştur.

Gebelikte Sağlık Davranışı; Yapılan bir çalışmada gebelikte birlikte sağlık davranışlarında olumlu değişiklikler yapan gebelerin bebekleriyle olan bağlanma düzeyleri, sağlık davranışlarında değişiklik yapmayan gebelere oranla daha fazla olduğunu göstermektedir (Badem ve Zeyneloğlu, 2021). Rahimi ve arkadaşlarının İran’da (2025) yapmış olduğu kesitsel çalışmada, maternal-fetal bağlanma düzeyi ile gebelikte sağlık davranışlarına uyum arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur.

2.8.2 Riskli Gebelikler ve Prenatal Bağlanma

Gebelik sürecinde ortaya çıkan gebelik sorunları annenin bebeğinin sağlığı konusunda tedirgin hissetmesine, bebeğini kaybetme ihtimalini düşünmesine neden olabilir. Bu nedenle riskli gebeliği olan anne adaylarının bebeği ile kurduğu bağ olumsuz yönde etkilenebilir. Annenin bu durumda bebeği ile duygusal bir bağ kurmada çekingenlik yaşamasına ve bağlanma sürecinin zarar görmesine neden olabilir (Gilbert ve Harmon, 2002 ve Pisoni ve ark., 2014). Perinatoloji kliniğinde en düşük 5 gün tedavi gören ile gebeliği normal seyrinde olup gebe izlem polikliniklerine müracat eden gebeler arasında yapılan bir çalışmada gebelikleri riskli olan kadınların prenatal düzeylerinin sağlıklı gebelere göre daha düşük bulunmuştur (İzmir Şentürk, 2019).

Yüksek riskli gebelerle düşük riskli gebelerin prenatal bağlanma seviyelerinin karşılaştırıldığı çalışmada riskli gebelerin bağlanma puanlarının düşük olduğu bulunmuştur. Özellikle hastaneye yatırılan erken doğum riski olan gebelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinde artış olmakla birlikte bağlanma düzeylerinde de düşüş olmuştur (Pisoni ve ark.,2016). Riskli gebelikler ve prenatal bağlanmayı araştıran başka bir çalışmada ise yine benzer sonuç olarak riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin orta düzeyin altında olduğu bulunmuştur (Demir Yıldırım ve Hotun Şahin, 2020).

2.8.3. Riskli Gebeliklerde Prenatal Bağlanma Sürecinde Hemşirenin Rolü

Hemşireler, doğum öncesi dönemde bağlanma sürecini destekleyerek anne bebek arasındaki sevgi bağının başlatılmasında ve sürdürülmesinde kilit rol oynamaktadır (Özgen, 2016). Gebelik sürecinde prenatal bağlanma konusunda risk taşıyan ya da bağlanma sorunu yaşayan gebelerin erken dönemde tespiti ve annelik sürecine

hazırlanmasına yönelik uygun hemşirelik girişimler oldukça önemlidir. Bu sayede, ilerleyen dönemlerde meydana gelebilecek çocuk ihmali ve istismarının önüne geçilmesi mümkün olabilir (Akarsu ve Oskay, 2017; Yılmaz, 2013). Bağlanmanın değerlendirilmesi için en uygun zaman ikinci trimesterden sonraki dönemlerdir. Çünkü fetal hareketler erken gebelik haftalarında hissedilmez. Bu nedenle ilk dönemlerde annenin bebeğini tanıması ve kabul etmesi zor olabilir (Lang, 2018).

Hemşireler prenatal bağlanmayı doğru biçimde değerlendirebilmesi için öncelikle anne bebek arasındaki etkileşimi çok iyi bilmesi gerekmektedir. Bu sayede anne bebek arasındaki fiziksel ve duygusal bağı oluşturup güçlendirebilir. Bunun için işitsel, görsel ve uygulamalı eğitimler planlayabilir (Lang, 2018). Prenatal bağlanmayı arttırmak için gebelerin bebekleriyle konuşmaya teşvik edilmesi, gebelik dönemi boyunca günlük tutarak duygu ve düşüncelerini bebekleri ile paylaşımları sağlanmalıdır. Buna ek olarak abdomene dokunarak bebeğin varlığını hissetmeleri, bebeğin hareketlerini sayıp kaydetmeleri, bebeklerine müzik dinletme veya söylemeleri gibi kanıta dayalı uygulamalar önerilebilir (Abasi ve ark., 2012; Lang, 2018; Persicoa ve ark., 2017; Yılmaz, 2013).

Hemşireler prenatal bağlanmanın gelişmesi amacıyla gebeleri doğuma hazırlık eğitimlerine yönlendirebilirler. Literatürde yapılmış çalışmalarda doğum öncesi eğitimlere katılan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin, yalnızca standart bakım alan gebelere oranla istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Bellieni ve ark., 2007; Chang ve ark., 2004) Yapılan çalışmalarda ise gebeliği planlanmayan ve istenmeyen gebeliklerde sağlık profesyonelleri tarafından verilen danışmanlık hizmetinin prenatal bağlanma seviyelerini yükselttiği saptanmıştır (Ekrami ve ark., 2019; Jangjoo ve ark., 2021). Karataş'ın (2021) yapmış olduğu çalışmada doğuma hazırlık eğitimlerinin anne adaylarında prenatal bağlanma seviyelerini artırdığı ve depresyon riskini düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır. Duygusal bağlanmayı güçlendirme ve annenin psikolojik sağlığını olumlu yönde etkilenmesine olanak sağlanması için doğuma hazırlık eğitimleri hemşireler tarafından teşvik edilmelidir. Benzer olarak, Türkiye'de gerçekleştirilen diğer çalışmalarda da doğuma hazırlık eğitiminin gebeler üzerinde prenatal bağlanma seviyelerini pozitif olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Kartal ve Karaman, 2018; Çıtak ve ark., 2020).

Riskli gebeliklerde, anne ve fetüs arasındaki güvenli bağlanma süreci tehdit altında olabileceğinden, gebelerin bağlanma düzeylerinin düzenli olarak değerlendirilmesi ve izlenmesi gerekmektedir (Bakır ve ark., 2014). Riskli gebeliklerde bebeklerini kaybetme riski olan gebelerde bağlanmanın artırılması, ilerleyen dönemde kayıp yaşaması durumunda sıkıntı yaratacağı düşünülmektedir. Ancak gebelerin yaşadıkları fiziksel ve psikolojik güçlüklerle başa çıkabilmeleri için bebekleriyle duygusal bir bağ kurmaları ve sevgi temelli etkileşimde bulunmaları büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle özellikle perinatoloji kliniğinde çalışan hemşireler riskli gebeliklere uygun yaklaşımlar geliştirmeli, bu zorlu süreci olumlu bir deneyime dönüştürerek bağlanmayı desteklemelidir (Baltacı ve Başer, 2020).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Bu çalışma, perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerde risk algısı, distres ve prenatal bağlanmaya etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırma soruları

- Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerde risk algısı düzeyi nedir?
- Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerde distres düzeyi nedir?
- Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerde prenatal bağlanma düzeyi nedir?
- Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerde risk algısı, distres ve prenatal bağlanma düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yer ve Zamanı

Araştırma, Ağustos 2023- Mayıs 2025 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Perinatoloji Kliniğinde tedavi gören gebelerle yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı sürede Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Perinatoloji Kliniğinde tedavi gören gebeler oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklem büyüklüğüne G Power analizi ile karar verilmiştir. G Power analizinde iki ortalama arasındaki ilişki temel alınarak örneklem hesaplaması yapılmıştır. Hesaplama iki yönlü korelasyon, tip 1 hata oranı (α)= 0.05, çalışmanın gücü ($1 - \beta$) ise 0.90 olarak alınmıştır. Ayrıca, konu ile ilgili benzer ilişkinin araştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanılmadığı için Cohen'in standardize edilmiş etki büyüklüğünde korelasyon testi için orta etki büyüklüğünü gösteren 0.3 temel alınarak analiz yapılmıştır. Analiz sonucunda örneklem 116 kişi çıkmıştır. Kayıp veri olabileceği ihtimali nedeniyle 150 gebeden veri toplanması planlandı. Bu çalışmada toplam 204 hastaya ulaşılarak veriler toplanmıştır.

3.5. Örneklem Dahil Edilme Kriterleri

- Riskli gebelik tanısıyla perinatoloji kliniğine yatırısı yapılan,
- 12 hafta ve üstü gebeliğe sahip olan,
- 18 yaş üstü olanlar
- Okuma-yazma bilen,
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen,
- Psikiyatrik sorunu bulunmayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden yazılı onamları alınan gebeler olarak belirlenmiştir.

3.6. Dışlama Kriterleri

- Gebeliğin sağlıksız olmasından dolayı tıbbi terminasyon nedeniyle yatan hastalar
- 18 yaş altı ve adli vaka olan hastalar
- 12 hafta altında gebeliği olan kadınlar

3.7. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada; veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Gebelikte Risk Algısı Ölçeği (GRAÖ), Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ) ve Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) kullanılmıştır. Veriler etik kurul ve kurum izni alınarak Ekim 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplandı.

3.6.1 Kişisel Bilgi Formu

Gebelik ile ilişkili literatür tarama ve incelenmesi sonucunda gebe bilgi formunda gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini, gebelikte riskli durumlarını ve distresi ve prenatal bağlanmayı belirleyen anket soruları hazırlanmıştır (Ertekin, 2021; Tuncel, 2018; Özbek 2021). Sosyo-demografik ve Obstetrik özellik olarak iki boyutta hazırlanmıştır. Katılımcılara sosyodemografik ve obstetrik özellikler bölümü ile birlikte toplam 29 soru sorulmuştur (EK-1).

3.6.2. Gebelikte Risk Algısı Ölçeği

Gebelik Risk Algısı ölçeği, Heaman ve Gupton tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışması 2019 yılında Evcili ve Dağlar tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek, 9 madde ve 2 faktörden oluşmaktadır. Bu faktörler, gebenin bebeğine yönelik risk algısı (2., 6., 7., 8. ve 9. maddeler) ve gebenin kendisine yönelik risk algısı (1., 3., 4. ve 5. maddeler)'dir (EK-2). Ölçekte her bir maddenin üzerinde 0-10 cm'lik (0-100 mm'lik) bir doğrusal çizgi bulunmaktadır. Bu çizgilerin iki ucu "hiç risk yok" ve "son derece yüksek risk var" ifadelerini içermektedir. Ölçek toplam puanı, dokuz maddenin puanlarının toplanması ve elde edilen puanın 9'a bölünmesiyle hesaplanır. Ayrıca, ölçeğin faktörlerine ait puanlamalar da yapılabilmektedir. İlgili alt boyutlardan alınan puanların toplamı, o alt boyutun madde sayısına bölünerek hesaplanır. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Puanın artması, gebenin kendisi ve bebeğiyle ilişkili risk algısının arttığını gösterir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.875 iken, Türkçe uyarlaması yapılan formun Cronbach alfa değeri 0.848'dir (Evcili ve Dağlar, 2019). Bu çalışmada bebeğe yönelik risk algısı alt boyutu Cronbach alfa katsayısı 0.837, kendine yönelik risk algısı alt boyutu Cronbach alfa katsayısı 0.671, Gebelikte Risk Algısı Ölçeği genel Cronbach alfa katsayısı ise 0.842 bulunmuştur.

3.6.3. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği

Pop ve arkadaşları (2011) tarafından hazırlanan TGDÖ'nin Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması 2015 yılında Çapık ve Pasinlioğlu tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.83 olarak bulunmuştur (Çapık ve Pasinlioğlu, 2015). Ölçek, 12 hafta ve üzeri gebelere uygulanabilen bir araştırma aracıdır ve toplamda 16 madde içermektedir. Maddeler, 4'lü Likert ölçeği şeklinde derecelendirilmiştir: "Çok sık" için 0 puan, "Oldukça sık" için 1 puan, "Ara sıra" için 2 puan, "Nadiren/Hiç" için 3 puan (EK-3). Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 48 arasında değişmektedir. Kesme noktası olarak, toplam puanın 28 ve üzerinde olması, gebenin distres açısından risk altında olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iki ana alt boyutu bulunmaktadır. İlk olarak, "Olumsuz Duygulanım" alt boyutu 11 madde içerir. Bu maddelerin numaraları 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16'dır. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 33'tür. İkinci olarak, "Eş Katılımı" alt boyutu 5 maddeden oluşur. Bu maddelerin numaraları ise 1, 2, 4, 8 ve 15'tir. Bu alt

boyuttan elde edilebilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 15'tir. Gebeler, bu ölçekten toplamda en yüksek 48 puan alabilirler. Ölçeğin bir kesme noktası vardır ve 28 ve üzeri puan alan gebelerin distres yaşadığı kabul edilir (Çapık ve Pasinoğlu,2015). Bu çalışmada TGDÖ'nün Cronbach alfa katsayısı 0.761, Olumsuz duygulanım alt boyutunun Chronbach alfa katsayısı 0.766, Eş Katılım alt boyutu Cronbach alfa katsayısı ise 0.771 bulunmuştur.

3.6.4. Prenatal Bağlanma Envanteri

Mary Muller tarafından 1993 yılında geliştirilen PBE gebelik süresince kadınların düşüncelerini, duygularını ve durumlarını açıklamak, aynı zamanda prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla oluşturulmuş bir ölçektir. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasını 2013 yılında Kızılkaya Beji ve Yılmaz yapmıştır. Toplamda 21 madde içeren bu ölçekte, her maddenin değerlendirilmesi dördürlü Likert ölçeğine göre yapılır ve katılımcılar her maddede 1 ile 4 arasında değişen puanlar verir (EK-4). Ölçekte minimum 21, maksimum 84 puan alınabilir. Puanın yükselmesi, gebelik sürecinde bağlanma düzeyinin arttığını gösterir. Değerlendirme için kullanılan puanlama şu şekildedir: 1- Hiçbir zaman, 2- Bazen, 3- Sık sık, 4- Her zaman şeklinde değerlendirilmektedir. Türkçe 'ye uyarlanan Prenatal Bağlanma Envanteri'nin güvenirlik çalışması, iç tutarlılık analizi için yapılan Cronbach alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0.84$ olarak bulunmuştur. Türkçe formunun güvenirlik çalışması ise madde-toplam puan korelasyonlarına dayanmaktadır. Bu çalışmada, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu kullanılarak yapılan analizler sonucunda korelasyon güvenirlik katsayılarının $r=0.36$ ile 0.68 arasında değiştiği belirlenmiştir (Kızılkaya Beji ve Yılmaz, 2013). Bu çalışmada Prenatal Bağlanma Envanterinin Croanbach alfa katsayısı 0.888 bulunmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows 27.0 ve SAS versiyon 9.4 programları kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi. Verilerin analizinde bağımlı ve bağımsız değişkenler ve iki ölçek arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla; varyans, korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır. Veri analizi öncesi çalışmada kullanılan değişkenlerin öncelikle normal dağılıma uygunluk

testleri Shapiro-Wilk testi ve çarpıklık katsayılarının incelenmesi ile yapılmıştır. Yapılan testler sonucu ve çarpıklık katsayıları tüm değişkenler için +2 ve -2 arasında olduğundan, verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır ve istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır (George ve Mallery, 2011). İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda bağımsız gruplar arası t testi, üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla Varyans Analizi (F testi) uygulanmıştır. Bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Ölçeklerin genel puanlarının ortalama ve standart sapmaları tanımlayıcı istatistik tablosu şeklinde sunulmuştur (Tablo 4.5). Ölçeklerin güvenirlik katsayılarını hesaplamak için Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Etki büyüklüğünü değerlendirmek için Cohen d değeri hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü (Cohen d) değerinin 0.2'den küçük olması durumunda zayıf, 0.5 olması durumunda orta ve 0.8'den büyük olması durumunda büyük olarak tanımlanmaktadır. Son olarak, SAS PROC CALIS prosedüründen yararlanılarak aracı değişken analizi gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir.

PBE genel puanını etkileyen faktörlerin neler olduğunu tespit etmek amacıyla çok değişkenli regresyon analizi yapılarak adımsal regresyon (Stepwise Regression) yöntemi ile etkisiz değişkenler ayıklanarak bu bağımlı değişkenler için önemli olan değişkenler belirlenmiştir. Bu çok değişkenli regresyon analizinde bağımlı değişken olarak, PBE genel puanı ve bağımsız değişkenler olarak katılımcıların hasta bilgi formunda verilen özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, evlilik yaşı, evlilik süresi, aile tipi, gelir durumu, yaşanılan yer, sosyal güvence durumu, gebelik haftası, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kürtaj, ölü doğum, en son gebelikle bu gebelik arasındaki süre, tarama testi, kontrollere gitme sıklığı, riskli gebelik durumu, kronik hastalık, doğum öncesi bakım, kaç kere eğitim alındığı, eğitimi kimden aldığı, şu anki sağlık durumu, gebeliğin sonlandırılması, gebelikte stres, sosyal destek durumu) ve GRAÖ, TGDÖ genel ve alt boyut puanları kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırma öncesinde, çalışmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Etik Kurul onayı ve hastane yönetiminden gerekli izinler alınmıştır (EK-5). Araştırmaya, gebelerin katılımı gönüllük temelinde gerçekleştirilmiş ve istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri açıklanarak katılımcıların yazılı onamları alınmıştır (EK-6). Ayrıca GRAÖ kullanım izni (EK-7), TGDÖ kullanım izni (EK-8) ve PBE kullanım izni (EK-9) için e-posta yolu ile alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıkları arasında, örneklemin yalnızca Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Kliniğı'nde takip edilen gebelerden oluşması, katılımcıların eğitim düzeylerinin düşük olması ve erken gebelik haftalarındaki (<12 hafta) kadınların çalışmaya dahil edilmemesi yer almaktadır.

4. BULGULAR

Bu araştırma, perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerde risk algısının distres ve prenatal bağlanmaya etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu doğrultuda araştırmaya ilişkin bulgular aşağıda yer alan başlıklar altında verilmiştir.

4.1.Perinatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2.Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Ortalama, Standart Sapma ve Çarpıklık Değerleri

4.3.Perinatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Gebelerin Gebelik Risk Algısı Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

4.4.Perinatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Gebelerin Distres Düzeyi ve Prenatal Bağlanma Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

4.5.Çalışmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçları

4.6.Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

4.1. Perinatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Gebelerin yaş ortalamaları 30.2 ± 5.99 , eşlerinin yaş ortalaması 34.4 ± 6.88 ve evlilik yaş ortalaması ise 23.4 ± 4.76 olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin %16.2’sinin ilkokul, %24.0’ünün ortaokul, %33.8’inin lise ve %26.0’sının yüksek öğrenim mezunu oldukları Tablo 4.1’den anlaşılmaktadır. Gebelerin eşlerinin de benzer oranlarda dağıldıkları tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil olan gebelerin yarısından biraz fazlasının (%55.9) çalışmadığı, eşlerinin ise %95.6’sının çalıştığı saptanmıştır. Bir yıl ve daha az evli olan gebelerin %24.5, 2-5 yıl arası evli olan gebelerin %27.0, 6-10 yıl arası evli olan gebelerin %23.0, 11-15 yıl arası evli olan gebelerin %15.7 ve 16 yıl ve daha fazla evli olanların %9.8 olduğu bulunmuştur. Gebelerin %81.4’ü çekirdek aileye sahip, %77.9’u orta gelir grubundan ve %49.0’u ilçelerde yaşamaktadır. Çalışmaya katılan gebelerin %74.0’ünün sosyal güvencesinin olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.1. Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin sosyodemografik özellikleri (N=204)

Yaş	
Ortalama (SS)	30.2 (5.99)
Medyan (Aralık)	30.0 (19.0, 45.0)
Eşin Yaşı	
Ortalama (SS)	34.4 (6.88)
Medyan (Aralık)	34.0 (19.0, 55.0)
Evlilik Yaşı	
Ortalama (SS)	23.4 (4.76)
Medyan (Aralık)	23.0 (13.0, 40.0)
Eğitim Durumu	
	n (%)
Yüksek Öğretim	53 (26.0)
Lise	69 (33.8)
Ortaokul	49 (24.0)
İlkokul	33 (16.2)
Çalışma Durumu	
Çalışıyor	90 (44.1)
Çalışmıyor	114 (55.9)
Eşin Eğitim Durumu	
Yüksek Öğretim	41 (20.1)
Lise	77 (37.7)
Ortaokul	53 (26.0)
İlkokul	33 (16.2)
Eşin Çalışma Durumu	
Çalışıyor	195 (95.6)
Çalışmıyor	9 (4.4)
Evlilik Süresi	
1 yıl ve daha az	50 (24.5)
2-5 yıl arası	55 (27.0)
6-10 yıl arası	47 (23.0)
11-15 yıl arası	32 (15.7)
16 yıl ve sonrası	20 (9.8)
Aile Tipi	
Çekirdek	166 (81.4)
Geniş	38 (18.6)
Gelir Durumu	
Kötü	8 (3.9)
Orta	159 (77.9)
İyi	37 (18.1)
Yaşanılan Yer	
İl	82 (40.2)
İlçe	100 (49.0)
Köy	22 (10.8)
Sosyal Güvence Durumu	
Var	53 (26.0)
Yok	151 (74.0)

Araştırmaya katılan perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin obstetrik özellikleri Tablo 4.2’de sunulmuştur. Çalışmaya katılan gebelerin gebelik haftası ortalaması 30.6 ± 5.94 olarak bulunmuştur. Gebelerin %39.7’sinin 1. gebeliği, %37.3’ünün 2 veya 3. gebeliği, %16.2’sinin 4 veya 5. gebeliği ve geri kalan %6.9’unun ise 6 ve üzeri gebeliğinin olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin %41.2’si daha önce hiç doğum yapmamışken, %24.5’inin 1 tane, %23.0’ünün 2 tane ve %11.3’ünün daha önce 3 ve üzeri doğum yaptığı ve sadece bir çocuğun yaşama oranı %25.2 ve 2 ve üzeri çocuğun yaşama oranı %27.0 olarak saptanmıştır. Bir ve üzeri küretaj yaptıran gebelerin oranı %22.1 ve sadece bir ölü doğum yapanlar ise %8.3 olarak bulunmuştur. Gebelerin %12.7’si önceki gebelikler arası sürenin 24 aydan az olduğunu söylerken %39.2’si 24 aydan daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Gebelerin %87.7’si gebelikte tarama testi yaptırmışlar ve haftalık kontrole gidenlerin %16.2, 15 günde bir kontrole gidenlerin %34.8 ve 3 hafta ve üzeri sıklıkta kontrole gidenlerin %49.0 oranında olduğu, çalışmaya dahil olan gebelerin %33.8’inin riskli gebelik yaşadığı saptanmıştır.

Gebelerin %25’inin tanısı konulmuş kronik bir hastalığının olduğu ve %11.3’ünün doğum öncesi bakıma ilişkin hemşirelerden eğitim aldığı tespit edilmiştir. Gebelerin %18.1’inin sigara kullandığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %64.2’sinin doğum sürecinden korktuğu ve %81.9’unun şu anki sağlık durumunun orta olduğu belirlenmiştir. Ayrıca gebelerin %28.4’ü riskli gebelikten dolayı kendisini suçladığı saptanmıştır. Gebelerin %62.3’ünün planlı gebelik olduğu, %91.7’sinin gebeliğinin kendiliğinden oluştuğu, %95.6’sının gebeliği sonlandırmayı düşünmediği, %62.3’ünün gebelik dönemi boyunca kendini stres altında hissettiği ve %17.2’sinin gebelik dönemi boyunca sosyal destek aldığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin obstetrik özellikleri (N=204)

Gebelik Haftası	
Ortalama (SS)	30.6 (5.94)
Medyan (Aralık)	32.0 (12.0, 40.0)
Gebelik Sayısı	
	n (%)
1 gebelik	81 (39.7)
2-3 gebelik	76 (37.3)
4-5 gebelik	33 (16.2)
6 ve üzeri gebelik	14 (6.9)

Tablo 4.2. (Devamı) Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin obstetrik özellikleri (N=204)

	n (%)
Doğum Sayısı	
Hiç yapmadım	84 (41.2)
1 tane	50 (24.5)
2 tane	47 (23.0)
3 ve üzeri doğum	23 (11.3)
Yaşayan Çocuk Sayısı	
0 yasayan çocuk	97 (47.5)
1 yasayan çocuk	52 (25.5)
2 ve üzeri yasayan çocuk	55 (27.0)
Küretaj	
0 küretaj	159 (77.9)
1 ve üzeri küretaj	45 (22.1)
Ölü Doğum	
0.00	187 (91.7)
1.00	17 (8.3)
En Son Gebelikle Bu Gebelik Arası Süre	
24 aydan az	26 (12.7)
24 aydan fazla	98 (48.0)
Hiç gebelik yaşamadım	80 (39.2)
Tarama Testi Yaptırma	
Evet	179 (87.7)
Hayır	25 (12.3)
Kontrollere Gitme Sıklığı	
Haftalık	33 (16.2)
15 günde 1	71 (34.8)
3 hafta ve üzeri sıklıkta	100 (49.0)
Riskli Gebelik Durumu	
Evet	69 (33.8)
Hayır	135 (66.2)
Kronik Hastalığınız	
Evet	51 (25.0)
Hayır	153 (75.0)
Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu	
Evet	23 (11.3)
Hayır	181 (88.7)
Şu anki Sağlık Durumu	
Düşük	14 (6.9)
Orta	167 (81.9)
Yüksek	23 (11.3)
Gebeliği Sonlandırma	
Evet	9 (4.4)
Hayır	195 (95.6)
Gebelikte Stres	
Evet	127 (62.3)
Hayır	77 (37.7)

Tablo 4.2. (Devamı) Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin obstetrik özellikleri (N=204)

	n (%)
Sosyal Destek Durumu	
Evet	35 (17.2)
Hayır	169 (82.8)

Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin obstetrik özelliklerinden “Gebelik izleminde saptanan risk faktörleri nelerdir?” sorusuna verilen cevapların dağılımı Tablo 4.3’de sunulmuştur. Gebeler, gebelik izleminde saptanan risk faktörleri olarak %2.5 prezantasyon anomalileri, %5.4 polihidramniyos/oligohidramniyos, %7.4 çoğul gebelik, %38.7 erken doğum tehdidi, %1.0 preterm prematür membran rüptürü yaşadığı görülmüştür. Ayrıca %18.6 gestasyonel diyabet, %25 gestasyonel hipertansiyon, %6.4 preeklampsi/eklampsi, %7.8 intrauterin gelişme geriliği ve %17.2 kanama tanısı ile yatmaktadır. Ayrıca, risk faktörlerinden hiperemesis gravidarumun %0.5, plasental sorunların %5.4, diğer sorunların %19.6 oranında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3. Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin obstetrik özelliklerinden “Gebelik izleminde saptanan risk faktörleri nelerdir?” sorusuna verilen cevapların dağılımı (N=204)

	n (%)
Prezantasyon anomalileri	
Evet	5 (2.5)
Hayır	199 (97.5)
Polihidramniyos/ Oligohidramniyos	
Evet	11 (5.4)
Hayır	193 (94.6)
Çoğul Gebelik	
Evet	15 (7.4)
Hayır	189 (92.6)
Erken Doğum Tehdidi	
Evet	79 (38.7)
Hayır	125 (61.3)
Preterm Prematür Membran Rüptürü	
Evet	2 (1.0)
Hayır	202 (99.0)
Gestasyonel Diyabet	
Evet	38 (18.6)
Hayır	166 (81.4)
Gestasyonel Hipertansiyon	
Evet	51 (25.0)
Hayır	153 (75.0)

Tablo 4.3. (Devamı) Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin obstetrik özelliklerinden “Gebelik izleminde saptanan risk faktörleri nelerdir?” sorusuna verilen cevapların dağılımı (N=204)

	n (%)
Preeklampsi /Eklampsi	
Evet	13 (6.4)
Hayır	191 (93.6)
Intrauterin Gelişme Geriliği	
Evet	16 (7.8)
Hayır	188 (92.2)
Kanama	
Evet	35 (17.2)
Hayır	169 (82.8)
Hiperemesis Gravidarum	
Evet	1 (0.5)
Hayır	203 (99.5)
Plasental Sorunlar	
Evet	11 (5.4)
Hayır	193 (94.6)
Diğer Sorunlar	
Evet	40 (19.6)
Hayır	164 (80.4)

Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin obstetrik özelliklerinden “Gebelik izleminde saptanan risk faktörleri nelerdir?” sorusuna verilen cevapların gebelik haftasına göre dağılımı ve Ki-kare analiz sonuçları Tablo 4.4’de sunulmuştur. Bu tablo incelendiğinde, prezantasyon anomalileri olan olmayan hastaların gebelik haftası gruplarına dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmayıp homojen olarak dağıldıkları görülmektedir.

Gestasyonel diyabeti ve hipertansiyon olan ve olmayan hastaların gebelik haftası gruplarına dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup diyabeti olan gebelerin 27-40 haftadaki oranı 12-26 hafta aralığındakinden oldukça yüksektir. Kanaması olan ve olmayan gebelerin gebelik haftası gruplarına dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup kanaması olan gebelerin 12-26 haftadaki oranı 27-40 haftadaki oranından oldukça yüksektir.

Tablo.4.4. Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin obstetrik özelliklerinden “Gebelik izleminde saptanan risk faktörleri nelerdir?” sorusuna verilen cevapların gebelik haftalarına göre dağılımı

	Gebelik Haftası		P-value
	12-26 (N=36) n (%)	27-40 (N=168) n (%)	
Prezantasyon Anomalileri			0.1843 ¹
Evet	2 (5.6)	3 (1.8)	
Hayır	34 (94.4)	165 (98.2)	
Poli/Oligohidramniyos			0.9619 ¹
Evet	2 (5.6)	9 (5.4)	
Hayır	34 (94.4)	159 (94.6)	
Çoğul Gebelik			0.8039 ¹
Evet	3 (8.3)	12 (7.1)	
Hayır	33 (91.7)	156 (92.9)	
Erken Doğum Tehditi			0.1259 ¹
Evet	18 (50.0)	61 (36.3)	
Hayır	18 (50.0)	107 (63.7)	
Preterm Memran Ruptürü			0.5106 ¹
Evet	0 (0.0)	2 (1.2)	
Hayır	36 (100.0)	166 (98.8)	
Gestasyonel Diyabet			0.0264 ¹
Evet	2 (5.6)	36 (21.4)	
Hayır	34 (94.4)	132 (78.6)	
Gestasyonel Hipertansiyon			0.0109 ¹
Evet	3 (8.3)	48 (28.6)	
Hayır	33 (91.7)	120 (71.4)	
Preeklampsi/ Eklampsi			0.0845 ¹
Evet	0 (0.0)	13 (7.7)	
Hayır	36 (100.0)	155 (92.3)	
IUGR			0.2129 ¹
Evet	1 (2.8)	15 (8.9)	
Hayır	35 (97.2)	153 (91.1)	
Kanama			0.0046 ¹
Evet	12 (33.3)	23 (13.7)	
Hayır	24 (66.7)	145 (86.3)	
Hiperemesis Gravidarium			0.0303 ¹
Evet	1 (2.8)	0 (0.0)	
Hayır	35 (97.2)	168 (100.0)	
Plesental Sorunlar			0.1145 ¹
Evet	0 (0.0)	11 (6.5)	
Hayır	36 (100.0)	157 (93.5)	
Diğer Sorunlar			0.6633 ¹
Evet	8 (22.2)	32 (19.0)	
Hayır	28 (77.8)	136 (81.0)	

¹Ki-Kare p-değeri;

4.2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Ortalama, Standart Sapma ve Çarpıklık Değerleri

Bu çalışmada, GRAÖ, TGDÖ ve PBE kullanılmıştır. GRAÖ ölçeği iki alt boyuttan oluşmakta olup bunlar, bebeğine yönelik risk algısı ve kendisine yönelik risk algısıdır. İki alt boyuta sahip olan TGDÖ'nin alt boyutları Olumsuz Duygulanım ve Eş Katılımı'dır. PBE ise tek boyutludur. Çalışmada kullanılan bu ölçeklerin ileri istatistiksel yöntemler kullanılarak analizlerini yapmadan önce, her bir ölçeğe ilişkin ortalama, standart sapma ve çarpıklık değerleri Tablo 4.5'te verilmiştir. Normal dağılımına uygunluğunu değerlendirmek açısından bakılan çarpıklık değerleri +2 ve -2 aralığında olması verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği anlamına gelmektedir. Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, en düşük ve en yüksek çarpıklık değerleri sırasıyla -0.37 ve 0.67 olarak bulunmuştur. Normal dağılımına uygunluğunu değerlendirmek açısından bakılan çarpıklık değerleri -2 ve +2 aralığında olduğundan GRAÖ, TGDÖ ve PBE ölçeklerinin genel puanları ve alt boyutlarının tamamının normal dağılıma uygunluk gösterdikleri ve ileri istatistiksel yöntemlerin parametrik istatistiksel analiz yöntemleri ile yapılabileceği anlaşılmaktadır. Dolayısı ile bulguların bundan sonraki kısımlarında kullanılan faktör analizi, bağımsız gruplar arası t testi ve varyans analizi için ön koşul olan normallik varsayımı sağlanmış olur.

Tablo 4.5'teki GRAÖ ve iki alt boyutu bebeğine yönelik risk algısı ve kendisine yönelik risk algısı puan ortalamaları incelendiğinde, ortalamaların ortalama puan olan 5'e oldukça yakın olduğu ve gebenin kendisi ve bebeği ile ilişkili risk algısının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Dörtü likert şeklinde 0-3 olarak derecelendirilen TGDÖ ve alt boyutları Olumsuz Duygulanım ve Eş Katılımı puan ortalamaları 1 civarında olup gebelerin distres açısından risk altında olmadıkları anlamına gelmektedir. Toplam puan üzerinden değerlendirilen PBE toplam puan ortalaması maksimum puan olan 84'e yakın olup gebelerin bağlanma düzeylerinin oldukça yüksek olduğu anlamındadır.

Tablo 4.5. Çalışmada kullanılan ölçek maddelerinin ortama, standart sapma ve çarpıklık değerleri

	N	Ort.	Ss	Min	Max	Çarpıklık
Bebeğe Yönelik Risk Algısı	204	4.59	2.44	0.00	10.00	0.11
Kendine Yönelik Risk Algısı	204	4.44	2.08	0.00	10.00	0.31
GRAÖ Genel	204	4.52	2.03	0.22	9.44	0.16
Olumsuz Duygulanım	204	0.89	0.66	0.00	3.00	0.67
Eş Katılımı	204	1.12	0.57	0.00	2.64	0.26
TGDÖ Genel	204	1.05	0.47	0.06	2.63	0.36
PBE Genel	204	64.48	10.96	32.00	84.00	-0.37

4.3. Perinatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Gebelerin Gebelik Risk Algısı Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin tanımlayıcı özellikleri ile gebelik risk algısı ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.6’te verilmiştir. Gebelikte Risk Algısı Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ile çalışma durumu, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, evlilik süresi, aile tipi, gelir durumu, yaşanan yer, sosyal güvence durumunun anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Aynı zamanda gebelik sayısı, küretaj sayısı, ölü doğum sayısı, tarama testi yaptıрма durumu, kontrollere gitme sıklığı ve doğum öncesi bakıma ilişkin eğitim alma durumunun da gebelik risk algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan gebelerin GRAÖ’ nin bebeğe yönelik risk algısı alt boyutu ve ölçek genel puan ortalamalarının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), yüksek öğrenim sahibi gebelerin puan ortalamasının en yüksek olduğu bunu sırayla lise, ortaokul ve ilkokul mezunlarının izlediği tespit edilmiştir. GRAÖ’ nin kendine yönelik risk algısı alt boyutu puan ortalamalarının doğum sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), 3 ve üzeri doğum yapan gebelerin puan ortalamasının en yüksek olduğu bunu 1 tane doğum yapanlar, 2 tane doğum yapanlar ve hiç doğum yapmayanların izlediği tablodan görülmektedir. Yaşayan çocuk sayısına göre GRAÖ’ nin kendine yönelik risk algısı alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), 2 ve üzeri yaşayan çocuk sahibi olan gebelerin puan ortalamasının en yüksek olduğu bunu 1 ve 0 yaşayan çocuk sayısının takip ettiği saptanmıştır.

En son gebelikle bu gebelik arasında geçen süreye göre yapılan karşılaştırmada GRAÖ'nin kendine yönelik risk algısı alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), iki gebelik arası süre 24 aydan fazla olan gebelerin puan ortalamasının en yüksek olduğu bunu 24 aydan az olanların izlediği bulunmuştur. Gebelerin daha önceki gebeliklerde sorun yaşanma durumuna göre GRAÖ'nin bebeğe yönelik risk algısı ve kendine yönelik risk algısı alt boyut ve ölçek genel puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), sorun yaşayan gebelerin puan ortalamalarının yaşamayanlara göre anlamlı bir biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tanısı konulmuş kronik bir hastalığını olma durumuna göre GRAÖ'nin bebeğe yönelik risk algısı ve kendine yönelik risk algısı alt boyut ve ölçek genel puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), kronik hastalığı olanların gebelerin puan ortalamalarının olmayanlara göre anlamlı bir biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin şu anki sağlık durumuna göre GRAÖ'nin bebeğe yönelik risk algısı ve kendine yönelik risk algısı alt boyut ve ölçek genel puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), sağlık durumunu düşük olarak tanımlayan gebelerin puan ortalamalarının en yüksek olduğu bunu sırasıyla orta ve yüksek sağlık durumu gruplarının izlediği Tablo 4.6'dan anlaşılmaktadır. Ayrıca gebeliği sonlandırma ve sosyal destek alma durumunun gebelik risk algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), gebelikte stres yaşama durumunun ise gebelik risk algısı alt boyut puan ortalamaları ile GRAÖ genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin tanımlayıcı özellikleri ile gebelik risk algısı ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

	Bebeğe Yönelik Risk			Kendine Yönelik Risk			GRAÖ Genel		
	Algısı			Algısı					
	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss
Eğitim Durumu									
Yüksek Öğretim	53	5.18	2.30	53	4.76	1.71	53	4.99	1.84
Lise	69	4.84	2.56	69	4.76	2.25	69	4.81	2.15
Ortaokul	49	4.06	2.47	49	3.90	2.08	49	3.99	1.99
İlkokul	33	3.88	2.07	33	4.05	2.13	33	3.96	1.87
F/p/Etki Büyüklüğü	3.07	0.0288	0.429	2.50	0.0605	0.387	3.52	0.0160	0.459
Çalışma Durumu									
Çalışıyor	90	4.85	2.37	90	4.63	2.07	90	4.75	1.96
Çalışmıyor	114	4.38	2.48	114	4.29	2.09	114	4.34	2.07
t/p/Etki Büyüklüğü	1.36	0.1757	0.192	1.15	0.2503	0.163	1.44	0.1526	0.202

Tablo 4.6.(Devamı) Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin tanımlayıcı özellikleri ile gebelik risk algısı ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

	Bebeğe Yönelik Risk Algısı			Kendine Yönelik Risk Algısı			GRAÖ Genel		
	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss
Eş Eğitim									
Yüksek Öğretim	41	4.92	2.40	41	4.98	2.13	41	4.94	2.05
Lise	77	4.65	2.55	77	4.58	2.16	77	4.62	2.15
Ortaokul	53	4.59	2.32	53	4.02	1.84	53	4.34	1.80
İlkokul	33	4.03	2.42	33	4.11	2.12	33	4.06	2.01
F/p/Etki Büyüklüğü	0.84	0.4743	0.224	2.04	0.1093	0.350	1.36	0.2554	0.285
Eş Çalışma Durumu									
Çalışıyor	195	4.58	2.43	195	4.42	2.09	195	4.51	2.02
Çalışmıyor	9	4.62	2.80	9	4.78	2.10	9	4.69	2.39
t/p/Etki Büyüklüğü	-0.05	0.9640	0.015	-0.50	0.6186	0.170	-0.26	0.7968	0.087
Evlilik Süresi									
1 yıl ve daha az	50	4.12	2.26	50	3.82	1.64	50	3.99	1.76
2-5 yıl arası	55	4.86	2.10	55	4.28	2.17	55	4.60	1.88
6-10 yıl arası	47	4.78	2.72	47	4.93	2.09	47	4.85	2.17
11-15 yıl arası	32	4.67	2.76	32	4.76	2.48	32	4.71	2.47
16 yıl ve sonrası	20	4.40	2.57	20	4.78	1.86	20	4.57	1.83
F/p/Etki Büyüklüğü	0.73	0.5710	0.242	2.21	0.0692	0.421	1.27	0.2825	0.319
Aile Tipi									
Çekirdek	166	4.64	2.48	166	4.55	2.04	166	4.60	2.07
Geniş	38	4.36	2.26	38	3.97	2.25	38	4.18	1.83
t/p/Etki Büyüklüğü	0.64	0.5232	0.115	1.55	0.1220	0.279	1.14	0.2575	0.204
Gelir Durumu									
Kötü	8	4.43	2.54	8	4.00	1.67	8	4.24	2.10
Orta	159	4.69	2.41	159	4.52	2.03	159	4.61	1.98
İyi	37	4.18	2.57	37	4.18	2.37	37	4.18	2.23
F/p/Etki Büyüklüğü	0.68	0.5099	0.164	0.58	0.5621	0.151	0.77	0.4649	0.174
Yaşanılan Yer									
İl	82	4.43	2.47	82	4.45	2.05	82	4.44	2.01
İlçe	100	4.61	2.39	100	4.42	2.00	100	4.52	1.95
Köy	22	5.05	2.58	22	4.49	2.64	22	4.80	2.47
F/p/Etki Büyüklüğü	0.56	0.5729	0.149	0.01	0.9852	0.024	0.27	0.7664	0.102
Sosyal Güvence Durumu									
Var	53	4.82	2.28	53	4.46	1.81	53	4.66	1.83
Yok	151	4.50	2.49	151	4.43	2.18	151	4.47	2.09
t/p/Etki Büyüklüğü	0.82	0.4131	0.130	0.10	0.9241	0.015	0.59	0.5552	0.094
Gebelik Sayısı									
1 gebelik	81	4.22	2.07	81	3.99	1.74	81	4.12	1.71
2-3 gebelik	76	4.95	2.68	76	4.67	2.16	76	4.82	2.19
4-5 gebelik	33	4.58	2.75	33	4.63	2.46	33	4.60	2.41
6 ve üzeri gebelik	14	4.79	2.16	14	5.30	2.18	14	5.02	1.55
F/p/Etki Büyüklüğü	1.21	0.3070	0.269	2.50	0.0609	0.387	1.96	0.1215	0.342
Doğum Sayısı									
Hiç yapmadım	84	4.16	2.09	84	3.97	1.79	84	4.08	1.75
1 tane	50	4.90	2.56	50	4.77	2.11	50	4.84	2.05
2 tane	47	5.01	2.62	47	4.63	2.16	47	4.84	2.18
3 ve üzeri doğum	23	4.60	2.86	23	5.04	2.59	23	4.80	2.38
F/p/Etki Büyüklüğü	1.60	0.1899	0.310	2.67	0.0485	0.400	2.33	0.0753	0.374
Yaşayan Çocuk									
0 yaşayan çocuk	97	4.41	2.20	97	4.00	1.75	97	4.23	1.79
1 yaşayan çocuk	52	4.78	2.52	52	4.73	2.20	52	4.76	2.08
2 ve üzeri yaşayan çocuk	55	4.71	2.76	55	4.94	2.37	55	4.81	2.31
F/p/Etki Büyüklüğü	0.49	0.6133	0.139	4.39	0.0136	0.417	1.96	0.1437	0.279

Tablo 4.6. (Devamı) Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin tanımlayıcı özellikleri ile gebelik risk algısı ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

	Bebeğe Yönelik Risk			Kendine Yönelik Risk			GRAÖ Genel		
	Algısı			Algısı					
	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss
Küretaj									
Hiç yaşamadım	159	4.56	2.40	159	4.42	2.05	159	4.50	2.01
1 ve üzeri küretaj	45	4.66	2.60	45	4.49	2.21	45	4.59	2.11
t/p/Etki Büyüklüğü	-0.24	0.8135	0.039	-0.20	0.8395	0.034	-0.25	0.8025	0.042
Ölü Doğum									
0.00	187	4.57	2.40	187	4.44	2.09	187	4.51	2.00
1.00	17	4.81	2.86	17	4.38	2.01	17	4.62	2.32
t/p/Etki Büyüklüğü	-0.40	0.6913	0.101	0.12	0.9075	0.029	-0.21	0.8320	0.053
En Son Gebelikle Bu Gebelik Arasındaki Süre									
24 aydan az	26	5.07	2.93	26	4.35	1.77	26	4.75	2.21
24 aydan fazla	98	4.75	2.55	98	4.83	2.33	98	4.78	2.17
Hiç gebelik yaşamadım	80	4.23	2.07	80	3.99	1.76	80	4.13	1.72
F/p/Etki Büyüklüğü	1.58	0.2094	0.250	3.64	0.0279	0.380	2.53	0.0820	0.317
Tarama Testi Yaptırma									
Evet	179	4.63	2.39	179	4.48	2.09	179	4.57	2.00
Hayır	25	4.24	2.78	25	4.15	2.08	25	4.20	2.25
t/p/Etki Büyüklüğü	0.76	0.4495	0.162	0.74	0.4607	0.158	0.84	0.3996	0.180
Kontrollere Gitme Sıklığı									
Haftalık	33	4.85	2.19	33	5.17	1.95	33	4.99	1.69
15 günde 1	71	4.45	2.39	71	4.31	2.11	71	4.39	1.98
3 hafta ve üzeri sıklıkta	100	4.59	2.56	100	4.29	2.07	100	4.46	2.15
F/p/Etki Büyüklüğü	0.31	0.7351	0.110	2.44	0.0895	0.311	1.09	0.3366	0.208
Riskli Gebelik Durumu									
Evet	69	5.52	2.43	69	5.09	2.13	69	5.33	1.93
Hayır	135	4.11	2.31	135	4.11	1.99	135	4.11	1.95
t/p/Etki Büyüklüğü	4.05	<.0001	0.599	3.27	0.0013	0.484	4.24	<.0001	0.627
Kronik Hastalığınız									
Evet	51	5.27	2.15	51	5.01	1.91	51	5.16	1.71
Hayır	153	4.36	2.49	153	4.25	2.11	153	4.31	2.08
t/p/Etki Büyüklüğü	2.35	0.0195	0.381	2.28	0.0234	0.369	2.63	0.0093	0.424
Doğum Öncesi Bakım									
Evet	23	3.93	2.27	23	4.39	2.10	23	4.14	1.96
Hayır	181	4.67	2.45	181	4.44	2.09	181	4.57	2.04
t/p/Etki Büyüklüğü	-1.37	0.1712	0.3034	-0.12	0.9080	0.025	-0.97	0.3341	0.214
Şu anki Sağlık Durumu									
Düşük	14	6.43	2.74	14	4.86	2.95	14	5.73	2.66
Orta	167	4.60	2.35	167	4.57	1.96	167	4.59	1.91
Yüksek	23	3.35	2.25	23	3.26	2.06	23	3.31	1.91
F/p/Etki Büyüklüğü	7.42	0.0008	0.543	4.42	0.0133	0.419	7.09	0.0011	0.531
Gebeliği Sonlandırma									
Evet	9	5.20	2.53	9	3.64	1.91	9	4.51	2.06
Hayır	195	4.56	2.44	195	4.48	2.09	195	4.52	2.03
t/p/Etki Büyüklüğü	0.77	0.4410	0.2632	-1.18	0.2396	0.4021	-0.02	0.9825	0.0074
Gebelikte Stres									
Evet	127	5.10	2.47	127	4.86	2.09	127	4.99	2.04
Hayır	77	3.75	2.14	77	3.74	1.88	77	3.74	1.76
t/p/Etki Büyüklüğü	3.97	<.0001	0.5740	3.87	0.0001	0.5595	4.47	<.0001	0.6456
Sosyal Destek Durumu									
Evet	35	4.38	2.58	35	4.47	2.01	35	4.42	1.93
Hayır	169	4.63	2.41	169	4.43	2.10	169	4.54	2.05
t/p/Etki Büyüklüğü	-0.56	0.5782	0.1034	0.10	0.9190	0.0189	-0.33	0.7453	0.0604

4.4. Perinatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Gebelerin Distres Düzeyi ve Prenatal Bağlanma Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin tanımlayıcı özellikleri ile TGDÖ ve alt boyutları ve PBE puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.7’de sunulmuştur. TGDÖ ve alt boyutları ve PBE puan ortalamaları ile eğitim durumu, çalışma durumu, eşin eğitim durumu, yaşanan yer, sosyal güvence durumu, gebelik sayısı, küretaj sayısı, ölü doğum sayısı, tarama testi yapma durumu, riskli gebelik durumu, tanısı konmuş kronik hastalık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Gebelerin PBE puan ortalamalarının eşin çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), eşi çalışan gebelerin puan ortalamasının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin TGDÖ ve alt boyutlarından olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalamalarının evlilik süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), 11-15 yıl arası evli olan gebelerin puan ortalamasının en yüksek olduğu bunu sırayla 16 yıl ve üstü, 6-10 yıl arası, 2-5 yıl arası ve 1 yıl ve daha az evli olanların izlediği tespit edilmiştir. Gebelerin PBE puan ortalamalarının aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), çekirdek ailesi olan gebelerin puan ortalamasının geniş ailesi olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil olan gebelerin TGDÖ ve alt boyutlarından olumsuz duygulanım alt boyut ve ölçek genel (TGDÖ) puan ortalamalarının gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), geliri kötü olan gebelerin puan ortalamasının en yüksek olduğu bunu sırayla gelir düzeyi orta ve iyi olan gebelerin izlediği tespit edilmiştir.

Gebelerin TGDÖ ve alt boyutlarından olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalamalarının doğum sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), 3 ve üzeri doğum yapan gebelerin puan ortalamasının en yüksek olduğu bunu sırayla 1, 2 ve hiç doğum yapmayan gebelerin izlediği saptanmıştır. Benzer şekilde, gebelerin TGDÖ ve alt boyutlarından olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalamalarının yaşayan çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), 2 ve üzeri yaşayan çocuk sahibi olan gebelerin puan ortalamasının en yüksek olduğu bunu 1 ve 0 yaşayan çocuk sayısının takip ettiği saptanmıştır.

En son gebelikle bu gebelik arasında geçen süreye göre yapılan karşılaştırmada TGDÖ ve alt boyutlarından olumsuz duygulanım ve eş katılımı alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), olumsuz duygulanımda iki gebelik arası süre 24 aydan fazla olan gebelerin puan ortalamasının en yüksek olduğu buna karşılık eş katılımında hiç gebelik yaşamayan gebelerin puan ortalamalarının en yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan gebelerin TGDÖ ve alt boyutlarından olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalamalarının kontrollere gitme sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), 3 hafta ve üzeri sıklıkla kontrollere giden gebelerin puan ortalamasının en yüksek olduğu bunu sırayla haftalık ve 15 günde bir kontrollere giden gebelerin izlediği tespit edilmiştir. TGDÖ ve alt boyutları ve PBE puan ortalamaları ile daha önceki gebeliklerinizde riskli gebelik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Gebelerin TGDÖ ve alt boyutlarından olumsuz duygulanım alt boyut ve ölçek genel (TGDÖ) puan ortalamalarının şu anki sağlık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$), sağlık durumunu düşük olarak tanımlayan gebelerin puan ortalamalarının en yüksek olduğu bunu sırasıyla orta ve yüksek sağlık durumu gruplarının izlediği Tablo 4.7'den anlaşılmaktadır. Çalışmaya katılan gebelerin TGDÖ ve alt boyutlarından olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalamaları, PBE puan ortalamalarının gebeliği sonlandırma düşüncesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0.05$). TGDÖ alt boyutları ve PBE puan ortalamaları ile gebelikte stres yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.7). TGDÖ ve alt boyutlarından olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalamaları ve genel (TGDO) puan ortalamalarının sosyal destek alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ($p<0.05$) bulunmuştur. Sosyal desteği olmayan kadınların olumsuz duygulanım puanlarının daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin tanımlayıcı özellikleri ile Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği, alt boyutları ve Prenatal Bağlanma Envanterinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

	Olumsuz Duygulanım			Eş Katılımı			TGDÖ Genel			PBE Genel		
	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss
Eğitim Durumu												
Yüksek Öğretim	53	0.76	0.61	53	1.15	0.57	53	1.03	0.47	53	66.17	10.10
Lise	69	0.88	0.65	69	1.21	0.57	69	1.11	0.46	69	65.88	10.53
Ortaokul	49	0.97	0.62	49	1.05	0.52	49	1.03	0.37	49	62.39	9.73
İlkokul	33	1.02	0.78	33	0.98	0.63	33	0.99	0.59	33	61.94	14.01
F/p/Etki Büyüklüğü	1.37	0.2546	0.286	1.57	0.1979	0.306	0.59	0.6219	0.188	2.01	0.1133	0.347
Çalışma Durumu												
Çalışıyor	90	0.82	0.61	90	1.20	0.59	90	1.08	0.47	90	65.86	11.06
Çalışmıyor	114	0.95	0.69	114	1.06	0.55	114	1.02	0.46	114	63.39	10.80
t/p/Etki Büyüklüğü	-1.48	0.1403	0.208	1.81	0.0721	0.255	0.86	0.3917	0.121	1.60	0.1115	0.225
Eş Eğitim												
Yüksek Öğretim	41	0.93	0.63	41	1.15	0.61	41	1.08	0.52	41	64.56	10.71
Lise	77	0.86	0.62	77	1.16	0.51	77	1.07	0.42	77	64.79	10.46
Ortaokul	53	0.78	0.75	53	1.07	0.58	53	0.98	0.45	53	65.55	10.72
İlkokul	33	1.10	0.58	33	1.07	0.65	33	1.08	0.52	33	61.94	12.77
F/p/Etki Büyüklüğü	1.72	0.1639	0.321	0.42	0.7371	0.159	0.57	0.6371	0.184	0.78	0.5078	0.215
Eş Çalışma Durumu												
Çalışıyor	195	0.89	0.65	195	1.12	0.56	195	1.05	0.45	195	64.88	10.86
Çalışmıyor	9	1.04	0.89	9	1.07	0.82	9	1.06	0.81	9	55.89	10.11
t/p/Etki Büyüklüğü	-0.71	0.4793	0.242	0.27	0.7900	0.090	-0.09	0.9295	0.030	2.43	0.0158	0.829
Evlilik Süresi												
1 yıl ve daha az	50	0.80	0.66	50	1.19	0.51	50	1.07	0.42	50	63.34	11.72
2-5 yıl arası	55	0.69	0.57	55	1.24	0.62	55	1.07	0.48	55	65.51	9.67
6-10 yıl arası	47	0.97	0.65	47	1.01	0.53	47	1.00	0.45	47	65.62	10.35
11-15 yıl arası	32	1.14	0.66	32	1.00	0.54	32	1.04	0.47	32	65.03	10.36
16 yıl ve sonrası	20	1.10	0.74	20	1.06	0.66	20	1.08	0.60	20	60.95	14.34
F/p/Etki Büyüklüğü	3.51	0.0086	0.531	1.65	0.1623	0.364	0.18	0.9481	0.120	0.92	0.4531	0.272

Tablo 4.7. (Devamı) Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin tanımlayıcı özellikleri ile Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği, alt boyutları ve Prenatal Bağlanma Envanterinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

	Olumsuz Duygulanım			Eş Katılımı			TGDÖ Genel			PBE Genel		
	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss
Aile Tipi												
Çekirdek	166	0.87	0.63	166	1.14	0.57	166	1.05	0.45	166	65.21	10.89
Geniş	38	1.01	0.76	38	1.05	0.55	38	1.04	0.52	38	61.29	10.84
t/p/Etki Büyüklüğü	-1.17	0.2414	0.211	0.84	0.4017	0.151	0.19	0.8512	0.033	2.00	0.0464	0.360
Gelir Durumu												
Kötü	8	1.45	0.88	8	1.31	0.68	8	1.35	0.50	8	59.38	19.32
Orta	159	0.92	0.65	159	1.15	0.56	159	1.08	0.47	159	64.82	10.41
İyi	37	0.65	0.56	37	0.95	0.58	37	0.86	0.40	37	64.14	11.09
F/p/Etki Büyüklüğü	5.81	0.0035	0.481	2.26	0.1069	0.299	5.32	0.0056	0.460	0.96	0.3842	0.195
Yaşanılan Yer												
İl	82	0.83	0.65	82	1.14	0.58	82	1.04	0.47	82	65.65	10.26
İlçe	100	0.88	0.62	100	1.12	0.58	100	1.05	0.47	100	64.25	11.19
Köy	22	1.18	0.79	22	1.05	0.46	22	1.09	0.46	22	61.18	12.16
F/p/Etki Büyüklüğü	2.56	0.0800	0.319	0.18	0.8370	0.084	0.12	0.8887	0.068	1.49	0.2280	0.243
Sosyal Güvence Durumu												
Var	53	0.91	0.68	53	1.07	0.61	53	1.02	0.52	53	65.49	11.99
Yok	151	0.88	0.65	151	1.14	0.55	151	1.06	0.45	151	64.13	10.59
t/p/Etki Büyüklüğü	0.27	0.7875	0.043	-0.72	0.4745	0.114	-0.48	0.6300	0.077	0.78	0.4368	0.124
Gebelik Sayısı												
1 gebelik	81	0.75	0.65	81	1.25	0.59	81	1.09	0.48	81	65.04	10.93
2-3 gebelik	76	0.94	0.62	76	1.01	0.51	76	0.99	0.42	76	64.36	10.20
4-5 gebelik	33	1.06	0.67	33	1.06	0.56	33	1.06	0.46	33	65.67	11.10
6 ve üzeri gebelik	14	1.06	0.80	14	1.13	0.70	14	1.11	0.64	14	59.14	14.17
F/p/Etki Büyüklüğü	2.38	0.0707	0.377	2.48	0.0625	0.385	0.78	0.5072	0.216	1.31	0.2708	0.280
Doğum Sayısı												
Hiç yapmadım	84	0.74	0.65	84	1.22	0.58	84	1.07	0.47	84	65.24	10.96
1 tane	50	1.00	0.62	50	1.02	0.56	50	1.01	0.47	50	65.32	9.76
2 tane	47	0.89	0.66	47	1.09	0.50	47	1.03	0.41	47	65.15	10.43
3 ve üzeri doğum	23	1.22	0.65	23	1.05	0.66	23	1.10	0.57	23	58.52	13.20
F/p/Etki Büyüklüğü	3.93	0.0093	0.485	1.54	0.2060	0.303	0.29	0.8293	0.132	2.62	0.0522	0.396

Tablo 4.7. (Devamı) Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin tanımlayıcı özellikleri ile Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği, alt boyutları ve Prenatal Bağlanma Envanterinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

	Olumsuz Duygulanım			Eş Katılımı			TGDÖ Genel			PBE Genel		
	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss
Yaşayan Çocuk Sayısı												
0 yaşayan çocuk	97	0.74	0.64	97	1.20	0.55	97	1.06	0.46	97	65.37	10.63
1 yaşayan çocuk	52	0.97	0.63	52	0.97	0.56	52	0.97	0.46	52	64.46	9.78
2 ve üzeri yaşayan çocuk	55	1.08	0.68	55	1.12	0.59	55	1.11	0.48	55	62.93	12.51
F/p/Etki Büyüklüğü	5.19	0.0063	0.454	2.71	0.0693	0.328	1.17	0.3112	0.216	0.87	0.4199	0.186
Küretaj												
0 küretaj	159	0.87	0.65	159	1.13	0.58	159	1.05	0.47	159	64.33	10.95
1 ve üzeri küretaj	45	0.96	0.69	45	1.08	0.55	45	1.04	0.46	45	65.02	11.11
t/p/Etki Büyüklüğü	-0.73	0.4658	0.123	0.47	0.6372	0.079	0.07	0.9407	0.012	-0.37	0.7082	0.063
Ölü Doğum												
0.00	187	0.89	0.66	187	1.13	0.58	187	1.05	0.47	187	64.07	11.14
1.00	17	0.94	0.63	17	1.01	0.50	17	0.99	0.43	17	69.00	7.67
t/p/Etki Büyüklüğü	-0.32	0.7494	0.081	0.87	0.3859	0.220	0.59	0.5572	0.148	-1.79	0.0757	0.452
En Son Gebelikle Bu Gebelik Arası Süre												
24 aydan az	26	0.88	0.59	26	1.10	0.51	26	1.03	0.40	26	64.00	10.75
24 aydan fazla	98	1.03	0.66	98	1.02	0.56	98	1.03	0.48	98	63.93	11.00
Hiç gebelik yaşamadım	80	0.73	0.65	80	1.24	0.58	80	1.08	0.48	80	65.31	11.07
F/p/Etki Büyüklüğü	4.93	0.0081	0.442	3.39	0.0358	0.367	0.33	0.7187	0.114	0.38	0.6861	0.122
Tarama Testi												
Evet	179	0.88	0.64	179	1.11	0.56	179	1.03	0.45	179	64.74	10.57
Hayır	25	1.00	0.80	25	1.22	0.63	25	1.15	0.54	25	62.60	13.55
t/p/Etki Büyüklüğü	-0.87	0.3833	0.186	-0.95	0.3427	0.203	-1.19	0.2368	0.253	0.92	0.3611	0.195
Kontrollere Gitme Sıklığı												
Haftalık	33	0.89	0.62	33	1.23	0.63	33	1.13	0.46	33	65.00	11.04
15 günde 1	71	0.70	0.56	71	1.09	0.56	71	0.97	0.45	71	66.34	9.68
3 hafta ve üzeri sıklıkta	100	1.03	0.71	100	1.11	0.56	100	1.08	0.47	100	62.99	11.66
F/p/Etki Büyüklüğü	5.49	0.0048	0.467	0.81	0.4468	0.179	1.87	0.1566	0.272	2.00	0.1379	0.282

Tablo 4.7. (Devamı) Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerin tanımlayıcı özellikleri ile Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği, alt boyutları ve Prenatal Bağlanma Envanterinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

	Olumsuz Duygulanım			Eş Katılımı			TGDÖ Genel			PBE Genel		
	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss	N	Ort	Ss
Riskli Gebelik												
Evet	69	0.98	0.63	69	1.13	0.61	69	1.08	0.50	69	64.67	10.23
Hayır	135	0.85	0.67	135	1.12	0.55	135	1.03	0.45	135	64.39	11.35
t/p/Etki Büyüklüğü	1.32	0.1900	0.194	0.09	0.9310	0.012	0.65	0.5153	0.096	0.17	0.8627	0.025
Kronik Hastalığınız												
Evet	51	1.00	0.72	51	1.16	0.56	51	1.11	0.48	51	65.31	11.08
Hayır	153	0.86	0.63	153	1.11	0.57	153	1.03	0.46	153	64.20	10.94
t/p/Etki Büyüklüğü	1.30	0.1939	0.210	0.63	0.5285	0.102	1.11	0.2697	0.178	0.63	0.5320	0.101
Doğum Öncesi Bakım												
Evet	23	0.62	0.55	23	1.02	0.63	23	0.89	0.45	23	65.61	11.58
Hayır	181	0.93	0.66	181	1.13	0.56	181	1.07	0.47	181	64.34	10.90
t/p/Etki Büyüklüğü	-2.14	0.0333	0.474	-0.90	0.3700	0.198	-1.70	0.0904	0.376	0.52	0.6014	0.115
Şu anki Sağlık Durumu												
Düşük	14	1.46	0.84	14	1.35	0.55	14	1.38	0.45	14	63.07	10.77
Orta	167	0.88	0.63	167	1.12	0.58	167	1.05	0.46	167	64.77	10.55
Yüksek	23	0.64	0.53	23	0.96	0.51	23	0.86	0.41	23	63.22	14.04
F/p/Etki Büyüklüğü	7.25	0.0009	0.537	2.03	0.1343	0.284	5.68	0.0040	0.475	0.33	0.7226	0.113
Gebeliği Sonlandırma												
Evet	9	1.56	0.94	9	1.30	0.62	9	1.38	0.55	9	51.67	12.69
Hayır	195	0.86	0.63	195	1.11	0.57	195	1.03	0.46	195	65.07	10.54
t/p/Etki Büyüklüğü	3.16	0.0018	1.0769	0.98	0.3261	0.3356	2.21	0.0280	0.7546	-3.70	0.0003	1.2606
Gebelikte Stres												
Evet	127	0.97	0.71	127	1.30	0.55	127	1.20	0.46	127	65.81	11.44
Hayır	77	0.76	0.54	77	0.82	0.46	77	0.80	0.37	77	62.29	9.81
t/p/Etki Büyüklüğü	2.24	0.0264	0.3229	6.44	<.0001	0.9295	6.49	<.0001	0.9370	2.25	0.0256	0.3248
Sosyal Destek Durumu												
Evet	35	0.63	0.55	35	0.99	0.60	35	0.88	0.48	35	65.03	11.00
Hayır	169	0.95	0.67	169	1.15	0.56	169	1.08	0.46	169	64.37	10.98
t/p/Etki Büyüklüğü	-2.64	0.0089	0.4902	-1.50	0.1361	0.2778	-2.43	0.0159	0.4515	0.32	0.7460	0.0602

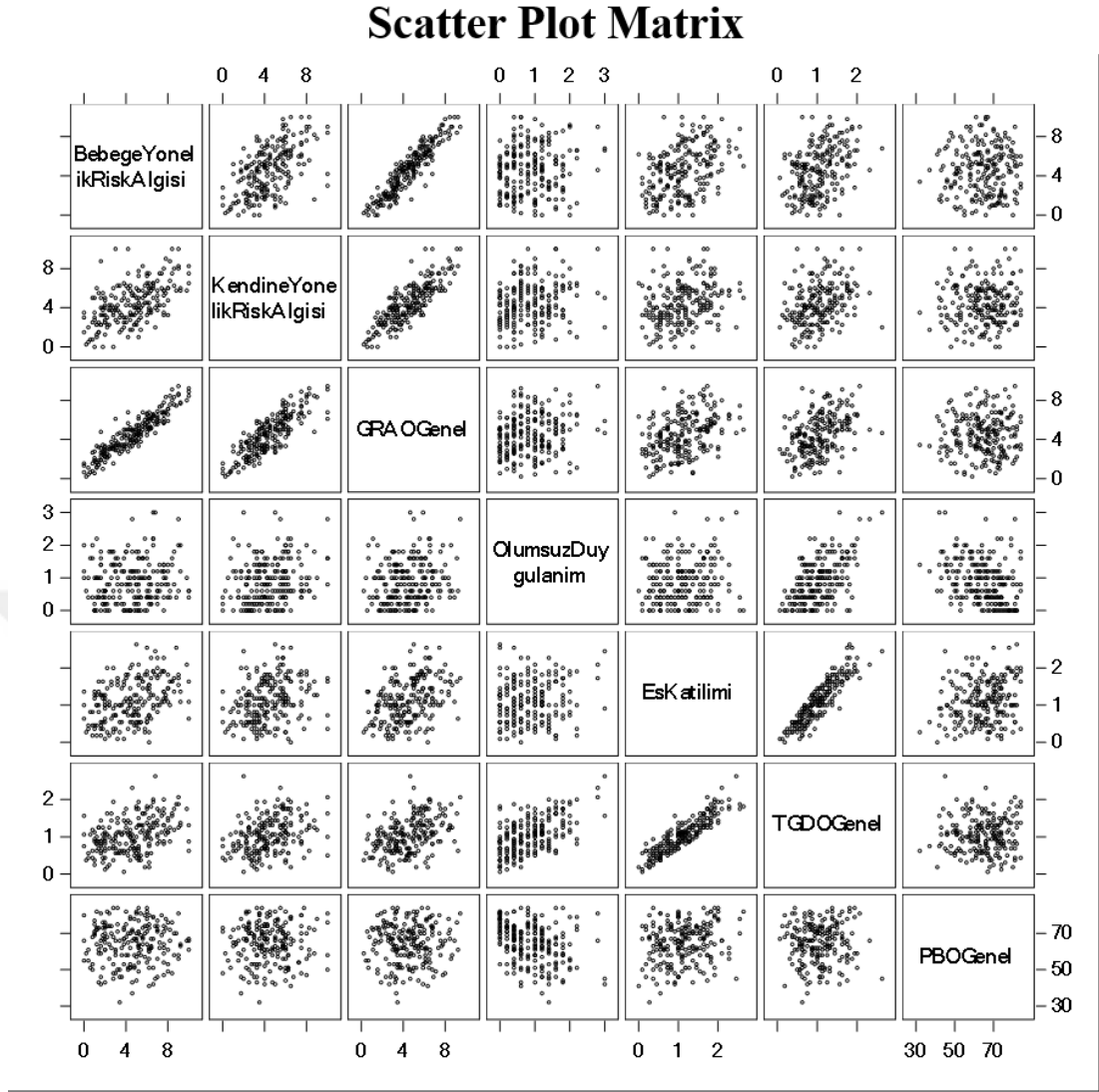
4.5. Çalışmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçları

Bu çalışmada GRAÖ, TGDÖ, PBE ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak üzere korelasyon analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 4.8’de ve grafik formunda matriks serpilme grafiği olarak Şekil 4.1’de sunulmuştur.

Çalışmada kullanılan 3 esas ölçek ve 4 alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren Tablo 4.8 incelendiğinde, GRAÖ ile alt boyutları bebeğine yönelik risk algısı ve kendisine yönelik risk algısı puanları arasında pozitif yönlü oldukça güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir (sırasıyla, $r=0.92633$, $p=0.0001$; $r=0.83452$, $p=0.0001$). TGDÖ ve alt boyutları Olumsuz Duygulanım ve Eş Katılımı puanları arasında pozitif yönlü orta ve yüksek derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla, $r=0.55355$, $p=0.0001$; $r=0.89911$). PBE ile GRAÖ ve TGDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olmadığı bulunmuştur. Ölçeklerin genel ve alt boyut puanları arasındaki diğer ikili ilişkilerin tamamı pozitif yönlü orta düzeylerde ve istatistiksel olarak anlamlı olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.8. Çalışmada kullanılan ölçek genel ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

	Bebeğe Yönelik Risk Algısı	Kendine Yönelik Risk Algısı	GRAÖ Genel	Olumsuz Duygulanım	Eş Katılımı	TGDÖ Genel	PBE Genel
Bebeğe Yönelik Risk Algısı	1.00000						
Kendine Yönelik Risk Algısı	0.56547 <.0001	1.00000					
GRAÖ Genel	0.92633 <.0001	0.83452 <.0001	1.00000				
Olumsuz Duygulanım	0.12015 0.0870	0.20816 0.0028	0.17534 0.0121	1.00000			
Eş Katılımı	0.40436 <.0001	0.26913 <.0001	0.39306 <.0001	0.13317 0.0576	1.00000		
TGDÖ Genel	0.39285 <.0001	0.31809 <.0001	0.40773 <.0001	0.55355 <.0001	0.89911 <.0001	1.00000	
PBE Genel	0.02611 0.7109	0.03388 0.6304	0.03292 0.6402	-0.32504 <.0001	0.19767 0.0046	0.02256 0.7488	1.00000



Şekil 4.1. Çalışmada kullanılan ölçek genel ve alt boyut puanları arasındaki ilişkilerin matriks serpilme grafiği

4.6 Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Çok değişkenli regresyon analizinde bağımlı değişken olarak, PBE genel puanı ve bağımsız değişkenler olarak katılımcıların hasta bilgi formunda verilen özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, evlilik yaşı, evlilik süresi, aile tipi, gelir durumu, yaşanılan yer, sosyal güvence durumu, gebelik haftası, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kürtaj durumu, ölü doğum durumu, son gebelikle bu gebelik arasındaki süre, tarama testi yaptıрма durumu, kontrollere gitme sıklığı, riskli gebelik durumu, kronik hastalık varlığı, doğum öncesi bakım durumu, şu anki sağlık durumu, gebeliğin

sonlandırılması, gebelikte stres düzeyi, sosyal destek durumu) ve GRAÖ, TGDÖ genel ve alt boyut puanları kullanılmıştır. Yapılan çok değişkenli adımsal regresyon analizi sonucu modele dahil edilen yukarıda bahsedilen bağımsız değişkenlerden sadece 7 tanesi modelde korunmuştur ve 9 adımdan oluşan analizin son adımında elde edilen sonuçlar Tablo 4.9’da sunulmuştur. Bu sonuca göre, çoklu regresyon modelinin genel anlamlılığını test etmede kullanılan F testi istatistiksel olarak oldukça anlamlı olup bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken PBE üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip oldukları söylenebilir ($F=11.08$, $p=0.0001$).

Çok değişkenli adımsal regresyon yöntemi kullanılarak son adımda elde edilen parametre tahminlerine ait analiz sonuçları Tablo 4.9’da sunulmuştur. Bu tablodan, çok değişkenli adımsal regresyon analizinin son adımında modele dahil edilen bağımsız değişkenlerin tamamının (TGDÖ genel puanı, olumsuz duygulanım, eşin çalışma durumu, gebelik haftası, ölü doğum durumu, gebeliğin sonlandırılması durumu ve gebelikte stres düzeyi) bağımlı değişken PBE üzerine anlamlı etkilerinin olduğu görülmektedir ($p < 0.05$).

Bu çalışmada elde edilen çok değişkenli doğrusal regresyon modelinin sağlaması gereken varsayımlardan bir tanesi çoklu doğrusal bağlantı varsayımı (VIF ve Tolerans değerleri) olup bu amaçla Tablo 4.9’da tolerans ve VIF değerleri verilmiştir. Yüksek VIF değeri ve düşük tolerans değerleri çoklu bağlantı sorunu olduğunun göstergesidir. Variance Inflation Factors (VIF) 10’dan küçük ve tolerans değerinin 0.1’den büyük olması gerekmektedir. Bu çalışmada elde edilen çok değişkenli doğrusal regresyon modelinin çoklu doğrusal bağlantı sorununun olmadığı söylenebilir.

Bağımsız değişkenlerin PBE tahmini üzerindeki etkisi standartlaştırılmış katsayı olan “Beta” değeri ile değerlendirilir. Buna göre PBE’ye en fazla etki eden değişkenin Olumsuz Duygulanım olduğu görülmektedir. Çok değişkenli regresyon modelindeki bağımsız değişkenlerin toplam varyasyonu açıklama oranı %28.34’tür. Toplam varyasyonu açıklamada en fazla kısmi öneme sahip olan bağımsız değişken, %10.56’lık kısmi R^2 ile olumsuz duygulanım değişkenidir. Bunu %5.91’lik kısmi R^2 ile TGDÖ Genel, %3.84’lük kısmi R^2 ile Gebeliği Sonlandırma değişkeni izlemektedir.

Tablo 4.9. Regresyon analizinin çok değişkenli adımsal seçim yöntemi sonuçları

Değişken	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar			Collinearity İstatistikleri			
	β	Standart Hata	Beta	t	p	Tolerans	VIF	Kısmi R ²	Model R ²
Intercept	49.161	8.534	0	5.76	<.0001	.	0		
TGDÖ Genel	5.670	1.867	0.241	3.04	0.0027	0.579	1.724	0.0591	0.1648
Olumsuz Duygulanım	-7.369	1.238	-0.442	-5.95	<.0001	0.659	1.515	0.1056	0.1056
Eş Çalışma Durumu	-8.226	3.239	-0.154	-2.54	0.0119	0.987	1.012	0.0250	0.2282
Gebelik Haftası	0.273	0.112	0.148	2.44	0.0158	0.987	1.012	0.0182	0.2463
Ölü Doğum	5.266	2.411	0.133	2.18	0.0302	0.983	1.016	0.0174	0.2834
Gebeliği	10.593	3.317	0.198	3.19	0.0016	0.941	1.061	0.0384	0.2032
Sonlandırma									
Gebelikte Stres	-3.632	1.512	-0.161	-2.40	0.0172	0.813	1.229	0.0197	0.2660
		F=11.08	P=<.0001		R ² =0.2834				

5. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde araştırma bulguları dört başlık altında tartışılmıştır:

- 5.1. Gebelerin Gebelik Risk Algısı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler
- 5.2. Gebelerin Distres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler
- 5.3. Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler
- 5.4. Gebelik Risk Algısı, Distres Düzeyleri ve Prenatal Bağlanma İlişkisi

5.1 Gebelerin Gebelik Risk Algısı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

Çalışmada gebelik risk algısı genel ölçek toplam puan ortalaması 4.52 ± 2.03 bulunmuştur (Tablo 4.5). Buna göre çalışmamıza katılan gebelerin risk algı düzeyleri orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Literatürü incelediğimizde benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Gözüyeşil ve Özertürk'ün (2022) aynı ölçeği kullanarak yapmış olduğu çalışmada ölçeğin genel puan ortalaması düşük bulunmuştur. Maharramova ve arkadaşlarının (2024) aynı ölçeği kullanarak yapmış olduğu çalışmada genel ölçek puan ortalaması düşük olduğu saptanmıştır. Uluslararası çalışmalar değerlendirildiğinde; Bayrampour'un (2013) çalışmasında kadınların gebelikte risk algıları toplam puanları düşük seviyede bulunmuştur. Sangin ve Phonkunsol'in (2021) yürüttüğü Tayland'da 35 yaş ve üzeri gebelerle yapılan bir çalışmada ise kadınların gebelikte orta düzeyde risk algısına sahip oldukları, kendilerine yönelik risk algılarının bebeğe yönelik risk algılarından yüksek olduğu bildirilmiştir. Rajbanshi ve arkadaşlarının (2021) yürüttükleri araştırmada da yüksek riskli gebeliği olan kadınların risk algılama durumlarının düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir. Bu bulgular, literatürde gebelerin kendi gebeliklerine ilişkin riskleri çoğu zaman yeterince yüksek algılamadığını ortaya koymakta ve çalışmamızın sonuçlarıyla da paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada eğitim durumu ve gebelik risk algısı genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.016$) (Tablo 4.6). Bunu iki alt boyutta incelediğimizde gebelerin eğitim düzeyi ile bebeğe yönelik risk algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.028$) (Tablo 4.6). Kendine yönelik risk algısı alt boyutunda ise anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0.06$) (Tablo

4.6). Ortalama puanlara bakıldığında, yükseköğretim mezunu olan gebelerin gebeliğe yönelik risk algısının en yüksek olduğu görülmektedir. İlkokul mezunu olan gebeleri ise gebelik risk algısı düşük çıkmıştır. Bu sonuçlara göre eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin riski algılama seviyeleri de yüksek bulunmuştur.

Literatürü incelediğimizde çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Alemu ve ark. (2021) tarafından Etiyopya'da yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin gebelik risk algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Zhou ve ark. (2020) tarafından Çin'de yapılan çalışmada yüksek eğitim düzeyine sahip kadınların prenatal dönemde risk farkındalıklarının ve sağlık okuryazarlıklarının daha yüksek olduğu ve bu durumun risk algılarını etkilediği belirtilmiştir. Gözüyeşil ve Özertürk'ün (2022) yaptığı çalışmada ise gebe kadınların eğitim durumu arttıkça gebelikte risk algısı ölçeği toplam puanları artsa da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Masoud ve ark. (2021) tarafından Mısır'da yapılan bir çalışmada, çalışmaya dahil olan gebelerin yarısından fazlasının aslında tıbbi olarak orta-yüksek riskli kategoride olmasına rağmen katılımcıların %72'sinin gebelikle ilgili risk algısı "düşük/orta" seviyede bulunmuştur. Eğitim seviyesinin yüksek olması gebelerin risk algısı düzeyini yükseltmiştir. Gebe kadınlarda eğitim seviyesinin artması ile birlikte daha fazla bilgiye erişerek risklerin farkında olma, potansiyel ve var olan riskleri bilinçli bir şekilde değerlendirerek bunu önemsedikleri söylenebilir.

Çalışma durumu ile risk algısı ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.152$) (Tablo 4.6). Çalışan kadınlarda bebeğe ve kendine yönelik risk algısı daha yüksek olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.165$ ve $p=0.250$) (Tablo 4.6). İran'da yapılmış olan bir çalışmada çalışan gebelerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin daha planlı olması nedeniyle gebelikle ilişkili kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu raporlanmıştır (Hosseini ve ark., 2022). Çalışmamıza katılan gebelerin çoğunluğu (%55.9) çalışmamaktadır (Tablo 4.1). Riskli gebeliği olan ve gebelik öncesinde işten ayrılma gibi durumlar yaşanmasından dolayı bulgular anlamsız çıkmış olabilir.

Eşin eğitim durumu ve çalışma durumu ile gebelik risk algısı ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.255$) (Tablo 4.6). Maharramova'nın (2022)' de yapmış olduğu çalışmada eş eğitim düzeyi arttıkça bebeğe yönelik risk

algısı puan ortalaması ve gebelikte risk algısı toplam puan ortalaması artmıştır. Rai ve arkadaşlarının (2021) Hindistan’da yapmış olduğu çalışmada kadınların risk algı düzeylerinde eş eğitim düzeyinin etkisinin sınırlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gebelik risk algısının daha çok kadının bireysel sağlık bilgisi, yaşam ve gebelik deneyimleriyle şekillendiğinden dolayı anlamlı sonuçlara ulaşılmamış olabilir.

Evlilik süresi, aile tipi, gelir durumu, yaşanılan yer, sosyal güvence gibi değişkenlerle gebelik risk algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (sırasıyla $p=0.282$, $p=0.257$, $p=0.464$, $p=0.766$) (Tablo 4.6). Afolabi ve ark. (2023)’ün Nijerya’daki araştırmasıyla benzerlik göstermektedir; araştırmada sosyoekonomik koşulların, özellikle aile tipi ve gelir düzeyinin gebelik risk algısını doğrudan etkilemediği belirtilmiştir. Ancak çalışmamızdaki bulgulara göre köyde yaşayan gebelerin risk algısı genel puanı ve bebeğe yönelik risk algısı alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 4.6). Bu sonuçlar Yıldız ve Yılmaz (2021) tarafından Türkiye’de yürütülmüş bir çalışmayla paralellik göstermektedir. Kırsalda yaşayan gebelerin sağlık bilgisine ulaşma zorluğu ve doğum komplikasyonları hakkındaki kaygıları daha fazla yaşadığı belirtilmiştir. Çalışmamızdaki köyde yaşayan gebelerin hastaneye ulaşma zorluğunun olması, yaşadıkları bölgede var olan hastane imkanlarının yetersiz düzeyde olması, kaygı düzeylerinin artmasıyla birlikte gebelikteki risk algısını etkilediği düşünülebilir.

Gebelik sayısı ile gebelik risk algısı ölçek genel toplam puanlarını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Maharromova’nın (2022) çalışmasında gebelik sayısı ile gebelik risk algısı ölçek genel puanı karşılaştırıldığında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gebelik sayısının artması ile gebelik risk algısının düşmesi beklenebilecek bir sonuçtur. Her gebelikle birlikte annenin deneyimlenmesi onun diğer gebeliklerinde daha özgüvenli ve rahat olmasına yardımcı olur. Çalışmamız literatürle benzerlik göstermemiştir. Gebelik deneyimleri kadınların risk algısını etkiyebilmektedir fakat bireysel farklılıklar ve psikososyal destek düzeylerinin farklı olmasına göre değişkenlik gösterebilmektedir (Yılmaz ve Oksay, 2021). Burada gebelerin mevcut olan tıbbi durumların risk algısı üzerinde daha belirleyici olduğu söylenebilir.

Doğum sayısı değişkeni ile gebelik risk algısı arasındaki ilişkiye baktığımızda kendine yönelik risk algısında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.048$) (Tablo 4.6). Doğum sayısı fazla olan gebelerin kendine yönelik risk algı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Kadınlar yaşlarının ilerlemesi ile gebelik komplikasyonlarının daha çok farkında oldukları için risk algıları da yükselebilmektedir (Li ve ark., 2023). Maharromova'nın (2022) yapmış olduğu çalışmada multipar kadınların gebelikte risk algısı toplam puan ortalamaları primiparlara göre daha düşük bulunmuştur. Bulgulara baktığımızda doğum sayısı çok olan kadınların her gebelikte tecrübelenmesi, sağlık çalışanları ile daha fazla etkileşimde bulunarak kendisine yönelik risklerin daha çok farkında olması ile açıklanabilir. Öte yandan doğum sayısının fazla olan kadınların giderek yaş ortalamalarının yükselmesi ile yaşı fazla olan anneler kendisine yönelik riski daha fazla hissetmiş olabilirler.

Yaşayan çocuk sayısı ile kadınların risk algısı arasındaki ilişkiyi incelediğimizde kadınların kendilerine yönelik risk algısı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.013$) (Tablo 4.6). Yaşayan çocuk sayısının fazla olması, genellikle doğum sayısının yüksekliği ile ilişkilidir. Çok sayıda doğum yapmış olmak, annelerin gebelik sürecine ilişkin daha fazla deneyim kazanmasına ve özellikle kendilerine yönelik risklerin farkında olmalarına katkı sağlayabilir. Öte yandan, evde bakım ve ilgi gerektiren çocuk sayısının artması, annenin sorumluluk yükünü artırarak risk algısını etkileyebilir.

Küretaj sayısı ve ölü doğum yaşama durumu ile gebelik risk algısı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Her ne kadar küretaj öyküsü olan kadınlarda risk algısı puan ortalamaları biraz daha yüksek görünse de bu fark anlamlı seviyede değildir. Literatürde benzer ve farklı çalışma bulgularına ulaşılmıştır; Silva ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışmada düşük yaşayan gebelerin gebelik risk algılarının olumsuz şekilde etkilendiğini bildirmişlerdir. Akça ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da düşük yapma geçmişi bulunmayan gebelerin sağlığı algılama düzeyi ciddi oranda daha yüksek bulunmuştur. Maharromova'nın (2022) yapmış olduğu çalışmada ise düşük yaşamış gebelerin risk algısı yüksek bulunmuştur. Yapılmış olan başka bir çalışmada ise küretajın ardından yaşanan duygusal stresin sonraki gebeliklerde artan kaygı ve risk algısına yol açabileceği belirtilmişse de bu etkinin evrensel olmadığı

görülmektedir (Hotun Şahin ve Yıldırım, 2017). Çalışmamıza katılan gebelerin, küretaj öyküsü olan gebelerin oranı az olduğu için bu değerin anlamlı olarak etkilemediğini aynı zamanda küretajın psikolojik etkisinin kişiden kişiye farklılık gösterebileceğini ve zaman içinde etkisinin azalabileceğini düşündürmektedir.

En son gebelikle bu gebelik arasındaki süre ile gebelik risk algısı arasındaki ilişkiye baktığımızda özellikle kendine yönelik risk algısı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.027$) (Tablo 4.6). Gebelikler arasında sürenin 2 yıldan fazla olan gebelerin risk algısı daha fazla çıkmıştır. Literatürde bununla ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Gebelikler arası sürenin 24 aydan daha az olması hem anne hem de bebek için potansiyel riskleri arttırdığı bilinmektedir. DSÖ doğumlar arası optimal sürenin en az 24 ay olması gerektiğini vurgulamakta ve kısa aralıklı gebeliklerin maternal ve perinatal sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini bildirmektedir (DSÖ, 2021). Gebelikler arası sürenin, kadının kendine yönelik risk algısını etkileyebileceğini göstermektedir. Gebelikler arası süre 24 aydan daha az olan kadınların riski daha az hissetmeleri, risklerin farkında olmamasından ve bilgi seviyesinin yetersiz olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Tarama testi yaptıрма ile gebelikte risk algısı ölçek genel toplam puan ortalamasına bakıldığında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Literatürde gebelik risk algısı ile tarama testini yaptırmaya yönelik çalışma bulguları bulunmamakla birlikte daha çok gebelikteki stres seviyeleri ile ilişkisi ölçülmüştür. Tarama testi yaptırmayan gebelerin gebeliklerinde bebeğe yönelik riski algılama düzeyinde artış beklenmiştir. Bebeğin sağlığı hakkında bilgi sahibi olmamak belirsizlik yaratarak risk algısını arttırabilir. Çalışmamıza katılan gebelerin eğitim seviyelerinin düşük olması, prenatal tarama testleri hakkında yeterli bilgi sahibi olmama, testin amacını kavrayamama gibi durumlar nedeniyle anlamlı bulunmadığı düşünülebilir.

Kontrollere gitme sıklığı ile gebelik risk algısı ilişkisi incelediğimizde, daha sık kontrole giden gebelerin kendine yönelik ve bebeğe yönelik risk algısı alt boyutu puan ortalamaları yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Sis Çelik ve Aksoy (2018)'un çalışmasında doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha sık yararlanan gebelerin (en az dört kez kontrol yapılan) gebelik dönemine dair risk algılarının daha yüksek olduğunu ve sağlıkla ilgili davranışlara

ilişkin farkındalık düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Çalışmamızda anlamlı ilişkinin olmaması tüm katılımcıların Perinatoloji kliniğinde yakın izleme altında olmasından ve kadınların sık olan ziyaretleri potansiyel olarak normalleştirilmesinden kaynaklanmış olabilir.

Daha önceki gebeliklerinde riskli olma durumu ile gebelerin risk algısı karşılaştırıldığında bebeğe yönelik, kendine yönelik ve risk algısı ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.001$, $p<0.001$) (Tablo 4.6). Bu bulgu, Evcili ve Dağlar'ın (2019) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Aynı çalışmada, erken doğum ya da gebelik kaybı gibi olumsuz doğum tecrübesi olan kadınların, daha sonraki gebeliklerinde daha fazla seviyede risk algıladıkları bildirilmiştir. Hünük ve arkadaşlarının (2024) yapmış olduğu çalışmada, anne adayının daha önce riskli bir gebelik geçirmiş olması gibi geçmiş obstetrik öyküye ait faktörlerin, mevcut gebelikte algılanan risk düzeyini anlamlı biçimde yükselttiği tespit edilmiştir. Daha önceki gebeliklerinde riskli gebelik durumu yaşayan kadınlar şimdiki gebeliklerinde risklerin farkına vardıklarını, hassasiyetlerinin arttığını ve kadınların maternal ve fetal sağlıkla ilgili kaygılarının yükseldiği sonucuna ulaşılabilir.

Kronik hastalık öyküsü olan gebelerin gebelik risk algısı ölçek puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır (sırasıyla $p=0.019$, $p=0.023$; $p=0.009$) (Tablo 4.6). Çalışmamızdaki bulgular literatürle benzerlik göstermektedir; Türkiye'de yapılmış olan çalışmada kronik hastalığı olan gebeelerin kendilerine ve bebeklerine yönelik risk algı düzeyleri anlamlı olarak fazla bulunmuştur (Gözüyeşil ve Özertürk 2022). Başka bir çalışmada ise kronik hastalığı olan ve yüksek riskli gebeliğe sahip olan kadınların risk algısı seviyesi yüksek bulunmuştur (Ataman Bor ve ark., 2023). Kronik hastalık varlığının gebelikte risk algısını arttırdığı söylenebilir.

Doğum öncesi bakım almanın gebelikteki risk algısı ile ilişkisi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.334$) (Tablo 4.6). Serçekuş ve Mete'nin (2010) doğum öncesi eğitim programlarının anne adaylarının gebeliğe uyumunu arttırdığına ve olumsuz algıları azalttığı bulunmuştur. Subaşı ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmada, gebe okullarına giden kadınların, gebelik döneminde tehlike belirtileri konusunda daha fazla bilgi seviyesi ve

farkındalıkları olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda ilişkinin anlamlı görülmemesi, doğum öncesi bakım alan kadınların oranının düşük olması (%11.3) (Tablo 4.2) veya verilen bakımın yetersiz olması ile açıklanabilir. Yüksek riskli gebeliklere sahip olan gebelere verilen doğum öncesi eğitim hizmetlerinin içeriği ve etkileri değerlendirilmeli ve geliştirilerek kapsayıcı şekilde sunulmalıdır.

Kadınların şimdiki sağlık durumu ile ilişkili algılarıyla bebeğe yönelik risk algısı, kendine yönelik risk algısı ve gebelik risk algısı ölçek genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $p=0.000$, $p=0.013$, $p=0.001$) (Tablo 4.6). Şu anki sağlık durumunu düşük olarak yorumlayan kadınların risk algısı toplam puanları yüksek bulunurken kendini sağlıklı olarak gören kadınlarda risk algısı düşük bulunmuştur. Literatürde bu değişkeni değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamıza katılan gebelerin sağlığını olumlu şekilde algılaması, psikolojik sağlamlılığı arttırarak riskleri daha az hissetmelerine yardımcı olabilmektedir.

Gebeliği sonlandırmayı istemekle gebelik risk algısı puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Literatürde çalışma bulgularına rastlanmamıştır. Çalışmamıza katılan gebelerden gebeliği sonlandırmayı düşünme oranı %4.4'dür (Tablo 4.2). Çalışmamızda bu oranın düşük olması, gebelerin büyük çoğunluğunun gebeliği sonlandırma fikrine uzak olduğunu göstermektedir. Dini inançlar, kültürel normlar, toplumsal yargılar ve aile baskısı gibi faktörlerin gebelik sonlandırma kararları üzerinde güçlü bir etkisinin olabileceğini düşündürmektedir.

Gebelikte stres yaşama durumunun gebelik risk algısı üzerinde etkisine bakıldığında GRAÖ genel toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.000$) (Tablo 4.6). Literatürde gebeliği riskli olan kadınların gebelik stresinin de fazla olduğu çalışma bulguları mevcuttur. Maharramova ve Gür (2024) tarafından Türkiye'de yapılan bir çalışmada gebelerin gebelik risk algısı ile gebeliğe özgü stres seviyeleri arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Türkmen ve arkadaşlarının (2024) yapmış olduğu prospektif vaka-kontrol çalışmasında, yüksek riskli gebeliği olan kadınların sağlıklı gebelikleri olanlara göre daha fazla prenatal stres seviyelerine sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza katılan gebelerin hepsinin riskli tanıyla hastanede yatışının olması başlıca stres faktörüken bununla birlikte aileden

uzak kalma, gebelik sürecinin zorlu olması gibi çevresel stres faktörlerle birlikte gebelerin riskleri daha fazla algılamasına neden olduğu düşünülebilir.

Sosyal çevreden destek alma durumunun risk algısı üzerinde ilişkisine bakıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Çalışmamızdaki kadınların çoğunluğunun (%82.8) sosyal destek almadığı görülmektedir (Tablo 4.2). Literatürde bununla ilgili çalışma bulgularına rastlanmamıştır. Kadınların sosyal destek arama davranışları, toplumsal cinsiyet rolleri ve kültürel normlar tarafından şekillendirilebilir. Toplumumuzdaki kadınların bazıları, geleneksel toplumsal cinsiyet rolleriyle birlikte stresle başa çıkarken sosyal destek almak ve arama yerine boyun eğme veya çaresizlik gibi davranışları seçebilirler (Budak ve Ulus, 2024). Kadınlar sosyal destek arama yerine her şeyi kendi iç dünyasında halletme eğiliminde olabilir. Bu durum, sosyal destek alma oranlarının az olmasına ve gebelik risk algısını belirgin şekilde etkilemesine sebep olabilir.

5.2. Gebelerin Distres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

Çalışmamıza katılan gebelerin TGDÖ genel puan ortalaması 1.05 ± 0.47 puanla gebelerin distres açısından hafif-orta düzeyde distres yaşadıkları görülmektedir. Olumsuz duygulanım 0.89 ± 0.66 puanlık ortalama ile bu alt boyuta ait hafif-orta düzeyde stres durumunun olduğunu göstermektedir. Eş Katılımı alt boyutu ise 1.12 ± 0.57 'lik değerle distres seviyelerinde etkili olduğu görülmektedir (Tablo 4.5).

Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında Kızılırmak ve Demir (2020) tarafından yapılan çalışmada düşük ve orta düzeyde distres hisseden gebelerin daha düşük düzeyde olumsuz duygulanıma sahip olduğu, eş desteğini daha fazla hissedenlerin ise genel distres puanlarının anlamlı derecede düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu durum çalışmamızdaki eş katılımı puanının olumlu yönde etkisini destekler yöndedir. Dündar ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışmada, gebeliğinde risk taşıyan kadınların TGDÖ puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada özellikle gebelikte olumsuz duygulanım ve kaygı düzeyinin riskli grupta daha fazla olduğu görülmüştür. Perinatoloji kliniğinde yatmakta olan gebelerle yapmış olduğumuz bu çalışmada distres seviyesinin yüksek bulunmaması, gebelerin hastane ortamında gözetim altında olmayı güvenli bir durum olarak algılamaları ve

tıbbi desteğin sürekliliği sayesinde psikolojik açıdan daha güvende hissetmeleri ile açıklanabilir.

Eğitim durumu ile TGDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). (Tablo 4.7). İlkokul seviyesinde olan gebelerin distres puanının en yüksek yükseköğretimde ise en düşük bulunmuş olsa da anlamlı düzeyde değildir. Eğitim seviyesi kişilerin psikolojik sağlamlığını attırarak stresle baş etme becerisini geliştirmede, gebelikte bilgiye ulaşımını ve sağlık okuryazarlığını arttırmayı destekler. Finlandiya’da yapılmış olan kohort çalışmasında, eğitim seviyesi yüksek olan gebelerin gebelik döneminde anksiyete ve depresyon bulguları daha az görülmüştür (Kotimäki ve ark., 2020). Türkiye’de yapılmış olan başka bir çalışmada eğitim seviyesi düşük olan kadınların gebelik distresine daha çok yaşadığı belirtilmiştir (Bal ve ark., 2021). Çalışma bulgularımızda anlamlı seviyede fark bulunmaması distres seviyesinin çok boyutlu olabileceğini göstermektedir. Kişisel baş etme becerileri, çevreden aldığı sosyal destek düzeyi, yaşadığı riskli gebelik durumu, geçmiş deneyimler ve hastanede kalma süresi gibi birçok etkenden etkilenmektedir.

Çalışma durumu ile TGDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Çalışan annelerin ekonomik özgürlüğe sahip olması psikolojik dayanıklılığını arttırmasına, sosyal çevreyle bağlantı içinde olarak psikolojisini iyi yönde etkileyebilir. Literatüre baktığımızda çalışan kadınların daha düşük depresyon belirtileri ve distres yaşadığı, benlik saygısının ve sosyal desteğin bununla bağlantısı olduğu saptanmıştır (Yılmaz ve ark., 2023). Akça ve arkadaşlarının (2024) riskli ve riskli olmayan gebeliklerin karşılaştırıldığı çalışmada gebelerin çalışma durumu ile distres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışma koşullarının farklılık göstermesi, özellikle fiziksel efor gerektiren ya da stres düzeyi yüksek işlerde çalışan kadınların gebelik döneminde daha fazla zorlanmalar yaşayabilir. Ayrıca, bazı gebelerin riskli gebelik tanısı aldıktan sonra kendi istekleriyle işten ayrılmaları, bu süreçte yaşadıkları psikolojik etkileri hem olumlu hem de olumsuz yönde etkileyebilir. İşten ayrılmak bir yandan fiziksel dinlenmeyi ve kendine bakım fırsatını artırabilirken diğer yandan ekonomik kaygılar ya da sosyal izolasyon gibi durumlar distres düzeyini artırabilir.

Eş eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile TGDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Literatürde farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Etiyopya’da (2020) yapılmış olan çalışmada eşlerin lisans ve lisans üstü eğitim olması kadınların gebelik depresyonu yaşama ihtimalini daha düşük olarak saptamıştır (Choma ve ark., 2020). Başka bir çalışmada ise eşlerin çalışması kadınların maddi ve manevi olarak yük hissetme seviyelerinin daha yüksek olmasına ve distres seviyelerini artırabileceği bulunmuştur (Doğrul ve Alan Dikmen, 2023). Çalışmamızda eşlerin büyük çoğunluğunun çalışıyor olması (%95.6) (Tablo 4.1) ve yükseköğretim düzeyine sahip olan eş sayısının düşük olması (%20.1) (Tablo 4.1) bu değişkenlerin etki düzeylerini istatistiksel olarak ayırt etmeyi güçleştirmiş olabileceği gibi eşe ait sosyodemografik değişkenlerin gebelik distresi üzerinde doğrudan ve belirleyici bir etkisinin olmayabileceğini düşündürmektedir.

Evlilik süresi ve TGDÖ toplam ve alt boyutlarını karşılaştırdığımızda ‘‘olumsuz duygulanım’’ alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.008$) (Tablo 4.7). Evlilik süresi 2–5 yıl olan kadınların olumsuz duygulanım puanı en düşük seviyede olurken, evlilik süresi 11–15 yıl olan grupta bu puan daha yüksek bulunmuştur. Literatürde evlilik süresi ile distres ilişkini doğrudan inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Evliliğin ilk zamanlarında eş desteğinin daha yoğun yaşanması ve romantik ilişkinin daha güçlü olmasından dolayı kadınların hissettikleri eş desteği fazla olabilmektedir. Yıllar geçtikçe evlilikte iletişimsel sıkıntıların artması, çocuk sahibi olmakla birlikte sorumlulukların artması, tahammülsüzlük gibi nedenler ilişkileri zedelemektedir. Bu durumda gebe kadınlar daha fazla distres hissedebilir.

Aile tipi ile gebelerin distres düzeyi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Literatürde farklı çalışma bulgularına ulaşılmıştır. Türkiye’de yapılmış olan bir çalışmada geniş ailede yaşayan gebelerin TGDÖ ortalama puanı anlamlı olarak çekirdek aile yapısına sahip gebelerin ortalama puanından daha fazla olduğu belirlenmiştir (Bilgin, 2022). Başka bir çalışmada ise çekirdek aile yapısında yaşayan gebelerin algıladıkları depresyon ortalama puanları, geniş aile yapısında yaşayan gebelere göre daha az bulunmuştur (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010). Geniş aile tiplerinde aile üyelerinin fazla olmasıyla sosyal baskı yaşamaları ve mahremiyet alanların az olması da stres seviyesini yükseltebilir. Çalışmamıza katılan gebelerin çoğunluğu (%81.4) (Tablo 4.1) çekirdek aile tipine

sahip olması ve her ailenin dinamiklerinin farklı olması distres seviyelerinin anlamsız çıkmasına neden olabilir.

Gelir düzeyi ile gebelerin distres puanlarına bakıldığında anlamlı bir fark görülmektedir ($p=0.003$) (Tablo 4.7). Çalışma bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir. Bir çalışmada maddi durumu düşük olan gebelerin gebelik distres puanının yüksek olduğu saptanmıştır (Bilgin, 2022). Benzer olarak gelir düzeyi düşük olan gebelerle yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların yarısının finansal olarak stresli olduklarını ve bu nedenle sağlık hizmetlerine ulaşımı sınırlandırdığı sonucuna varılmıştır (Zhou ve ark., 2020). Çalışmamızdaki çoğu gebe (%77.9) kendi gelir durumunu ‘‘orta’’ düzey olarak tanımlamıştır (Tablo 4.1). Gelir durumunu düşük bulan gebelerin eş katılım puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Aile içinde var olan ekonomik sıkıntılar eşlerin gebelere desteklerini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bununla birlikte doğacak olan çocuğun masrafları, gelecek kaygısı gibi düşünceler anne adaylarını daha da strese sürüklemiş olabilir.

Yaşanılan yere göre gebelerin distres puanları incelendiğinde anlamlı fark bulunmamakla birlikte kırsal bölgede kalan gebelerin bireylerin olumsuz duygulanım alt boyutu puanı daha yüksektir ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Literatürde bununla ilgili çalışma bulgularına rastlanmamıştır. Kırsal bölgelerde sosyal destek sistemlerinin yetersiz olması, sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlılığı gibi faktörlerin gebelik sürecindeki stres düzeylerini artırabilir. Çalışmamızda gebelerin köyde yaşayanların (%10.82) (Tablo 4.1) oranının az olması ve sosyal destek ile sağlık sistemlerine erişimlerinin olması sonuçların anlamsız çıkmasında etkili olabilir.

Sosyal güvence durumu ile gebelerin distresi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Yapılan çalışmada sosyal güvencesi bulunmayan kadınların stres ve doğum korku seviyelerinin daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Akın ve Çankaya, 2022). Sosyal güvence eksikliği, özellikle sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan belirsizlikler, maddi zorluklar ve gebelik sürecinde gerekli tıbbi desteğe ulaşamama kaygısı nedeniyle gebelerde psikolojik baskı oluşturabilir. Çalışmamızda anlamlı bir farkın saptanmamış olması çalışmamıza katılan çoğu kadının (%74) (Tablo 4.1) sosyal güvencesi olmamasından ve gebelik distresi düzeyleri üzerinde tek başına belirleyici bir faktör düşündürmektedir.

Gebelik sayısı ve doğum sayısı değişkenlerine göre TGDÖ toplam ve alt boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Literatürde farklı çalışma bulguları bulunmaktadır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada doğum sayısı ve gebelik sayısı ile TGDÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Çapık ve ark., 2015). Başka bir çalışmada da gebelik sayısının artması TGDÖ toplam puanlarında istatistiksel bir artış saptanmış olup dört ve üzeri gebeliği olan kadınları distres puanlarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu artış, özellikle "eş katılımı" alt boyutunda daha da belirginleşmiştir (Dündar ve ark., 2019). Çalışmalara baktığımızda gebelik sayısı ve ile gebelik distres seviyesi arasındaki ilişkinin çok yönlü olduğu ve birçok değişkenden etkilendiğini ortaya koymaktadır. Bazı gebelerde gebelik sayısının artışı daha fazla sorumluluk, yük olarak görülüp stres seviyesini arttırabilirken ilk kez gebe olan kadınlarda deneyimsizlik ve belirsizlik hissi yaratarak stres seviyesini yükseltebilmektedir.

Doğum sayısı (parite) ile yaşayan çocuk sayısının TGDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde olumsuz duygulanım alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla $p=0.009$, $p=0.006$) (Tablo 4.7). Gana’da yapılmış olan çalışmada doğum sayısı az olan gebelerin distres seviyelerinin daha çok olduğu bulunmuştur (Thiyagarajan ve ark., 2025). Bulgulara baktığımızda doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısının artması ile birlikte kadınların daha fazla sorumluluk hissetmelerine neden olabilir. Bakılacak çocuk sayısının fazlalığı hem psikolojik sağlamlılığı azaltarak fiziksel yorgunluğa neden olarak kadınların bu dönemde stres seviyelerini arttırabilmektedir. Bunun yanı sıra annelik rolünü benimsemiş çok çocuklu annelerin de olağan akışında bir süreç olarak gebeliği hissetmeleri ve tecrübelerinden dolayı stres seviyeleri daha düşük seviyede görülebilmektedir.

Küretaj sayısı ile ölü doğum yaşama durumunun gebelikteki distresle ilişkisine baktığımız zaman anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Bulgular literatürle benzerlik göstermektedir. Aynı ölçeği kullanarak yapılan bir çalışmada düşük yapma ile gebelik distresi üzerinde anlamlı olarak farklılık bulunmamıştır (Dündar ve ark., 2019). Başka bir çalışmada ise hiç düşük yapmayan gebelerin eş katılım alt boyutları bir ya da daha fazla sayıda düşük yapan kadınlarla kıyasla daha az bulunmakla birlikte TGDÖ genel ortalamalarında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır (Daşdemir, 2022). Daha önceki gebeliklerde kayıp yaşanması

annelerin distres seviyelerinin artmasına, bu kayıpların tekrarlanması konusunda endişe duymasına neden olabilir. Çalışmamızda bu değişkenlerin anlamlı farklılık göstermemesi, olumsuz deneyimleri yaşamış kadınların örnekleme sayıca sınırlı olması ile açıklanabilir (Tablo 4.2). Ayrıca bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeyi, sosyal destek algısı ve baş etme becerileri gibi kişisel özellikleri, önceki kayıpların distres üzerindeki etkisini hafifletici rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

En son gebelikle bu gebelik arasında geçen süre ile TGDÖ puan ortalamalarını incelediğimizde ‘‘olumsuz duygulanım’’ alt boyutu ve ‘‘eş katılımı’’ alt boyutu toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $p=0.008$, $p=0.035$) (Tablo 4.7). Gebeliklerin arasındaki süre ile distresin tartışıldığı çalışma bulgularına rastlanmamıştır. Araştırmalar, gebelikler arası sürenin çok kısa olması (özellikle ≤ 12 ay) fetal distres ve birçok gebelik sorunlarının oluşma ihtimalini arttırdığını göstermektedir. Bu yüzden gebelikler arasında en az 18 ay sürenin olması hem anne hem de bebek sağlığını korumada önemlidir (Gebremedhin ve ark., 2021; Li ve ark., 2023). Kısa süreli gebelik yaşamının anne ve bebek sağlığı açısından riski çalışmaya katılan gebeler tarafından bilinmiyor olması gebelerin distresi algılama düzeylerini etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Tarama testi yaptıрма durumu ile TGDÖ toplam puanlarını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Fakat tarama testi yaptırmayan gebelerin olumsuz duygulanım ve eş katılım alt boyut puan ortalaması ile TGDÖ genel toplam puanı daha yüksek çıkmıştır. Potur ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında gebelerin tarama test esnasında bilinmezlikten doğan bir endişe yaşadıkları bulunmuştur. Marteau ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada, tarama testi sonucu yüksek riskli olarak değerlendirilen gebelerde anksiyete düzeyinin arttığı saptanmıştır. Kleinveld ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise tarama testinde riskin düşük çıkması, gebelerin kaygı düzeylerinde saptanmıştır (Daşdemir, 2022). anlamlı bir azalmaya neden olmuştur. Olumlu çıkan test sonuçlarının gebelik sürecini daha kontrollü ve iyi algılamaya katkı sağladığını göstermektedir. Dolayısıyla, tarama testleri yalnızca biyolojik etkileri olduğu gibi psikososyal etkileri olduğu, sonuçların da bireysel psikolojik tepkiler üzerinde belirleyici olduğu görülmektedir. Bu bulgular, prenatal tarama testlerinin gebelerde kaygı düzeyini etkileyebileceğini göstermektedir.

Kontrollere gitme sıklığı ile gebelikteki distresi karşılaştırdığımızda olumsuz duygulanım alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.004$) (Tablo 4.7). Covid-19 pandemisinde yapılmış olan bir çalışmada, prenatal bakım randevularına gidemeyen gebelerin anksiyete ve depresyon seviyelerinin yükseldiği gözlemlenmiştir (Lebel ve ark., 2020). Türkiye’de yapılmış olan bir çalışmada prenatal kontrollerine düzenli giden kadınların gebeliklerini daha bilinçli yaşadıklarını ve buna bağlı olarak daha az seviyede stres yaşadıkları tespit edilmiştir. Ayrıca kontrollere dört ve daha fazla giden gebelerin sağlık algılarının ve davranışlarının iyi şekilde etkilendiği gözlenmiştir (Sis Çelik ve Aksoy, 2018). Düzenli prenatal kontrole gitmek anneler için bebeğin sağlığını öğrenmek açısından olumlu etkileri olmakla beraber bebeklerinin iyi olduğundan emin olmanın vermiş olduğu güven hissiyle stres seviyelerini azaltmada etkili olduğunu düşünebiliriz. Aynı zamanda riskli gebeliğe sahip olan kadınlar kontrollerini aksatarak belirsizlik durumuna kapılmaları da stres seviyeleri yükselmiş olabilir.

Daha önceki gebeliklerinde riskli gebelik yaşama ile TGDÖ puanları karşılaştırdığımızda anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Çalışmaya katılan gebelerin çoğu (%66.2) daha önceki gebeliklerinde sorun yaşamayan ya da ilk gebeliği olan kadınlardan oluşmaktadır. Bu durum sonucun anlamlı çıkmamasında etkili olabilir. Daha önceki gebelikte sorun yaşayan ve kötü deneyimleri olan kadınlar şimdiki gebeliklerinde yine aynı durumu yaşama korkusuyla stres yaşayabilirler.

Kronik hastalık varlığı ile TGDÖ puan ortalamalarını incelediğimizde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Öncü ve Aktaş (2023)’ın yapmış olduğu çalışmada riskli gebeliği olan annelerin TGDÖ puan ortalaması riskli olmayanlara kıyasla yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise tarafından riskli gebelerin distres seviyelerinin fazla bulunduğunu ve distresle başa çıkma gücünün daha az olduğu görülmüştür. (Baltacı ve Vatansever 2024). Kronik hastalık varlığı, hastalığın ciddiyeti, gebeliğe etkisi, tıbbi kontrol gereksinimi ve bireyin hastalıkla baş etme biçimi gibi birçok faktöre bağlı olarak gebelik sürecini doğrudan veya dolaylı şekilde etkileyebilir. Bazı kronik hastalıkların gebeliği yüksek riskli hale getirmesi mümkün olmakla birlikte, her kronik hastalık bu etkiyi göstermeyebilir. Çalışmamızda da gebelerin yalnızca %25’inin kronik hastalığa sahip olması ve kronik hastalık türlerinin çeşitlilik göstermesi (örneğin diyabet, hipertansiyon, astım vb.) bu

değişkenin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı hale gelmesini engellemiş olabilir (Tablo 4.2).

Doğum öncesi bakım ile gebelik distresinin karşılaştırdığımız zaman TGDÖ olumsuz duygulanım alt boyutu puan ortalamasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.033$) (Tablo 4.7). Doğum öncesi bakım alan kadınların gebelikte distres seviyeleri düşük bulunmuş olup literatürle paralellik göstermektedir. Türkiye’de yapılmış olan bir çalışmada gebe okuluna katılanların distres seviyelerinin düştüğü gözlemlenmiştir (Akça, 2024). Riskli ve risksiz gebelikleri olan kadınların karşılaştırıldığı ve TGDÖ’ nin kullanıldığı çalışmada doğum öncesi bakım alan ve bu sürece aktif katılım sağlayan kadınların psikososyal stres etkenlerini daha rahat bir şekilde yönetebildiği ve buna bağlı olarak distres seviyelerinin daha az olduğu belirtilmiştir (Öncü ve Aktaş, 2023). Doğum öncesi bakım almanın annenin bilgilenebilmesi, sağlık profesyonellerinden destek alması ve gebelik eğitimlerine katılması gebelik dönemini daha güvenli hale getirerek prenatal distresinin azalmasına yardımcı olabilmektedir.

Çalışmamıza katılan gebeler şu anki sağlık durumunu %81.9 oranında “orta” olarak değerlendirmiştir (Tablo 4.2). Gebelerin şu an hissettikleri sağlık durumu ile TGDÖ genel puan ortalaması ile olumsuz duygulanım alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $p=0.004$, $p=0.009$) (Tablo 4.7). Kendi sağlık durumlarını düşük değerlendiren gebelerin distres seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Literatürde bu ilişkinin değerlendirildiği çalışmaya ulaşılmamıştır. Gebelerin sağlıklarına ilişkin algıları prenatal distresini doğrudan etkilediğini göstermektedir. Kötü hisseden kadınların olumsuz duyguları ağır basmakta ve streslerini arttırdığı düşünülmektedir.

Gebeliği sonlandırmayı düşünme ile gebelerin distres puanlarını karşılaştırdığımızda olumsuz duygulanım alt boyutu ile TGDÖ genel toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.035$) (Tablo 4.7). Yapılan bir çalışmada gebeliği planlı olmayan ve anneliğe hazır olmayan gebelerin distres seviyelerinin fazla olduğu Bu durum, gebelik sürecine ilişkin bireysel hazırlık düzeyinin ve psikolojik uyumun, distres düzeylerini belirlemede etkili olduğu düşünülmüştür.

Gebelikte stres yaşama durumu ile TGDÖ genel toplam puanları ile olumsuz duygulanım ve eş katılım alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p=0.026$, $p=0.000$, $p=0.000$) (Tablo 4.7). Çalışmamızda çoğu gebe (%62.3) bu süreçte stres hissettiklerini belirtmiştir (Tablo 4.2). Hastanede yatma, aile bireylerinden uzak kalma, düzeninin bozulması, bebeğin sağlığı için endişelenme gibi durumlardan dolayı gebeler stres altında hissedebilmektedir.

Gebelerin sosyal destek alması ile gebelik distressi arasındaki ilişkiye bakıldığında olumsuz duygulanım alt boyutu ile TGDÖ genel toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $p=0.008$, $p=0.0015$) (Tablo 4.7). Türkiye’de gebelik stresi ile sosyal destek ilişkisinin incelendiği çalışmada toplam sosyal destek puanı ile stres arasında anlamlı bir ilişki saptanmamakla birlikte “özel kişi” (partner) alt boyutu ile stres arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Erbil ve Akın 2024). Eş desteğinin yüksek riskli gebeliğe sahip olan kadınlarda stres seviyesinin azalmasında önemli olduğunu aynı zamanda sosyal destek alan kadınların TGDÖ puanlarının anlamlı şekilde azaldığı çalışmalar mevcuttur (Baltacı ve Vatansever, 2024; Özbek ve Beydağ, 2022). Gebelik döneminde aileden, eşten veya çocuklardan sosyal olarak destek almak annenin ruh sağlığını ve psikolojik sağlamlılığını olumlu yönde etkileyebilir.

5.3. Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

Yüksek riskli gebeler üzerinde yaptığımız bu çalışmada PBE genel puan ortalaması 64.48 ± 10.96 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınacak minimum değer 32, maksimum değer ise 84’tür. Ölçekten alınan puan arttıkça prenatal bağlanma düzeyleri de artmıştır. Bu değerlere bakıldığında çalışmamıza katılan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin orta seviyede bulunmuştur. Literatürü incelediğimizde benzer çalışma bulgularına ulaşılmıştır. Türkiye’de riskli gebelerin prenatal bağlanma seviyelerini inceleyen başka bir çalışmada PBE ortalama puanı 61.52 ± 15.44 puanlar orta düzeyde saptanmıştır (Yıldırım ve Şahin, 2020). Riskli gebeliklerle yapılan başka çalışmada PBE ortalaması 56.76 ± 9.23 bulunarak daha düşük bulunmuştur (Erkal Aksoy ve ark., 2016). Riski olmayan gebelerle yapılan bir çalışmada ise PBE ortalaması 68.7 ± 7.4 bulunarak daha yüksek bulunmuştur (Çankaya ve Sevil, 2020). Normal gebeliğe sahip 150 kadınla yapılan çalışmada PBE ortalaması 70.2 ± 8.5 olarak bildirilerek yüksek bir

bağlanma seviyesi bulunmuştur (Doğru ve ark., 2019). Bulgular gebelikte risk varlığının prenatal bağlanma üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini göstermektedir. Riskli gebeliklerde maternal stres, fetal sağlık kaygısı, belirsizlik duygusu ve tıbbi müdahalelerin sıklığı gibi faktörlerin, annenin duygusal bağ geliştirme sürecini sekteye uğratabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda eğitim durumu ve çalışma durumunun PBE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Fakat eğitim durumunun artması ve annenin çalışıyor olması prenatal bağlanma puanlarında artış göstermiştir. Yapılmış olan bir çalışmada bireylerin eğitim düzeyi arttıkça doğum öncesi bağ kurma düzeylerinin de yükseldiği bulunmuştur. Özellikle üniversite ya da daha yüksek eğitim almış anne adaylarının, ilköğretim ya da lise mezunlarına göre prenatal bağlanma seviyeleri daha yüksek görülmüştür (Badem ve Zeyneloğlu, 2021). Prenatal bağlanmanın incelendiği başka bir çalışmada da lise mezunu olan kadınların prenatal bağlanması diğer gruplara göre daha fazla çıkmakla birlikte çalışan kadınların çalışmayanlara oranla prenatal bağlanma seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Öztürk ve Erbaş, 2021). Bu çalışmaların aksine annenin çalışma durumu ile bağlanma düzeyi arasındaki anlamlı ilişki bulunmayan çalışmaya da rastlanmıştır (Aydın ve Karahan, 2020). Bu sonuçlara bakıldığında çalışma durumu her zaman bağlanma üzerinde arttırıcı etki yaratmayabilir. İş yükünün fazla olması, fiziksel yorgunluk, ev-iş dengesinin sağlamaması gibi sorunlar bağlanma sürecini etkileyebilir. Bunun aksine eğitilmiş ve çalışan annelerin gebelik süresinde daha bilinçli olarak değerlendirmesine ve anne bebek etkileşimine daha duyarlı hale getirebilir.

Eş eğitim durumu ile PBE toplam puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Fakat eş çalışma durumu ile PBE toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0.015$) (Tablo 4.7). Yapılan çok adımlı regresyon analizinde de bu bulgu desteklenmiştir (Tablo 4.9). Eşleri çalışmayan gebelerin prenatal bağlanma seviyeleri çalışanlara göre düşük bulunmuştur. Literatüre bakıldığında 100 gebe kadın ve eşlerinin incelendiği çalışmada, babaların eğitim düzeylerinin, annelerin prenatal bağlanma seviyelerini etkilediği bulunmuştur. Eşleri lisans mezunu olan kadınların ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek prenatal bağlanma düzeyleri olduğu saptanmıştır. Öte yandan babaların çalışma durumu eşlerinin bağlanma düzeylerini anlamlı ölçüde etkilememiştir (Uğurlu ve ark., 2023) Prenatal bağlanma sadece

annenin özelliklerinden değil, babaların da duygusal açıdan hazırlanması ve yeni oluşan rollere alışması yönünden etkileyici bir rol oynamaktadır.

Evlilik süresi, aile tipi, gelir durumu, yaşanan yer ve sosyal güvence durumlarının PBE toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Literatürde bununla ilgili yapılmış çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte anlamlı farklılıklara rastlanmamıştır. Evlilik uyumu ile maternal bağlanma seviyesinin incelendiği çalışmada 1-5 yıl ve 10-15 yıl arasında evlilik süresi olan annelerin evlilik uyumu daha fazla bulunurken bu uyumla maternal bağlanma arasında düşük de olsa pozitif yönlü düşük ilişki saptanmıştır (Mutlu ve ark., 2018). Erken evliliklerle ilişkili yapılan bir çalışmada ise sağlık hizmetlerine ulaşamayan sosyal güvencesi bulunmayan kadınlarda kendini güvende hissetmeyerek ve gebeliğe odaklanma gibi nedenlerle annelerin prenatal bağlanmasını olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Nhampoca ve Maritz, 2024). Gebelerde evlilik doyumu ve prenatal bağlanma üzerine yapılan çalışmada evlilik süresi arttıkça eşlerin evlilikten aldığı doyumunun düştüğü ve bu nedenle prenatal bağlanmanın olumsuz şekilde etkilendiği saptanmıştır (Ünal Toprak ve Turan, 2023). Çalışma bulgularımızda sosyal güvencesi olmayan kadınların prenatal bağlanması anlamlı ölçüde olmasa da daha düşük bulunmuştur. Bu da gebelerin doğumdan önce bakım alması annenin kendini güvende hissetmesine olanak sağlarken hem de bebeğe odaklanmasına yardımcı olabilir. Bulguların anlamlı çıkmaması, prenatal bağlanmanın evlilikten alınan doyum, eşler arası uyum, destek olma, baş etme mekanizmaları gibi birçok dış etmenden etkilenmesinden kaynaklanabilir.

Gebelik sayısı, doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile PBE toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.005$) (Tablo 4.7). Çalışmamızdaki çok değişkenli adımsal regresyon analizinde gebelik haftasının bağımlı değişken PBE üzerinde prenatal anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Türkiye’de primigravida (ilk gebelik) ve multigravida (birden fazla gebelik) kadınların prenatal bağlanma düzeylerini karşılaştırıldığı bir çalışmada, multigravidaların prenatal bağlanma ölçek puanlarının primigravidalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Turan ve ark., 2020). Başka bir çalışmada ise gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile doğum sayısı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çalışmada, çocuk sayısı arttıkça prenatal bağlanma düzeyinin azaldığı bulunmuştur. Özellikle, çocuk sayısının

istenenden fazla olan, gebeliği plansız olan ve gebelikten keyif almayan kadınların prenatal bağlanma düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (Badem ve Zeyneloğlu 2021). Literatür sonuçlarının farklı olması araştırmaya katılan gebelerin gebelik haftasına, gebeliklerin planlı olup olmaması ve sosyal destek sistemleri gibi hem obstetrik hem de sosyodemografik faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Çalışmamıza katılan gebeliklerin %62.3'nün (Tablo 4.2) planlı olması prenatal bağlanma seviyelerini bu bağlamda etkilemiş olabilir.

Küretaj sayısı ve ölü doğum sayısı ile PBE toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Yapılan çok değişkenli adımsal regresyon analizinde ise ölü doğum değişkeninin PBE üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkilerinin olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Lee ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışmada perinatal kayıp yaşayan gebeler, daha sonraki gebeliklerde psikolojik olarak strese neden olacağı belirtilmiştir. Ancak prenatal bağlanma açısından etkilerinin net olmadığını ve kayıp yaşayan annelerin yeni gebeliklerinde kendilerini psikolojik olarak korumak için duygusal bağlanmayı bilinçli şekilde erteleyebilecekleri belirtilmiştir. Çalışmaya katılan katılımcıların küretaj ve ölü doğum yaşama oranları az olduğundan dolayı prenatal bağlanmayı etkilemediği düşünülebilir.

Gebelikler arası süre ile PBE toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Gebelikler arasındaki süre ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışma bulgularına rastlanmamıştır. Gebelikler arası sürenin az olması (<24 ay) anne için psikolojik ve fizyolojik olarak zorlayıcı bir süreç olabilir. Hem bir bebekle ilgilenmek hem de yeni bir gebeliğe uyum sağlamak anne bebek bağlanmasını geciktirebilir. Çalışmamızda gebelikler arası sürenin 24 aydan daha az olduğu grubun oranının az olması (%12.7) (Tablo 4.2) hem de gebelikler arası sürenin annenin gebeliğe olan hazırlık düzeyini etkileyerek prenatal bağlanmayı etkilemediği düşünülebilir.

Gebelik döneminde tarama testini yaptırmak ve kontrollere gitme sıklığı ile PBE toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Literatürle benzer sonuçlara rastlanmıştır. Yapılmış olan bir çalışmada, tarama testi yaptıran gebelerin prenatal bağlanma seviyeleri yaptırmayanlara göre yüksek bulunmuştur fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Barut ve Baransel, 2024).

Başka bir çalışmada ise yardımcı üreme tekniği sayesinde gebe kalan kadınların tarama testlerinden sonra prenatal bağlanma puanlarında yükselme gözlenmekle birlikte 14. gebelik haftası sonrasında sonuçların netleşmesiyle bu artış anlamlı bulunmuştur (Seravalli ve ark., 2023). Bu durum, tarama testi yaptırmanın prenatal bağlanma düzeyini doğrudan etkilemediğini göstermekle birlikte çalışmamıza katılanların çoğunun tarama testini yaptırmış olması (%87.7) (Tablo 4.2) ve örneklem grubumuzu değerlendirirken zaten hastanede kaldıklarından dolayı sürekli bir kontrol altında hissedilmesi etkilemiş olabilir.

Daha önceki gebeliklerde riskli gebelik durumunun olması ile PBE toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Literatüre baktığımızda daha önce risk yaşıyıp yaşamamasına ilişkin bulgulara rastlanmamıştır. Riskli gebeliklerde prenatal bağlanmanın karşılaştırıldığı 115 riskli gebe üzerinde yapılan çalışmada prenatal bağlanma seviyelerinin orta düzeyin altında olduğu ve buna ek olarak geçmişte ölü doğum yapan kadınlarda düşük prenatal bağlanma görülmüştür (Yıldırım ve Hotun Şahin, 2020). Önceki gebeliklerinde düşük hikayesi olan kadınların şimdiki gebeliklerinde prenatal bağlanma düzeylerinin orta düzeyde olduğu ama düşük sayısı arttıkça prenatal bağlanma seviyelerinin de düştüğü sonucuna ulaşılmıştır (Güner Emül ve ark., 2022). Riskli gebelik sürecinden geçen kadınlar, sonraki gebeliklerine karşı daha mesafeli ve temkinli olabilmektedir. Gebelik bu grup için çok daha korkutucu bir süreç haline gelebilir ve bebeklerinin sağlığı hakkında sürekli endişe duymasına neden olabilmektedir. Bu durum gebelerin psikolojik dayanıklılığını olumsuz etkilemesine ve bununla birlikte prenatal bağlanma sürecini olumsuz yönde etkileyebilir. Çalışmadaki katılımcıların yarısından fazlasının ilk gebeliği olduğundan dolayı daha önce riskli gebelik durumuyla karşılaşmamasından kaynaklı olabilir.

Kronik hastalığın olması ile PBE toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Yapılmış olan bir çalışmada, kronik hastalığı olan gebelerin prenatal bağlanma envanteri puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Erkal Aksoy, 2016). Kronik hastalığı olan gebelerin prenatal bağlanma ölçek puanı, kronik hastalığı olmayan gebelere oranla biraz daha fazla çıksa da anlamlı bulunmamıştır. Kronik hastalığı olan gebelerin prenatal bağlanma seviyelerinin

hastalığın türüne, ne kadar süredir tanı aldığına, annenin psikolojik sağlamlılığına ve çevreden aldığı sosyal desteklere göre farklılık göstermesinden kaynaklı olabilir.

Doğum öncesi bakım alma ile PBE toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Fakat doğum öncesi bakım alan kadınların prenatal bağlanma düzeyi almayanlara göre daha fazla bulunmuştur. Literatürü incelediğimizde birçok çalışma, doğum öncesi eğitim programlarından herhangi birine katılan gebelerin prenatal bağlanma seviyelerini artırdığını göstermiştir (Demirkan ve ark., 2020; Kartal ve Karaman, 2018). Doğum öncesinde anneyi bilgilendirmeye yönelik programlar annenin bebekleriyle duygusal bağ kurmalarını destekleyerek anne-bebek ilişkisini olumlu şekilde etkilemektedir. Çalışmamıza katılan gebelerin %88.7'sinin (Tablo 4.2). Doğum öncesi bakım almaması ve standart doğum öncesi bakımın prenatal bağlanmada tek başına yeterli olmadığından dolayı anlamlı bulgulara ulaşılmamış olabilir.

Şu anki sağlık durumunu tanımlama ile PBE toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Çalışmamıza katılan gebelerin büyük bir kısmı sağlık durumunu “orta” düzeyde değerlendirmiştir. Gebelerin şu anki sağlık durum prenatal bağlanma düzeylerini etkileyebilir. Kendini sağlıklı hisseden gebelerin ruh halinin iyi olması ve stresinin az olmasına bağlı olarak prenatal bağlanma düzeylerin de olumlu yönde etkileyebilir. Literatürde bununla benzer çalışmalar kısıtlıdır. Rahimi ve arkadaşlarının (2025) prenatal bağlanma ile sağlıkla ilgili davranışlara uyum arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, prenatal bağlanma seviyesi yüksek olan gebelerin, sağlıkla ilgili davranışlara daha fazla uyum gösterdiği gözlenmiş olup gebenin kendini sağlıklı hissetmesiyle de ilişkili bulunmuştur. Kendini sağlıklı hisseden gebeler, prenatal bakım önerilerine daha fazla uyum göstererek, fetüsle olan bağlarını güçlendirebilirler. Çalışmamıza katılan gebelerde sağlık durumunu “düşük” değerlendiren gebelerin TGDÖ olumsuz duygulanım alt boyut puanı anlamlı çıkmıştır ($p<0.000$) (Tablo 4.7). Bu bağlamda öznel sağlık algısı distres üzerinde doğrudan etkisi olmakla birlikte prenatal bağlanma üzerinde dolaylı etki yaratabileceği için çalışmamızda anlamlı çıkmamış olabileceğini söyleyebiliriz.

Gebeliği sonlandırma düşüncesi ile PBE arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.000$) (Tablo 4.7). Yapılan çok değişkenli adımsal regresyon

analizinde gebeliği sonlandırma değişkeninin bağımlı değişken olan PBE üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkilerinin olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Yapılmış olan bir çalışmada gebeliğini sonlandırmayı düşünme durumuna göre PBE puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Yılmaz ve Beji, 2010). Çalışmamızda gebeliğini sonlandırma düşüncesi bulunan kadınların PBE toplam puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Bu durum gebeliğe karşı olumsuz duyguları olan kadınların bebekleriyle sağlıklı bir şekilde duygusal bağı inşa etmesini zorlaştırdığını düşündürmektedir.

Gebelikte stres altında hissetme değişkeni ile PBE toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.025$) (Tablo 4.7). Çalışmamızda yapılan çok adımlı regresyon analizinde gebelikte stresin, bağımlı değişken PBE üzerinde anlamlı etkilerinin olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Literatürde benzer ve farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Gebelikte distres yaşayan kadınların prenatal bağlanmaları olumsuz şekilde etkilediği belirtilmiştir (Coşkun ve ark., 2019). Yapılmış olan başka çalışmada gebelerin prenatal distres düzeyleri azaldıkça prenatal bağlanmanın arttığı görülmüştür (Kaya Şenol ve Pekiği, 2024). Başka bir çalışmada ise gebelik dönemindeki yoğun stres, daha güçlü prenatal bağlanma ile ilişkilendirilmiştir (Chang ve ark., 2004). Çalışmamızda stres yaşayan gebelerin PBE toplam puanları yüksek çıkmıştır. Bu sonuca ulaşmada çalışmaya katılan gebelerin hepsinin riskli gebelik olması ve bebeklerini kaybetme veya zarar gelme düşüncesiyle bağlanmalarının artması ile açıklanabilir.

5.4. Gebelik Risk Algısı, Distres Düzeyleri ve Prenatal Bağlanma İlişkisi

Yapılmış olan bu çalışmada kullanılan üç temel ölçek olan GRAÖ, TGDÖ ve PBE ilişkiler incelenmiş ve bulgular korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışma bulgularına göre GRAÖ ile TGDÖ genel ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında pozitif yönlü, orta seviyede ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yüksek risk algısı olan gebelerin, psikolojik distrese daha fazla maruz kalacağını göstermektedir. Riskli gebeliği olan kadınların anksiyete ve gebelikteki distres seviyelerinin önemli ölçüde arttırdığını vurgulamıştır (Hünük, Duman ve Yıldırım, 2024). PBE ile GRAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

saptanmamıştır. Ancak PBE ile TGDÖ'nün olumsuz duygulanım alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.8).

Yapılan çok değişkenli adımsal regresyon analizinde ise bağımlı değişken PBE üzerinde olumsuz duygulanım ve TGDÖ genel değişkenlerinin anlamlı çıkarak bulguları desteklediği görülmektedir (Tablo 4.9). Gebelerde olumsuz duyguların artması anne-bebek bağlanmasını olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Annenin yoğun strese maruziyeti, kaygı ya da depresif düşünceler annenin gebelik sürecini sağlıklı bir şekilde sürdürmesini engelleyerek prenatal bağlanmasını azaltabilir. Buna ek olarak PBE ile eş katılımı alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu durum eş/partner desteğinin bağlanmayı güçlendirici etkisinin olduğunu göstermektedir. Gebelikte risk algısı ile psikolojik distres arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler olduğunu, ancak bu iki yapının prenatal bağlanma ile sınırlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, prenatal bağlanmanın sadece gebeliğe dair stres ya da risk algısından değil; sosyal destek, psikoeğitim, gebelik planlılığı, gebelik haftası, eş çalışma durumu, ölü doğum yaşama ve gebeliği sonlandırma gibi birçok değişkenden etkilendiğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu bölümde araştırmanın sonuçlarına ve sonuçlara dayalı olarak önerilere yer verilmiştir.

- Çalışmaya katılan kadınların yüksek riskli gebelerin gebelik risk algı düzeyleri orta düzeyde olduğu saptanmıştır.
- Gebelikte risk algısının artması distres düzeyini artırırken, prenatal bağlanma düzeyi arttıkça olumsuz duygulanım azalmakta ve eş katılımı artmaktadır.
- Gebelik distres seviyelerinin düşük olduğu, prenatal bağlanma seviyelerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Eğitim durumu düşük olan kadınların gebelik risk algı düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır.
- Doğum sayısı 3 ve üzeri olan kadınların kendine yönelik algıladıkları risk düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır.
- Daha önceki gebeliklerinde riskli gebelik yaşayan kadınların hem bebeğe yönelik hem de kendilerine yönelik algıladıkları risk düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır.
- Kronik hastalığı olan kadınların bebeğe yönelik ve kendine yönelik risk düzeyleri yüksek bulunmuştur.
- Şu anki sağlık durumunu düşük hisseden kadınların gebelik risk algısının daha yüksek olduğu ve distres seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Gelir durumu kötü olan kadınların olumsuz duygulanım ve distres seviyelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- 3 ve üzeri doğum yapan, 2 ve üzeri yaşayan çocuğu sahip olan kadınların olumsuz duygulanım seviyelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- Gebelikler arası süre 24 aydan daha fazla olan kadınların olumsuz duygulanımın daha fazla olduğu ve ilk gebeliği olan kadınların eş katılım seviyelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Kontrollere gitme sıklığı 3 hafta üzeri olan kadınların olumsuz duygulanım seviyeleri daha yüksek bulunmuştur.
- Doğum öncesi bakım alan gebelerin olumsuz duygulanım düzeyleri daha düşük bulunmuştur.
- Çekirdek tipi ailede yaşayan kadınların prenatal bağlanma seviyeleri daha yüksek bulunmuştur.
- Gebeliği sonlandırmayı düşünen gebelerin distres seviyeleri yüksek, prenatal bağlanma seviyeleri düşük bulunmuştur.
- Gebelikte stres yaşayan kadınların gebelik risk algı düzeyleri, gebelik distres düzeyi ve prenatal bağlanma seviyeleri daha yüksek bulunmuştur.
- Sosyal destek durumu olmayan kadınların olumsuz duygulanım ve distres seviyesi daha yüksek bulunmuştur.
- Gebeliği sonlandırmayı düşünen gebelerin prenatal bağlanma seviyesi düşük, distres seviyeleri daha yüksek bulunmuştur.
- Yapılan regresyon analizine göre gebelerde prenatal bağlanma, olumsuz duygulanım, eş çalışma durumu, gebelik haftası, ölü doğum, gebeliği sonlandırma ve gebelikte stres yaşama durumlarından etkilenmektedir.

6.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir.

- Sağlık profesyonelleri, özellikle yüksek risk tanısı alan eğitim seviyesi düşük gebelerin gebelik sürecine ilişkin riskler konusunda farkındalık kazanmalarını

sağlamak amacıyla düzenli gebelik eğitimi ve bireysel danışmanlık hizmetlerini etkin bir biçimde yürütmesi,

- Gebelerin psikolojik sağlığının korunması ve iyileştirilmesine yönelik müdahalelerin planlanması, sağlık profesyonellerinin gebelik sürecinde stres düzeylerinin düzenli olarak değerlendirilmesi ve gebelerin gevşeme teknikleri, psikoeğitim programları ya da rahatlatıcı aktivitelere yönlendirilerek stresle başa çıkma becerilerinin desteklenmesi,
- Gebelerin belirsizlik ve bilgi eksikliği nedeniyle yaşadığı psikolojik stresin azaltılmasına yönelik bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinin artırılması,
- Partner, aile ve arkadaşlardan alınan sosyal desteği pekiştirmeye yönelik programlar teşvik edilmelidir. Özellikle sosyal destek hissetmeyen ve gebeliği riskli olan annelerin sosyal desteğin arttırılmasına yönelik aileler bilinçlendirilmesi, grup etkinliklerin düzenlenmesi,
- İstenmeyen gebeliklerin ve istenen sayının üzerinde çocuğa sahip olmanın prenatal bağlanmayı zayıflatmasından dolayı neden aile planlaması çalışmaları yaygınlaştırılması, toplumun aile planlaması yöntemleri hakkında bilinçlenmesi
- Bulguların genellenebilirliğini artırmak ve risk algısı, distres ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi daha kapsamlı değerlendirmek için, düşük riskli gebeleri ve farklı sosyo-demografik, obstetrik özellikleri olan grupları içeren çalışmalar yapılması,
- Distres, risk algısı ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkileri etkileyebilecek öz-yeterlik, sosyal destek, obstetrik öykü, beden algısı ve sağlık hizmeti kalitesi gibi aracı değişkenlerin rolünü araştıran ek çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abasi E, Tahmasebi H, Zafari M, NTG. Assessment on effective factors of maternal fetal attachment in pregnant women. *Life Sci J*. 2012;9:68–75.

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Guidelines for Perinatal Care. 7th ed. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists; 2012.

Afolabi BB, Olowokere AE, Ajayi OA. Determinants of risk perception during pregnancy among Nigerian women: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23:182.

Akarsu RH, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin tehlike belirtileri hakkında bilgi ve prenatal bağlanma düzeylerinin belirlenmesi. *Ege Univ Hemş Fak Derg*. 2017;33(2):16–26.

Akça E, Gökyıldız Sürücü Ş, Akbaş M. Gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniv Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Derg*. 2020;8:630-642.

Akça E.İ. Gebelerde prenatal bağlanma ve distres düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anatolian J Health Res*. 2024;5(2):149-154.

Akın B, Cankaya S. Gebelerde tutarlılık duygusu, algılanan stres ve doğum korkusu. *Turk J Fam Med Prim Care*. 2022;16(4):772-778.

Akkuzu G, Gökbulut N. Yeni koronavirüs (COVID-19) pandemisinde gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemler. In: Akkuzu G, ed. *COVID-19 Pandemisi: Pandemi Dönemlerinde Üreme Sağlığı*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. s:24-29.

Aksoy YE, Yılmaz SD, Aslantekin F. Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. *Turk Klin J Health Sci*. 2016;1(3):163-169.

Alderdice F, Lynn F, Lobel M. A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2013;34(2):62-77.

Alemu DA, Zegeye AMM, Dessie WK, Zeleke LB, Belay DM. Pregnancy risk perception and associated factors among pregnant women attending antenatal care at health centers in Jabitehnan District, Amhara, Northwest Ethiopia. Research Square; 2021. PPR424698.

Altın M. Gebelikte psikolojik dayanıklılık ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi. SBÜ Sağlık Araştırma Merkezi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2023, İstanbul

Altınçelep F. Gebelerdeki prenatal distres düzeyinin belirlenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul.

Arslan H, Bani B, Güneş K, Eryurt MA. Türkiye’de riskli gebelikler: 2018 TNSA bulguları. Nüfusbilim Derg. 2020;42(1):64-91.

Atadağ Y, Aydın A, Kaya D, Öksüz A, Köşker HD. Birinci basamakta izlenmiş gebelerin risk değerlendirmeleri, gebelik ve doğum süreçleri: Retrospektif çalışma. J Surg Med. 2017;1(1):5-8.

Ataman Bor N, Matyar F, Amanak K. Düşük ve yüksek riskli gebelerde risk algısı ve gebeliğe uyum ilişkisi. Artuklu Int J Health Sci. 2023;3(3):298-303.

Atasever İ, Sis Çelik A. Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi. Anadolu Hemş ve Sağlık Bilim Derg. 2018;21(1):60-68.

Aydemir H, Hazar HU. Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeinin rolü. Gümüşhane Üniv Sağlık Bilim Derg. 2014;3(2):815-833.

Aydın M, Karahan A. Gebelikte prenatal bağlanma düzeyi ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yeni Yüzyıl Üniv Sağlık Bilim Derg. 2020;6(2):32-40.

Aydın R, Yılmaz Güven D, Karahan N. Sen de dinle: Yüksek riskli gebeliklerde stresle baş etmede müzikle terapinin etkisi. Necmettin Erbakan Üniv Sağlık Bil Fak Derg. 2019;1(2):19-24.

Aygar H, Metintaş S. Bir kalkınma göstergesi olarak anne ölümleri. Estüdam Halk Sağlığı Derg. 2018;3(3):63-70.

Aziz A, Saleem S, Nolen TL, Pradhan NA, McClure EM, Jessani S, Goldenberg RL. Why are the Pakistani maternal, fetal and newborn outcomes so poor compared to other low and middle-income countries? *Reprod Health*. 2020; 17:190.

Badem A, Zeyneloğlu S. Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Kırşehir Ahi Evran Üniv Sağlık Bil Enstit Derg*. 2021;1(1):37-47.

Bakır B, ve ark. Gebelikte riskli durumların prenatal bağlanma üzerindeki etkisi. *Ann Med Res*. 2014;21(3):179-183.

Bakır N, Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler. *Ulus Hakemli Kadın Hast ve Anne Çocuk Sağlığı Derg*. 2014;1(1):25-37.

Bal Z, Can Kantar E, Uçar T. Lohusalarda yalnızlık hissinin sosyal destek, emzirme ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *SBÜ Hemşirelik Derg*. 2021;3(1):21-28.

Balkaya NA. Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunların incelenmesi. *Düzce Üniv Sağlık Bil Enstit Derg*. 2014;:6-16.

Baltacı A. Doğum teminatı sigortası tercihinde hamilelikte risk algısının etkisi: Kadın tüketiciler üzerine bir araştırma. *Bankacılık ve Sigortacılık Araştırmaları Derg*. 2020;14:26-43.

Baltacı G, Başer M. Yüksek riskli gebelerde belirsizlik, anksiyete ve stres. *Ulus Sosyal Araştırmalar Derg*. 2020;13(76):535-548.

Baltacı N, Başer M. Riskli gebelerde yaşanan anksiyete, prenatal bağlanma ve hemşirenin rolü. *DEÜ Hemşirelik Fak Elekt Derg*. 2020;3(3):206-212.

Baltacı N, Vatansever S. Riskli gebelerde distresin ve distrese dayanma gücünün incelenmesi. *Genel Sağlık Bilim Derg*. 2024;5(2):181-188.

Barut S, Baransel ES. Maternal-fetal attachment among pregnant women at risk for mental health: A comparative study. *J Clin Med Kaz*. 2024;21(1):67-73.

Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Advanced maternal age and risk perception: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2012, 12: 1471- 2393

Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Predictors of perception of pregnancy risk among nulliparous women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42(4):416-427.

Bekmezci H, Özkan H. Gebelikte psikososyal sağlık bakım, prenatal bağlanma ve ebe-hemşirenin sorumlulukları. *Ulus Hakemli Kadın Hast ve Anne Çocuk Sağlığı Derg*. 2016;8:50-60.

Bellieni CV, Ceccarelli D, Rossi F, Buonocore G, Maffei M, Perrone S, et al. Is prenatal bonding enhanced by prenatal education courses? *Minerva Ginecol*. 2007;59:125-129.

Bilgin M. Gebelerin distresle baş etmelerinde eş desteğinin etkisinin incelenmesi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2022, İstanbul.

Brandon AR, Pitts S, Denton WH, Stringer CA, Evans H. A history of the theory of prenatal attachment. *Assoc Prenat Perinat Psychol Health*. 2009;23(4):201-222.

Brandon AR, Trevedi MH, Hynan LS, Miltenberger PD, Labat DB, Rifkin JB, Stringer CA. Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):635-643.

Budak M, Ulus İÇ. Çalışan kadınların toplumsal cinsiyet algılarının psikolojik sağlamlık düzeyleri ve stresle baş etme ilişkisinin incelenmesi. *Bartın Üniv Eğit Araştırmaları Derg*. 2024;8(2):150-162.

Carpenito-Moyer LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı (Çeviren: Erdemir F). 13. baskı, Nobel Tıp Kitabevi; 2012.

Chang SB, Park SM, Chung CW. Effect of Taegyo-focused prenatal education on maternal-fetal attachment and self-efficacy related to childbirth. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2004;34(8):1409-1415.

Cohen J. The significance of a product moment rs. In: Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 2013, p:109-143.

Correa-de-Araujo R, Yoon SS. Clinical outcomes in high-risk pregnancies due to advanced maternal age. J Womens Health. 2021;30(2):160-167.

Coşkun A. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 2. baskı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2016, s:168-193.

Coşkun A. Yüksek riskli gebelikler fetus/yenidoğana etkisi ve hemşirelik yaklaşımı. In: Dağoğlu T, Görak G, eds. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008, s:60-101.

Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. Nurs Res. 1981;30(5):281-284.

Çankaya T, Sevil Ü. Gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin bazı sosyo-demografik ve obstetrik özellikler açısından incelenmesi. Turk Klin J Gyn Obst Nurs-Spec Top. 2020;3(1):20–28.

Çapık A, Ejder Apay S, Sakar T. Gebelerde distress düzeyinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg. 2015;18(3):196-203.

Çapık, A., Pasınlıoğlu, T. (2015). Validity and reliability study of the Tilburg Pregnancy Distress Scale into Turkish. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22, 260-269.

Çıtak Bilgin N, Ak B, Ayhan F, Öztürk Koçyiğit F, Yorgun S, Topçuoğlu MA. Effects of childbirth education on prenatal adaptation, prenatal and maternal attachment. Anatolian J Fam Med. 2020;3(2):128-135.

Darker C. Risk perception. In: Gellman MD, Turner JR, eds. Encyclopedia of Behavioral Medicine. New York: Springer; 2013, p:1689-1691.

Daşdemir A. Gebelikteki stresin prenatal bağlanmaya etkisinin değerlendirilmesi yüksek lisans tezi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı; 2022.

De Farias MC, da Nóbrega MM. Orem'in öz bakım teorisine dayalı olarak yüksek riskli bir gebede hemşirelik tanıları: Bir olgu sunumu. *Latin Amerika Hemşirelik Dergisi (Rev Lat Am Enfermagem)*. 2000 Aralık;8(6):59–67.

Deliktaş A, Körükcü Ö, Kukulu K. Farklı gruplarda annelik deneyimi. *Marmara Üniv Sağlık Bil Enstit Derg*. 2015;5(4):274-283.

Demir Yıldırım A, Hotun Şahin N. Riskli gebelerde prenatal bağlanma ve risklerin değerlendirilmesi. *Online Turk Sağlık Bil Derg*. 2020;5(4):661-672.

Demirkan F, Erci B, Avcı S. The effect of fetal movement counting on maternal-fetal attachment. *J Obstet Gynaecol Res*. 2020;46(5):765-771.

Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Derg*. 2010;20(3):99-108.

Doğan Merih Y, İlter F, Coşkun Potur D, Alioğulları A. Prenatal tanı testleri sonrasında riskli gebelik tanısı alan gebelerin sürece yönelik görüşleri. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Derg*. 2018;4(1):1-19.

Doğru A, Aksu H, Kılıç A. Prenatal bağlanma ile psikososyal uyum düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Derg*. 2019;5(2):134-142.

Doğrul E, Alan Dikmen H. Gebelerde eş desteğinin annelik algısı, beden algısı ve distress düzeyi ile ilişkisi: Tanımlayıcı bir çalışma. *Selçuk Sağlık Derg*. 2023;4(2):163-175.

Dulude D, Bélanger C, Wright J, Sabourin S. High-risk pregnancies, psychological distress, and dyadic adjustment. *J Reprod Infant Psychol*. 2002;20(2):101-123.

Duyan V, Kapısız GS, Yakut Hİ. Doğum öncesi bağlanma envanterinin bir grup gebe üzerinde Türkçeye uyarlama çalışması. *J Gynecol Obstet Neonatol*. 2013;10:1609-1614.

Dündar T, Özsoy S, Aksu H, Toptaş B. Obstetrik özelliklerin gebelikte distress üzerine etkisi. *J Nursol*. 2019;22(1):17-24.

Ekrami F, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Babapour Kheiroddin J, Mirghafourvand M. The effect of counselling on depression and anxiety of women with unplanned pregnancy: A randomized controlled trial. *Community Ment Health J.* 2019;55:1047-1056.

Elkin N. Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2015;24(6):230-237.

Erbil N, Akin Ö. The effect of perceived social support on pregnancy stress: A descriptive and cross-sectional study. *Int J Caring Sci.* 2024;17(1):426-437.

Erkal Aksoy Y, Dereli Yılmaz S, Aslantekin F. Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. *Türk Klin Sağlık Bilim Derg.* 2016;1(3):163-169.

Errico D, et al. The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. *Rev Bras Fisioter.* 2018;71:1257-1264.

Ertekin BN. Yüksek riskli gebelerde algılanan stres ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi*, 2021, Bolu.

Ertuğrul M. Tilburg Gebelik Distress Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2013, İzmir.

Esmeray N. Gebelik Deneyimleri Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması. *Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2016, Manisa.

Essén B, Johnsdotter S, Hovellius B, Gudmundsson S, Sjöberg NO, Friedman J, Östergren PO. Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somalian women resident in Sweden. *BJOG.* 2000 Dec;107(12):1507–12.

Evcili F, Dağlar G. Gebelikte risk algısı ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Çukurova Med J.* 2019;44:211-222.

Evcili F, Dağlar G. Gebelikte risk algısı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Derg. 2019;25(2):87-95.

Furber CM, Garrod D, Maloney E, Lovell K, Bradley E. A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. Int J Nurs Stud. 2009;46(5):669-677.

Gebremedhin AT, Tessema GA, Regan AK, Pereira GF. Association between interpregnancy interval and pregnancy complications by history of complications: A population-based cohort study. BMJ Open. 2021;11(12):e046962.

George D, Mallery P. IBM SPSS Statistics 19 Step by Step: A Simple Guide and Reference. 12th ed. Pearson Higher Education; 2011.

Gilbert ES, Harmon JS. Yüksek riskli gebeliğin psikolojik yönü. In: Taşkın L, ed. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. 2. basım. Ankara: Palme Yayıncılık; 2011, s:118-132.

Gilbert ES, Harmon JS. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. In: Taşkın L, ed. 2. basım. Ankara: Palme Yayıncılık; 2002, s:35, 118-131.

Gözüyeşil E, Özertürk Ö. Gebelikte risk algısı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Trimesterler arası karşılaştırma. Adnan Menderes Üniv Sağlık Bil Fak Derg. 2022;6(3):467-475.

Gupton A, Heaman M, Cheung LWK. Complicated and uncomplicated pregnancies: Women's perception of risk. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2001;30:192-201.

Güner Emül T, Aksoy Can A, Buldum A, Aksu A, Değirmenci F, Vefikuluçay Yılmaz D. Düşük öyküsü olan gebelerde prenatal bağlanma durumunun değerlendirilmesi: Tanımlayıcı araştırma. Turk Klin Hemşirelik Bilim Derg. 2022;14(3):712-717.

Gürhan N, Yaman Sözbir Ş, Polat Ü, eds. Hemşirelik alanında kullanılan kavram, beceri ve modeller. 1. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2020.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması: Ana Rapor. Ankara: HÜNEE; 2019.

Havutçu G. Yüksek riskli gebeliklerin doğum öncesi ebeveyn bağlanmasına etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Aydın.

Heaman M, Gupton A, Gregory D. Factors Influencing Pregnant Women's Perceptions of Risk. MCN Am J Matern Child Nurs. 2004;29(2):111-116.

Heaman MI, Gupton AL. Psychometric Testing of the Perception of Pregnancy Risk Questionnaire. Res Nurs Health. 2009;32(5):493-503.

Hosseini SH, Azizi M, Shirazi M. Employment status and prenatal anxiety among Iranian women. Women Health. 2022;62(1):56-65.

Hotun Şahin N, Yıldırım AD. Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve risklerin değerlendirilmesi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Derg. 2017;23(1):45-52.

Hünük HE, Büyükayacı Duman N, Yıldırım F. Riskli gebelik tanısı almış kadınlarda risk algısı ve yordayan faktörler: Tanımlayıcı araştırma. Turk Klin Hemşirelik Bilim Derg. 2024;17(2):427-435.

Irion JM, Irion GL, Lewis K, Giglio M. Current trends of physical therapy interventions for high-risk pregnancies. J Womens Health Phys Ther. 2012;36:143-157.

İbici Akça E. Gebelerde prenatal bağlanma ve distres düzeylerinin değerlendirilmesi. Anatolian J Health Res. 2024;5(2):149-154.

İçel S, Aydoğan A, Günay Molu N. COVID-19 pandemisinde gebelerin depresyon ve gebelik distres düzeylerinin değerlendirilmesi. Ege Univ Hemş Fak Derg. 2024;40(2):197-205. doi:10.53490/egehemsire.1159960

İzmir, Meryem Kübra Şentürk. Riskli gebelerin prenatal bağlanma ve doğum korkusu yaşama durumlarının değerlendirilmesi. MS thesis. Marmara Üniversitesi (Turkey), 2019.

Jangjoo S, Lotfi R, Assareh M, Kabir K. Effect of counselling on maternal–fetal attachment in unwanted pregnancy: A randomised controlled trial. *J Reprod Infant Psychol.* 2021;39(3):225-235.

Kamalak H. Yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Aydın.

Kara P, Nazik E. Yüksek riskli gebelerin gebelik deneyimleri ve prenatal distreslerinin belirlenmesi. *Celal Bayar Üniv Sağlık Bil Enstit Derg.* 2024;11(1):120-128.

Karabulutlu Ö, Beydağ KD, Lazoğlu M. İstanbul’da ve Kars’ta yaşayan gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Kafkas J Med Sci.* 2020;10(1):24-31.

Karaçam Z, Özçelik G. Gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkileri. *Ege Üniv Hemş Fak Derg.* 2004;30(3):1-18.

Karataş Baran G, Şahin S, Öztaş D, Demir P, Desdicioğlu R. Gebelerin algılanan stres düzeylerinin ve stres nedenlerinin değerlendirilmesi. *Çukurova Med J.* 2020;45(1):170-180.

Karataş Baran P, ve ark. Riskli gebelerde stres yaygınlığı üzerine bir araştırma. *Sağlık Bilimleri Araştırmaları Derg.* 2020;3(2):78-85.

Karataş G. Gebeler için verilen doğuma hazırlık eğitiminin kaygı ve prenatal bağlanma düzeyine etkisi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Sivas.

Kartal YA, Karaman T. Doğuma hazırlık eğitiminin gebelerin prenatal bağlanma ve depresyon riski üzerine etkisi. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni.* 2018;49(1):85-91.

Kaya Şenol D, Pekyiğit A. Gebelikte yaşanan distresin prenatal bağlanmaya etkisi. *Balıkesir Sağlık Bil Derg.* 2024;13(1):144-150.

Kızılırmak A, Demir Z. Gebelikte olumsuz duyguların değerlendirilmesi: TGDO geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Turk Klin Kadın Hastalıkları Doğum Hemşireliği Derg. 2020;11(3):237-245.

Kleinveld JH, Timmermans DR, de Smit DJ, van der Wal G, ten Kate LP. Does offering prenatal screening influence women's attitudes toward abortion? Prenat Diagn. 2006;26(7):623-628.

Kotimäki S, Härkönen J, Karlsson L, Karlsson H, Scheinin NM. Educational differences in prenatal anxiety and depressive symptoms and the role of childhood circumstances. SSM Popul Health. 2020;12:100690.

Lang C. Bağlanma – Doğum öncesi ve sonrası dönemde bağlanmanın güçlendirilmesi. In: Üzel N, Özbacı S, eds. Bağlanma: Doğum Öncesi ve Sonrası Bağlanmanın Güçlendirilmesi. 1st ed. Ankara: Modern Tıp Kitabevi; 2018:1-2, 15-17, 29-30, 55-58.

Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. J Affect Disord. 2020;277:5-13.

Lederman RP, Boyd E, Pitts K, Roberts-Gray C, Hutchinson M, Blackwell S. Maternal development experiences of women hospitalized to prevent preterm birth. Sex Reprod Healthc. 2013;4(4):133-138.

Lee S, Ayers S, Holden D. Risk perception of women during high risk pregnancy: A systematic review. Health Risk Soc. 2012;14:511-531.

Lee S, Holden D, Webb R, Ayers S. Pregnancy related risk perception in pregnant women, midwives and doctors: A cross-sectional survey. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19:335.

Lennon SL. Perception of pregnancy risk among women with gestational diabetes and their partners: A mixed methods study. Doctoral dissertation, College of Nursing, Rady Faculty of Health Sciences, University of Manitoba; 2018.

Li Y, Gao S, Wang J, An H, Zhang L, Zhang Y, Liu X, Li Z. Effects of short interpregnancy intervals on adverse pregnancy outcomes—Haidian District, Beijing Municipality, China, 2017–2019. *China CDC Weekly*. 2023;5(35):767–772.

Lindgren K. Relationships among maternal–fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Res Nurs Health*. 2001;24(3):203-217.

Lucas A. Promoting maternal-fetal attachment with women affected by HIV and/or substance use. National Abandoned Infants Assistance Resource Center, The Administration for Children and Families; 2013.

Maharromova A. Gebelikte risk algısı ve stres düzeyinin karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, Erzurum..

Manning KY, Long X, Watts D, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht GF, Lebel C. Prenatal maternal distress during the COVID-19 pandemic and associations with infant brain connectivity. *Biol Psychiatry*. 2022;92(9):701-708.

Marteau TM, Dormandy E. Facilitating informed choice in prenatal testing, how well are we doing? *American Journal of Medical Genetics* 2001; 106:185-90.

Masoud AMO, Osman NE, Nasr EG. Pregnant women’s perception regarding risky pregnancy and their current pregnancy risk condition: A correlational study. *Egypt J Health Care*. 2021;12(3):1462-1475.

McFarland J, Salisbury AL, Battle CL, Hawes K, Halloran K, Lester BM. Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Arch Wom Ment Health*. 2011;14(5):425-434.

Medeiros ALD, dos Santos SR, de Lima Cabral RW, Silva JPG, Nascimento NDM. Assessing nursing diagnoses and interventions in labour and high-risk pregnancies. *Rev Gaucha Enferm*. 2016;37(3):e55316

Mete S, Fata S, Özberk H. Riskli ve riskli olmayan gebeliklerde stres düzeyinin karşılaştırılması. *J Acad Res Nurs*. 2020;6(3):554-560.

Mirzakhani K, Khadivzadeh T, Faridhosseini F, Ebadi A. Pregnant women's experiences of the conditions affecting marital well-being in high-risk pregnancy: a qualitative study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2020;8(4):345–357.

Mrisho M, Schellenberg JA, Mushi AK, Obrist B, Mshinda H, Tanner M, Schellenberg D. Factors affecting home delivery in rural Tanzania. *Trop Med Int Health*. 2007;12(7):862-872.

Muller ME, Mercer RT. Development of the Prenatal Attachment Inventory. *West J Nurs Res*. 1993;15(2):199-211.

Muller ME. A critical review of prenatal attachment research. *Sch Inq Nurs Pract*. 1992;6(1):5-22.

Mutlu B, Erkut Z, Yıldırım Z, Gündoğdu N. A review on the relationship between marital adjustment and maternal attachment. *Rev Assoc Med Bras*. 2018;64(3):243-252.

Napoli, A., Lamis, D.A., Berardelli, I., Canzonetta, V., Sarubbi, A., Rogante, E., ... Pompili, M. (2020). Anxiety, Prenatal attachment, and depressive symptoms in women with diabetes in pregnancy, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 425.

Nhampoca JM, Maritz JE. Early marriage, education and mental health: experiences of adolescent girls in Mozambique. *Front Glob Womens Health*. 2024;5:Article 1278934.

Oğultarhan Z. Preeklampsi tanılı gebelerin risk algısı ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2024, İstanbul.

Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg*. 2015;12(2):85–92.

Öncü AB, Aktaş D. Riskli gebeliği olan ve olmayan kadınlarda prenatal bağlanma ve prenatal distresin değerlendirilmesi. *Anatolian J Health Res*. 2023;5(2):181–188.

Özbek Z, Beydağ KD. Yüksek riskli gebelerde eş desteği ve gebelik stresi arasındaki ilişki. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg. 2022;15(2):144-155.

Özbek Z. Yüksek riskli gebelerde eş desteği ve gebelik stresi arasındaki ilişki. İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, İstanbul.

Özçalkap N. Adıyaman il merkezindeki gebelerin gebelik ve anneliğe uyumlarının karşılaştırılması. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Gaziantep.

Özgen D. Sağlıklı ve riskli gebelerde prenatal bağlanma. Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Sakarya. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/>

Özkan A, Arslan H. Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. Zeynep Kamil Tıp Bül. 2007;38(4):155–164.

Özkan H, Kanbur A, Karakoç H, Aksoy AN. The relationship between distress and prenatal attachment during pregnancy. J Gen Health Sci. 2023;5(2):201–207.

Öztürk E. Algılanan sosyal desteğin prenatal bağlanma ve gebelikte yaşanan anksiyete üzerine etkisi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Manisa.

Öztürk R, Erbaş E. Gebelerde prenatal bağlanma ve distres düzeylerinin değerlendirilmesi. J Health Sci. 2021;7(1):1–10.

Palma E, Armijo I, Cifuentes J, Ambiado S, Rochet P, Díaz B, et al. Hospitalisation in high-risk pregnancy patients: Is prenatal attachment affected? J Reprod Infant Psychol. 2021;39(1):30–42.

Penticuff JH. Psychologic implications in high-risk pregnancy. Nurs. Clin. N. Am. 1982;17(1):69–78.

Persico G, Antolini B, Vergani P, Costantini W, Nardi MT, Bellotti L. Maternal singing of lullabies during pregnancy and after birth: Effects on mother–infant bonding and on newborns' behaviour. Women Birth. 2017;30(4):e214–e220.

Pimsuwan P, Boaoung C, Sansiriphun N. Pregnancy-related anxiety, risk knowledge, and pregnancy risk perception among advanced age pregnant women. *Nursing Journal*, 2020, 47: 50-60.

Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, et al. Risk and protective factors in maternal–fetal attachment development. *Early Hum. Dev.* 2014;90(2):45–46.

Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, et al. Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(5):771–776.

Potur CD, Yiğit F, Bilgin ÇN. Anne adaylarının fetal sağlığı değerlendiren testlere yaklaşımının kalitatif incelenmesi. *Maltepe Univ. Nurs. Sci. Art Derg.* 2009;2(3):80–92.

Queenan JT, Spong CY, Lockwood CJ, eds. *Management of High-Risk Pregnancy*. 5th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2007.

Rahimi T, Sedghi R, Yousefi S, Sarikhani Y. The association between maternal–fetal attachment and adherence to health behaviors among pregnant women. *BMC Res. Notes.* 2025;18:16.

Rai RK, Kumari S, Dandona R. Socio-demographic determinants of maternal health risk perception in India. *Reprod. Health.* 2021;18(1):127.

Rajbanshi S, Norhayati MN, Nik Hussain NH. Risk perception and coping strategies among pregnant women during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *PLoS One.* 2021;16(6):e0253685.

Rubarth LB, Schoening AM, Sandhurst H, Gunter MJ, Silva SG. Women’s experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012;41(3):398–407.

Sangin S, Phonkusol C. Perception of pregnancy risk and related obstetric factors among women of advanced maternal age. *Pac. Rim Int. J. Nurs. Res.* 2021;25(3):494–504.

Sarıyüce Polat A, Tuğut N. Kadınların gebelik döneminde yaşadıkları semptomlar ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki. 2. Uluslararası Emzirme Gerçeği Kongresi; 2022; Türkiye.

Savrun M. Gebelik ve depresyon. *Klin. Geliş. Derg.* 2008;21(1):164–166.

Seravalli V, Rossi M, Marzano G, Scarselli G, Di Tommaso M. Precursors of prenatal attachment and anxiety during pregnancy in women conceiving with ART and spontaneously: A cross-sectional study. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2023;20(20):6945.

Serçekuş P, Mete S. Doğuma hazırlık eğitiminin gebelik uyumuna etkisi. *Ege Univ. Nurs. Sci. Arts J.* 2010;26(1):1–9.

Silva TV, Bento SF, Katz L, Pacagnella RC. “Preterm birth risk, me?” Women risk perception about premature delivery – a qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21:633.

Sis Çelik A, Aksoy Derya Y. Determining the self-care agency and the health practice levels of the pregnant women and the effective factors. 26th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility (COGI); 23–25 November 2018; London, UK.

Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S, Budak B. Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selcuk Tıp Derg.* 2013;29(4):165-7.

Şanlı Y, Dinçer Y, Bayram S, Oskay Ü. Triangülasyon metodu ile yüksek riskli gebelerde mevcut stresörler ve baş etme yöntemleri: Bir devlet hastanesi örneği. 2018.

Şencan İ, Altıntaş D, Bakar C, Güngör S, Altıntaş A, Güngör D. 2014 yılı Türkiye ulusal anne ölümlerinin demografik verilere göre değerlendirilmesi. *Jinekoloji Obstet Neonatol Tıp Derg.* 2016;13(2):45-7.

Soğukpınar N, Akmeşe ZB, Hadımlı A, Balçık M, Akın B. Doğumevlerinde riskli gebelik profili: İzmir ili örneği. *J Acad Res Nurs.* 2018;4(1):37–44.

Stahl K, Hundley V. Risk and risk assessment in pregnancy – do we scare because we care? Midwifery. 2003;19(4):298–309.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı; 2018. Erişim adresi: <https://sinopataturkdh.saglik.gov.tr/TR-1291998/dogum-oncesi-bakim-yonetim-rehberi.html> (Erişim tarihi: 23 Mayıs 2025).

T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı; 2018b. Erişim adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/466> (Erişim tarihi: 23 Mayıs 2025).

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kronikleri, 2023. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2023. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-6.html> (Erişim tarihi: 23 Mayıs 2025).

Taşkın L. Doğumda ağrı. Zeynep Kamil Med. J. 2016;47(1):1–9.

Thapa S. Risk perception of woman on pregnancy, childbirth and the postpartum phase and the association to the first delay: A case of rural Nepal. Master's Thesis, Wageningen University; 2014.

Thiyagarajan D, Sarfo A, Swarray-Deen A, Compton S, Lawrence E, Sefogah P. Factors associated with a positive Tilburg Pregnancy Distress Scale among hospitalized Ghanaian obstetric patients. AJOG Glob. Rep. 2025;5(2):100486.

Topaç Tunçel N. Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distress düzeyinin, doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisi. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Edirne.

Turan Z, Kurt G, Arslan H. Graviditenin sosyal destek algısı ve prenatal bağlanma düzeyine etkisinin incelenmesi. Çukurova Med. J. 2020;45(3):1126–1136.

Türk Perinatoloji Derneği. Genel bilgi. 2021a. Erişim adresi: <https://www.perinatoloji.org.tr/Hakkimizda/Genel-Bilgi> (Erişim tarihi: 23 Mayıs 2025).

Türk Perinatoloji Derneği. Yüksek riskli gebelik takibi. 2021b. Erişim adresi: <https://www.perinatoloji.org.tr/Yuksek-Riskli-Gebelik-Takibi> (Erişim tarihi: 23 Mayıs 2025).

Türkiye İstatistik Kurumu. Doğum istatistikleri, 2022. Ankara: TÜİK; 2023. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/MainPage?p=Dogum-Istatistikleri,-2022&dil=tr> (Erişim tarihi: 23 Mayıs 2025).

Türkiye Klinikleri. COVID-19 pandemisi: pandemi dönemlerinde üreme sağlığı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020.

Türkmen H, Akın B, Erkal Aksoy Y. Effect of high-risk pregnancy on prenatal stress level: A prospective case-control study. *Curr. Psychol.* 2024;43:23203–23212

Uğurlu M, Arslan G, Özdemir Ö. Maternal and paternal attachment levels in the prenatal period. *Gulhane Med J.* 2023;65(3):108–114.

Ulu P, Bayraktar S. Gebe kadınlarda prenatal bağlanma düzeyi ile ilişkili değişkenlerin incelenmesi. *Yeni Symp.* 2018;56(2):2–9.

Ünal Toprak F, Turan Z. Gebelerde evlilik doyumunun prenatal bağlanmaya etkisi. *Gulhane Med J.* 2023;65(3):578–590.

Üzar-Özçetin YS, Erkan M. Yüksek riskli gebelerde psikolojik sağlamlık, algılanan stres ve psikososyal sağlık. *Cukurova Med J.* 2019;44(3):1017–1026.

Widnes SF, Schjøtt J. Risk perception regarding drug use in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216(4):375–378.

Wilson, M.E., White, M.A., Cobb, B., Curry, R., Greene, D., Popovich, D. (2000). Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament, *J. Adv. Nurs*, 31, 204-210.

World Health Organization. Adolescent pregnancy. Geneva: WHO; 2020. Erişim adresi: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> (Erişim tarihi: 23 Mayıs 2025).

World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: guide for midwives and doctors. 2nd ed. Geneva: WHO; 2017. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255760> (Erişim tarihi: 23 Mayıs 2025).

World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva: WHO; 2003. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42709> (Erişim Tarihi: 23 Mayıs 2025).

World Health Organization. Maternal mortality. Geneva: WHO; 2019. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (Erişim tarihi: 23 Mayıs 2025).

World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020. Geneva: WHO; 2023. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759> (Erişim tarihi: 23 Mayıs 2025).

World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2018a. Erişim adresi: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf (Erişim tarihi: 23 Mayıs 2025).

World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: World Health Organization; 2018b. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186171/9789241549363_eng.pdf (Erişim tarihi: 23 Mayıs 2025).

Yates S. Pregnancy and childbirth. In: Yates S, ed. Pregnancy and Childbirth. 1st ed. China; 2010:367–392.

Yıldırım AD, Şahin NH. Riskli gebelerde prenatal bağlanma ve risklerin değeriendirilmesi. Online Turk Health Sci J. 2020;5(4):661–672.

Yıldız H, Yılmaz D. Risk perception and antenatal care use among pregnant women in rural Turkey: A qualitative study. Midwifery. 2021;97:102995.

Yılmaz B, Oskay Ü. A current view of care of high-risk pregnancy. *Bezmialem Science*. 2021;9(1):112–119.

Yılmaz E, Uyar E, Yıldız F, Dereboy F. Türkiye’de çalışan ve çalışmayan kadınların depresif belirti şiddetinin sistematik gözden geçirilmesi ve metaanalizi. *Arch Neuropsychiatry*. 2023;60(2):178–184.

Yılmaz SD, Beji NK. Prenatal Bağlanma Envanteri’nin Türkçe’ye uyarlanması: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *J Anatolia Nurs Health Sci*. 2013;16(2):103–109.

Zhou Y, Li Y, Wang Z, Liu X. Education level and pregnancy health behavior: Exploring the mediating role of health literacy. *BMC Public Health*. 2020;20:1682.



EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

A. Sosyodemografik özellikler

1.Yaşınız:

2.Eğitim Durumu:

a) Yükseköğretim

b) Lise

c) Ortaokul

d) İlkokul

3.Çalışma Durumunuz:

a) Çalışıyor

b) Çalışmıyor

4.Eşinizin Yaşı:

5.Eşinizin Eğitim Durumu:

a) Yükseköğretim

b) Lise

c) Ortaokul

d) İlkokul

6.Eşinizin Çalışma Durumu:

a) Çalışıyor

b) Çalışmıyor

7.Evlilik Yaşı:

8.Evlilik Süresi:

a) 1 yıl ve daha az

b)2-5 yıl

c)6-15 yıl

d)11-15 yıl

e)16 yıl ve daha fazla

9.Aile Tipiniz:

a) Çekirdek

b) Geniş

10.Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a) Kötü

b) Orta

c) İyi

11.Yaşadığınız yer:

a) İl

b) İlçe

c) Köy

12. Sosyal Güvence Durumu:

a) Var

b) Yok

B. Obstetrik Özellikler

1.Gebelik Haftanız:

2.Gebelik Sayınız:

3.Doğum Sayınız:

4.Yaşayan Çocuk Sayısı:

5.Küretaj Sayısı:

6.Ölü Doğum Sayısı:

7.En son gebelik ile şimdiki gebeliğiniz arasındaki süre ne kadar?

a) 24 aydan az b) 24 aydan fazla c) Gebelik yaşamadım

8.Gebelikte tarama testlerini yaptırdınız mı?

a) Evet b) Hayır

9. Gebeliğinizde kontrollere gitme sıklığınız nedir?

a) Haftada 1
b) 2 haftada 1
c) 3 hafta ve üzeri sıklıkta

10.Daha önceki gebeliklerinizde riskli gebelik durumu yaşandı mı?

a) Evet b) Hayır

11.Tanısı konulmuş kronik bir hastalığınız var mı?

a) Evet b) Hayır

12.Doğum öncesi bakıma ilişkin eğitim alıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

13.Gebelik izleminde saptanan risk faktörleri nelerdir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- a) Prezantasyon anomalileri
- b) Polihidramniyos/Oligohidramniyos
- c) Çoğul gebelik
- d) Erken Doğum Tehditi
- e) Preterm Prematür Membran Ruptürü
- f) Gestasyonel Diyabetes Mellitus
- g) Gestasyonel Hipertansiyon
- h) Preeklampsi/Eklampsi
- i) Intra Uterin Gelişme Geriliği

- j) Kanama
- k) Plesental Anormallik (Plesenta Previa/ Ablosyo Plesenta)
- l) Hiperemezis Gravidarum
- m) Diğer sorunlar

14.Şu anki sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) Düşük
- b) Orta
- c) Yüksek

15. Gebeliği sonlandırmayı hiç düşündünüz mü?

- a) Evet
- b) Hayır

16.Gebelik dönemi boyunca kendinizi stres altında hissediyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

17.Gebelik dönemi boyunca sosyal destek alıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

EK-2: Gebelikte Risk Algısı Ölçeği

GEBELİKTE RİSK ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda, bu gebeliğiniz sırasında kendinize ve bebeğinize yönelik risk algınızı değerlendirmeye yönelik ifadeler bulunmaktadır. İfadelerde doğru ya da yanlış cevap yoktur. Sizden, size ve bebeğinize ait risk durumuna ilişkin aşağıdaki derecelendirme ölçeklerinin her birinin üzerinde bir risk değerlendirmesi yapmanız istenmektedir. Bu kapsamda ifadenin hemen altında bulunan düz çizginin üzerindeki bir noktaya dikey bir işaret koymanız yeterlidir (Bknz: Örnek işaretleme). Adınızı veya size ait kişisel bilgilerinizi forma yazmanız gerekmemektedir.

Teşekkür ederiz....

ÖRNEK:

Milli piyangoyu kazanma ihtimalim:

Hiç ihtimal yok _____ Son derece yüksek ihtimal

Piyangoyu kazanma ihtimalinizin çok yüksek olduğunu düşünüyorsanız, dikey işaretinizi aşağıdaki gibi koyabilirsiniz:

Hiç ihtimal yok _____ | _____ Son derece yüksek ihtimal

1. Bu gebelik sırasında kendime yönelik risk:

Hiç ihtimal yok _____ Son derece yüksek ihtimal

2. Bu gebelik sırasında bebeğime yönelik risk:

Hiç ihtimal yok _____ Son derece yüksek ihtimal

3. Bu gebelik sırasında kanama yaşama riskim:

Hiç ihtimal yok _____ Son derece yüksek ihtimal

4. Bu gebelik sırasında sezaryen geçirme riskim:

Hiç ihtimal yok _____ Son derece yüksek ihtimal

5. Bu gebelik sırasında hayatımı kaybetme riskim:

Hiç ihtimal yok _____ Son derece yüksek ihtimal

6. Bebeğimin prematüre (37. gebelik haftasından önce) doğma riski:

Hiç ihtimal yok _____ Son derece yüksek ihtimal

7. Bebeğimin bir doğum kusuruna sahip olma riski:

Hiç ihtimal yok _____ Son derece yüksek ihtimal

8. Bebeğimin yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınma riski:

Hiç ihtimal yok _____ Son derece yüksek ihtimal

9. Bu gebelik sırasında bebeğimi kaybetme riski:

Hiç ihtimal yok _____ Son derece yüksek ihtimal

EK-3: Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği

Aşağıda gebeliğiniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. **Son 7** gün boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi **en iyi ifade eden** kutucuğu işaretleyin. Lütfen her bir soru için sadece bir cevap işaretleyin.

Teşekkür ederim.

	İfadeler	Çok sık	Oldukça sık	Ara sıra	Nadiren veya hiç
1.	Gebeliğimden keyif alıyorum	0	1	2	3
2.	Eşimle birlikte, gebelik sürecinden keyif aldığımı hissediyorum.	0	1	2	3
3.	Gebelik ile ilgili endişelerim var.	0	1	2	3
4.	Gebelik eşimle beni daha da yakınlaştırdı.	0	1	2	3
5.	Doğum eylemi ile ilgili endişelerim var.	0	1	2	3
6.	Bebeğimin sağlığı konusunda endişelerim var.	0	1	2	3
7.	Doğumdan sonra eşimle ilgili sorunlar yaşayabileceğim konusunda endişelerim var.	0	1	2	3
8.	Eşim tarafından desteklendiğimi hissediyorum.	0	1	2	3
9.	Doğumdan sonraki dönemle ilgili ekonomik durumumuza yönelik endişelerim var.	0	1	2	3
10.	Doğum esnasında kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum.	0	1	2	3
11.	Doğum eylemi ile ilgili seçenekler (normal doğum, sezeryan, ağrısız doğum, evde doğum vb.) üzerinde sıklıkla düşünüyorum	0	1	2	3
12.	Doğum eylemi beni korkutuyor.	0	1	2	3
13.	Doğum eylemi ile ilgili anlatılan hikayeler beni çok geriyor.	0	1	2	3
14.	Gebeliğin getirdiği fiziksel rahatsızlıkların doğumdan sonra da devam edebileceği endişesini yaşıyorum.	0	1	2	3
15.	Duygu ve düşüncelerimi eşimle gerçekten paylaşabiliyorum	0	1	2	3
16.	Gebelikte çok fazla kilo alacağım diye endişeleniyorum.	0	1	2	3

EK-4: Prenatal Bağlanma Envanteri

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. **Geçen ay süresince** bu düşünce, duygu ve durumlarla ilgili tecrübelerinizle ilgilenmekteyiz. Lütfen size uygun kelimenin yanındaki harfi yuvarlak içine alınız.

	Her zaman	Sık Sık	Bazen	Hiçbir zaman
1. Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.	a	b	c	d
2. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.	a	b	c	d
3. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.	a	b	c	d
4. Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.	a	b	c	d
5. Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.	a	b	c	d
6. Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım	a	b	c	d
7. Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım	a	b	c	d
8. Bebeğimin içimde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşıyorum.	a	b	c	d
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	a	b	c	d
10. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	a	b	c	d
11. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	a	b	c	d
12. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	a	b	c	d
13. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	a	b	c	d
14. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	a	b	c	d
15. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	a	b	c	d

16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.	a	b	c	d
17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.	a	b	c	d
18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.	a	b	c	d
19. Bebeğimle sırlarımı paylaşıyorum	a	b	c	d
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.	a	b	c	d
21. Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.	a	b	c	d

Puanlama:

a=4, b=3, c=2, d=1

EK-5: Etik Kurul İzni

	T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı: <i>74</i>	<i>26</i> .09.2023
Sayın	Doç.Dr.Nurcan KIRCA Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi
Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Perinatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Gebelerde Risk Algısının Gebelik Distresine ve Prenatal Bağlanmaya Etkisi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.	

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2023

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
	AÇIK ADRESİ:		
	TELEFON		
	FAKS		
	E-POSTA		
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20	
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr.Nurcan KIRCA	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Perinatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Gebelerde Risk Algısının Gebelik Distresine ve Prenatal Bağlanmaya Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 689	Tarih: 13.09.2023	
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı merkez/merkezlerden izin alındıktan sonra yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.		

EK-6: Aydınlatılmış Onam Formu

Adım Ezgi TUNA, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Perinatoloji kliniğinde tedavi gören gebelerde risk algısının gebelikte distrese ve prenatal bağlanmaya etkisini belirlemek amacıyla bu çalışmayı yapıyorum. Bu amaç doğrultusunda, sizden veri toplamak üzere “Kişisel Bilgi Formu, Gebelikte Risk Algısı Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri adı altında 4 ayrı soru formu hazırlanmıştır. Soruları yanıtlamak ortalama 20-25 dakikanızı alacaktır. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak konusunda gönüllü olmanız esastır. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır. Katılım ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Ezgi TUNA

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Katılımcının/Gönüllünün;

İsim Soyisim:

İmza:

Telefon Numarası:

EK-7: Gebelikte Risk Algısı Ölçek İzni

Ölçek kullanım izni >



ezgi tuna <

13 Ağu 2023 Paz 16:00 ☆ 😊 ↩ ⋮

Merhaba Hocam,

Ben Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ezgi Tuna. Doç.Dr. Nurcan Kırca hocamın danışmanlığında yürüteceğim tez çalışmasında 'Gebelik Risk Algısı ' başlıklı ölçeğinizi kullanmak için sizden izin istiyorum. İzin verirseniz ölçeği mail olarak gönderirseniz çok sevinirim.

İyi çalışmalar diliyorum.

Ezgi Tuna



Funda EVCILI <

Alici: ben ▾

13 Ağu 2023 Paz 16:37 ☆ 😊 ↩ ⋮

Merhaba, ölçek formu ektedir, atıfta bulunarak çalışmanızda kullanabilirsiniz . İyi çalışmalar diliyorum.

Android için [Outlook](#) edinin

EK-8: Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kullanım İzni

Ölçek Kullanım İzni > Gelen Kutusu x

ezgi tuna

13 Ağu 2023 16:40

Merhaba Hocam,

Ben Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ezgi Tuna. Doç.Dr. Nurcan Kırca hocamın danışmanlığında yürüteceğim tez çalışmasında 'Tilburg Gebelikte Distres ' başlıklı ölçeğinizi kullanmak için sizden izin istiyorum. İzin verirseniz ölçeği mail olarak gönderirseniz çok sevinirim.

İyi çalışmalar diliyorum.
Ezgi Tuna

Ayla Kanbur

Alıcı: ben

19 Ağu 2023 20:46

Merhaba Ezgi,
Ölçeği ekte gönderiyorum. Tezinde başarılar...

Doç. Dr. Ayla KANBUR
Atatürk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü

EK-9: Prenatal Bağlanma Envanteri Kullanım İzni

Fwd: Ölçek kullanım izini ▶ Gelen Kutusu ✕



Sema Yılmaz
Alıcı: ben ▼

14 Ağu 2023 Pzt 10:13 ☆ ☺ ↶ ⋮

Sevgili Ezgi,
Tez çalışmada Prenatal Bağlanma Envanterini kullanmandan memnuniyet duyar çalışmalarında başarılar dilerim.
Selamlar...

Sema Dereli YILMAZ, PhD
Selcuk University
Health Sciences Faculty
Department of Midwifery



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ezgi	Uyruğu	T.C.
Soyadı	TUNA	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Haydar Aliyev Fen Lisesi	2017
Lisans	İstanbul Üniveristesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2021

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi	2023
Hemşire	Antalya Şehir Hastanesi	2023-devam

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	Yökdil (2022)	52.5