

**T.C.
ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**PLANLANMAMIŞ GEBELİKLERDE GEBELİĞE BAĞLI
ANKSİYETE İLE ÖZ- ŞEFKAT DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CANSU TANIR

**DANIŞMAN
PROF. DR. SEMİHA AYDIN ÖZKAN**

ADYAMAN, 2025

ÖZET

PLANLANMAMIŞ GEBELİKLERDE GEBELİĞE BAĞLI ANKSİYETE İLE ÖZ-ŞEFKAT DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Cansu TANIR

EbelikProgram/Bilim/Anabilim Dalı

Adıyaman Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Eylül/2025, Sayfa: 57

Danışman: Prof. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN

Bu çalışma, planlanmamış gebeliklerde gebeliğe bağlı anksiyete ile öz-şefkat düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı araştırma deseniyle yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Adıyaman Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Gebe İzlem Polikliniğine başvuran gebeler oluşturmuştur. Örneklem grubunu ise, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 339 gebe kadın oluşturmuştur. Veriler; Tanımlayıcı Bilgi Formu, Londra Plansız Gebelik Ölçeği, Gebelikle İlişkili Anksiyete Ölçeği-Revizyon-2 ve Öz Anlayış Ölçeği kullanılarak Kasım 2023 – Ocak 2024 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Bulgulara göre katılımcıların %74,3'ünün gebeliğinin planlı, %25,6'sının planlanmamış olduğu saptanmıştır. Katılımcıların gebelik ile ilgili anksiyete düzeyleri $31,24 \pm 8,02$, öz-şefkat düzeyleri ise $79,86 \pm 17,82$ olarak belirlenmiştir. Gebelik ile ilişkili anksiyete ve öz-şefkat düzeyleri meslek, ekonomik durum ve bireysel gebelik algısına göre anlamlı farklılık göstermezken, eşin gebelik ile ilgili düşüncelerine göre öz-şefkat düzeylerinde anlamlı farklılık saptanmıştır. Ayrıca, gebeliğe bağlı anksiyete ile öz-şefkat arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuş olup; planlı gebeliklerin öz-şefkati artırdığı ve öz-şefkatin anksiyete üzerinde yordayıcı bir etkisi olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik anksiyetesi; Öz-şefkat; Planlanmamış gebelik

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PREGNANCY-RELATED ANXIETY AND SELF-COMPASSION LEVEL IN UNPLANNED PREGNANCIES

Cansu TANIR

Department of midwifery

Adiyaman University, Graduate Education Institute, September/2025, Page: 57

Supervisor: Prof. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN

This study was conducted with a cross-sectional and descriptive research design to examine the relationship between pregnancy-related anxiety and self-compassion levels in unplanned pregnancies. The population of the study consisted of pregnant women who presented to the pregnancy follow-up clinic of Adiyaman University Women's and Children's Hospital. The sample group consisted of 339 pregnant women who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. Data were collected using the Descriptive Information Form, London Unplanned Pregnancy Scale, Pregnancy-Related Anxiety Scale-Revision-2, and Self-Compassion Scale via face-to-face interviews between November 2023 and January 2024. According to the findings, 74.3% of the participants' pregnancies were planned, while 25.6% were unplanned. The participants' pregnancy-related anxiety level was 31.24 ± 8.02 , and their self-compassion level was 79.86 ± 17.82 . While pregnancy-related anxiety and self-compassion levels did not differ significantly based on occupation, economic status, or individual pregnancy perception, significant differences were found in self-compassion levels based on the spouse's pregnancy-related thoughts. Furthermore, a negative correlation was found between pregnancy-related anxiety and self-compassion; planned pregnancies increased self-compassion, and self-compassion had a predictive effect on anxiety.

Keywords: Unplanned pregnancy; Pregnancy anxiety; Self compassion.

TEŞEKKÜR

Çalışma sürecimde bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak yolumu aydınlatan, akademik rehberliğini her aşamada hissettiren çok değerli sayın hocam, danışmanım Prof. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN'a

Veri toplama sürecinde gönüllü olarak katkı sunan, kıymetli deneyimlerini ve zamanlarını paylaşan değerli annelere,

Hayatım boyunca her anımda yanımda olan, sevgisi ile bana güç veren sevgiliannem Tülay TOPTAŞ'a, yol göstericiliği, sevgisi ve desteğiyle beni her zaman motive eden sevgili babam Birol TOPTAŞ'a, katkı ve yardımlarından dolayı sevgili abim Onur TOPTAŞ'a,

Düşünceli tavırlarıyla ve neşeli varlığıyla yanımda olan desteğini benden hiç esirgemeyen biricik, sevgili teyzem Selda YİĞİT'e

Her zaman her konuda yanımda olduğunu hissettiren, sevgisiyle, desteğiyle, sabrıyla ve anlayışıyla beni her daim güçlendiren, varlığıyla her şeyi kolaylaştıran pek kıymetli, sevgili eşim Mahmut TANIR'a

Varlığıyla hayatıma neşe ve anlam katan canım kızım Buğlem TANIR'a

Ayrıca, mesleki anlamda birlikte yol yürüdüğüm katkı ve anlayışları için Doğumhane ve Göz Ameliyathane ekiplerindeki çalışma arkadaşlarıma,

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM.

....../....../20....

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Adıyaman Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı”yla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

.....

(İmza)

Cansu TANIR

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BAŞLIK SAYFASI.....	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Gebelik	3
2.2. Planlanmamış Gebelik.....	3
2.2.1.Planlanmamış gebeliklerin maternal fetal/ yenidoğan sonuçları.....	5
2.3. Planlanmamış Gebeliklerde Anksiyete	7
2.3.1. Anksiyete	7
2.3.2. Gebelik anksiyetesi.....	9
2.3.3. Planlanmamış gebelerde anksiyete	10
2.4. Planlanmamış Gebeliklerde Öz-şefkat.....	11
2.4.1. Öz-şefkat	11
2.4.2. Gebelikte öz-şefkat	12
2.4.3. Planlanmamış gebelerde öz-şefkat.....	14
2.5. Planlanmamış Gebeliklerde Anksiyete Düzeyinin Azaltılması – Öz-Şefkat Becerilerinin Geliştirilmesine Yönelik Yapılması Gereken Ebelik Uygulamaları .	15
2.5.1.Perinatal anksiyetenin tespit edilmesi ve yönetimi.....	15
2.5.2. Bireyselleştirilmiş ihtiyaç temelli psikoeğitim	16
2.5.3.Empatik ve yargılayıcı olmayan iletişim	16
2.5.4. Gevşeme egzersizleri	17
2.5.5. Öz-şefkati geliştirici uygulamalar	17
2.5.6. Sosyal destek ağının güçlendirilmesi	17

2.5.7. Ebe liderliğindeki bakım sürekliliği (mcoc)	18
3. GEREÇLER VE YÖNTEMLER.....	19
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	19
3.2. Araştırma Hipotezleri.....	19
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	19
3.4.1.Bağımsız değişkenler.....	19
3.4.2. Bağımlı değişkenler	19
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	20
3.5.1. Katılımcıların çalışmaya dahil edilme kriterleri;.....	20
3.5.2 Katılımcıların çalışmadan dışlanma kriterleri;.....	20
3.6.Verilerin Toplanması.....	21
3.7. Veri Toplama Araçları	21
3.7.1. Tanımlayıcı bilgi formu	21
3.7.2. Londra plansız gebeliği belirleme ölçeği (LPGBÖ)	21
3.7.3 Gebelikle ilişkili anksiyete ölçeği-revizyon-2 (GAÖ-R2)	22
3.7.4. Öz anlayış ölçeği	22
3.8. Verilerin Değerlendirmesi.....	23
3.9. Araştırma İzni ve Etik Kurul	23
3.10. Araştırma Sınırlılıkları.....	24
4. BULGULAR	25
5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER.....	37
5.1. Sonuç	37
5.2. Tartışma.....	38
5.3. Öneriler	44
KAYNAKÇA.....	46
EKLER	
ÖZ GEÇMİŞ	

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 4.1. Planlı ve planlanmamış gebelik durumuna göre katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.2. Planlı ve planlanmamış gebelik durumuna göre katılımcıların bazı sürekli değişkenler açısından karşılaştırılması	27
Tablo 4.3. Planlı ve planlanmamış gebelik durumuna göre gebelikle ilişkili anksiyete ve öz-şefkat puanlarının karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.4. Gebeliklerin planlanma durumuna göre gebelikle ilişkili anksiyete ölçeği puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.5. Gebeliklerin planlanma durumuna göre öz-şefkat ölçeği puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.6. Planlanmamış gebeliklerinin gebelikle ilişkili anksiyete düzeyleri ve öz-şefkat düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	34
Tablo 4.7. Planlanmamış gebeliklerinin gebelikle ilişkili anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisi basit regresyon modeli	34
Tablo 4.8. Planlanmamış gebeliklerinin öz-şefkat düzeyleri üzerindeki etkisi basit regresyon modeli	35
Tablo 4.9. Planlanmamış gebeliklerinin gebelikle ilişkili anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisinde özşefkatin yordayıcı etkisi.....	35

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GAÖ-R2	: Gebelikle İlişkili Anksiyete Ölçeği-Revizyon-2
SCS	: Öz-Şefkat Ölçeği
LPGBÖ	: Londra Plansız Gebeliği Belirleme Ölçeği
MCoC	: Ebelikte Bakımın Sürekliliği
MBSR	: Farkındalığa Dayalı Stres Azaltma
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
UNFPA	: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

1. GİRİŞ

Ebeveyn olma kararı her zaman planlı değildir. Bir kadının gebeliğe ve doğuma yönelik tutumu, gebeliğin planlı olup olmamasına göre farklılık gösterebilmektedir. Gebe kadınların gebelikle ilgili düşüncelerinin kendileri, fetus ve doğumla ilgili davranışları açısından önemli etkileri vardır. Planlanmamış gebelik, bireylerin çocuk sahibi olmayı önceden düşünmeden ve planlamadan gebe kalması durumudur. Dünya Sağlık Örgütü ise (DSÖ) hem anne hem de bebek sağlığı açısından çeşitli fiziksel, ruhsal ve sosyal riskleri beraberinde getirebileceğini vurgulamaktadır (WHO, 2023). İstenilen ve iyi korunan bir gebelik bile planlanmamış gebelik olarak kabul edilebilmekte ve süreçte istenirse güvenli, istenmezse kürtajla sonuçlanabilmektedir. İstenmeyen gebelik ise gebeliğin planlanmadığı gibi, kadının bu gebeliği istememesidir. Dünya genelinde gebeliklerin %40'ı plansız gerçekleşmekte olup, her yıl yaklaşık 80 milyon kadın plansız gebelik yaşamaktadır (Buldur vd, 2021: 339).

Planlanmamış gebelik, annenin gebe kalmayı planlamadığı (istenmeyen) veya gelecekte gebe kalmayı planladığı (zamansız) durumları ifade eder. Planlanmamış gebelikle ilişkili faktörlerden bazıları genç yaşta cinsel ilişkiye girme, ilk ilişki sırasında zayıf cinsel beceri, sigara ve uyuşturucu kullanımı, düşük eğitim seviyesi ve yoksulluk olarak belirlenmiştir (Ekrami vd, 2019: 1047-1056). Öte yandan, plansız gebeliklerden sonra doğan çocukların da gelişimsel, eğitimsel ve psikolojik sorunlar yaşama olasılığı daha yüksektir. Ayrıca, plansız gebelik geçiren kadınlar depresyon ve kaygıya 2,5 kat daha fazla maruz kalmaktadır. Perinatal ve doğum sonrası dönemlerdeki bu psikolojik bozukluklar, ebeveynliğe geçişte kadınların uyumluluğunu olumsuz etkilemektedir (Deklava vd, 2015:623-626).

Anksiyete, ruhsal hastalıklar arasında en yaygın bozukluktur. Duygudurum bozukluğu veya anksiyete genellikle belirli stresörler nedeniyle oluştuğu bildirilmektedir. Anksiyete bozukluğu, önemsiz konular, iş güvenliği, mali işler, sevdiklerinin sağlığı ve yaklaşan olaylar hakkında aşırı ve yaygın bir endişeyi ifade eder. Bu ruhsal hastalıktaki anksiyete yelpazesi patolojik olmayandan kontrolsüz olana kadar değişebilir. Gebelik sırasında anksiyete yaygındır ve annenin anksiyetesi vücudunda daha yüksek katekolamin seviyelerine yol açarak, fetüse oksijen ve besin transferini azaltabilmektedir (Roca vd, 2013: 807-813). Dahası, bu dönemdeki anksiyete, yetişkinlikteki çocukların davranışsal ve duygusal sorunlarıyla ilişkilidir ve bu çocuklar diğer çocuklara göre daha yüksek anksiyete ve korku seviyelerine sahiptir. Yukarıda da bildirildiği üzere dünya üzerindeki gebeliklerin

%40'ının plansız olması ve plansız gebelik yaşayan kadınların yüksek düzeyde kaygı ve depresyon yaşaması nedeniyle bu kadınların daha fazla destekleyici müdahaleye ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Bu nedenle, plansız gebelik yaşayan kadınlara dikkat etmenin önemi ve gerekliliği ile plansız gebelik yaşayan kadınlar üzerinde araştırma eksikliği göz önüne alındığında, bu çalışma plansız gebelik yaşayan kadınların anksiyete düzeylerinin de incelenecek olması bakımından önemlidir.

Öz-şefkat, insanların hayatlarını nasıl değerlendirdiklerini araştırarak bilişsel ve duygusal bileşende yaşam doyumu, evlilik yaşamı doyumu, ruh hali, olumlu duygular, depresyon eksikliği ve anksiyeteyi de içerisinde bulundurmaktadır. Yukarıda belirtilen konular göz önüne alındığında, annelerin öz-şefkat düzeyleri yükseldiğinde fetüslerine olan bağlanma düzeylerinin de artması beklenir. Böyle bir durumda annenin fetüse olan bağlanmasını artırmanın bir yolu eğitimidir ve nispeten yeni ve etkili eğitimler arasında öz-şefkat eğitimi yer aldığı da bildirilmektedir (Traina, 2018: 658-681).

Tüm bu bilgiler ışığında, gebeliğin beklenmedik doğası, bireyin kişisel koşulları ve planlanmamış gebelikleri çevreleyen toplumsal algılar arasındaki karmaşık etkileşim, artan anksiyete seviyelerine ve öz-şefkat düzeyleri üzerinde etkili olacağı tahmin edilmektedir. Planlanmamış gebeliklerle karşı karşıya kalan bireylerin duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını ele almanın önemini kabul ederek ve bu zorlukların üstesinden gelmek için güçlü bir araç olarak öz-şefkati teşvik ederek, ihtiyaç sahiplerini güçlendiren ve yükselten daha destekleyici programların geliştirilmesinin de önemli olduğu kanaatindeyiz. Bu çalışma da planlanmamış gebeliklerde gebeliğe bağlı anksiyete ile öz-şefkat düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Konuya ilişkin literatür incelendiğinde öz-şefkat düzeyinin planlanmamış gebeliğe bağlı oluşan anksiyete ile arasındaki ilişkiyi inceleyen müdahale denemeleri dışında çalışmalar bulunmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle bu çalışma ile kadınların planlanmamış gebelik ve planlanmamış gebeliğe bağlı meydana gelen gebelik anksiyetesi üzerinde kişinin öz-şefkat düzeyinin yordayıcı etkisinin olup olmadığı inceleneceği için literatürdeki mevcut açığın da kapatılacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

Çalışmanın bu bölümünde konuya ilişkin kavramsal çerçevenin çizilmesi sağlanmıştır.

2.1. Gebelik

Fizyolojik olarak incelendiğinde gebelik, bir sperm ve yumurta hücresinin fertilizasyonu ile başlar ve fertilize ovumun uterin duvara implantasyonu ile devam eder. Bu süreç, kadın üreme sistemindeki hormonların (özellikle östrojen ve progesteron) etkisiyle düzenlenir. Gebelik süresi yaklaşık 40 hafta ya da üçer aydan oluşan üç trimesterden oluşur. İlk trimester, embriyonun organ ve sistemlerinin geliştiği evredir. İkinci trimesterde, fetüs daha belirgin bir insani form kazanır, organlar daha da gelişir ve hareketler hissedilebilir hale gelir. Üçüncü trimesterde ise fetüs, doğum için gerekli büyüklüğe ve olgunluğa ulaşır. Gebelik boyunca, maternal vücut, doğuma hazırlanmak için fiziksel ve hormonal değişiklikler geçirir. Doğum yaklaşırken, uterin kasılmalarının başlaması ve şiddetinin artması ile ve bebek doğum kanalından geçerek ya da cerrahi yolla dünyaya gelir (Uğurlu vd, 2020: 273-278).

Canlıların dünyaya geliş yolculuğunu temsil eden gebelik dönemi nesillerin birbirini takip etmesin açısından büyük manevi öneme sahiptir. Gebelik bir kadının hayatındaki en özel ve karmaşık dönemlerden biridir (Ofstedal, 2018: 215-238). Anne adayında psikolojik, biyolojik ve duygusal değişimlere yol açan kritik bir süreçtir. Bu değişimler, kadının bebeğini benimsemesi, doğuma hazırlanması ve doğum sonrası dönemde bebekle sağlıklı bir bağ kurabilmesi açısından belirleyici rol oynamaktadır. Ayrıca, kadının gebeliğe yönelik algısı; kendi sağlığı ve doğacak bebeğe ilişkin tutumları üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Gebeliğin istenmesi veya planlanması, yalnızca biyolojik bir süreç değil; aynı zamanda duygusal, bilişsel ve kültürel boyutları olan karmaşık bir olgudur (Demir, 2024: 84-96). Bu nedenle planlanan veya planlanmayan bir zamanda gebe kalmak da kadının bebeğinin doğumuna vereceği tepkiyi etkileyebilmektedir (Nola Holness, 2018: 241).

2.2. Planlanmamış Gebelik

Planmamış gebelik, istenilen zamandan önce gerçekleşen, çeşitli olumsuz gelişmelerle birlikte meydana gelen veya hiç istenmeyen gebelik olarak tanımlanmaktadır

(Demir, 2024: 84-96). Klerman (2000), planlama açısından gebelikleri dört gruba ayırmaktadır. Bunlar;

- Planlı gebelikler,
- Gelecekte planlanan gebelikler,
- Başlangıçta istenen ancak çeşitli faktörler nedeniyle olumsuz etkilenen (eşin kaybı, boşanma, ciddi hastalık ya da ekonomik nedenler) gebelikler,
- Tamamen planlanmamış gebelikler şeklindedir.

Planlanmamış gebelikler, aile planlaması yöntemlerinin hiç kullanılmaması, yanlış uygulanması veya yöntem başarısızlıkları sonucunda, gebelik istenmediği halde oluşan gebeliklerdir. Bu gebeliklerin yaklaşık yarısı, annenin isteğiyle yapılan ve sıklıkla güvenli olmayan koşullarda gerçekleştirilen kürtajlarla sonlanmaktadır. (Buldur vd, 2023: 339).

Planlanmamış gebelikler, kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma olasılığını azaltmakta ve doğum sonrası depresyon riskini artırmaktadır. Ayrıca, planlanmayan gebelikler çocukların emzirilme ve aşılama oranlarını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Bayer vd, 2023: 77-90). Düşük gelirli hanelerde planlanmamış gebelik riskinin daha yüksek olduğu varsayılmakla birlikte, bu ilişkiye dair akademik kanıtlar sınırlıdır. Planlanmamış gebeliklere ilişkin çalışmaların çoğu niceliksel yöntemlerle ve kısa vadeli sonuçlar üzerine odaklanmıştır. Bu çalışmalar, ağırlıklı olarak annenin demografik ve sosyoekonomik özelliklerini incelemiş; ancak ergenlik döneminde gebelik, istismar, çok sayıda çocuk sahibi olma, sık doğum aralığı ve aile içi şiddet gibi faktörlerle olan ilişkiler daha az araştırılmıştır (Moges vd, 2020: 218). Planlanmamış gebelik yaşayan bireyler, gebeliği sürdürme, sonlandırma veya evlatlık verme gibi çeşitli kararlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu tür gebelikler yalnızca bireylerin ruh sağlığı üzerinde değil, aynı zamanda toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik yapıları üzerinde de önemli etkiler oluşturabilmektedir (Barrow vd, 2022: 17).

Türkiye’de 2023 yılında 958.408 canlı doğum kaydedilmiştir (TÜİK, 2024). Öte yandan ülkemizde gebelik ve doğumların %75’inin isteğe bağlı, %11’inin sonradan planlandığı ve %15’inin ise isteğe bağlı olmadığı kanıtlanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) verilerine göre, doğumla sonuçlanan gebeliklerin yaklaşık %26’sı planlanmamış gebeliklerin sonucudur (HÜNEE, 2019:136). Daha önce ki Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2013 verilerine göre planlanmamış gebelik oranını %30 civarında bildirmiştir (TNSA, 2013: 134). Coşkun ve ark. (2020), gebe kadınların %31,7’inin gebeliğinin planlanmadığını belirtmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık

Araştırması (2018) verilerine göre karşılanmayan aile planlaması ihtiyacı son beş yılda iki kat artarak %12'ye ulaşmıştır. Ayrıca gebelik planlamayan ancak etkisiz yöntemlerle korunan kadınların oranı %20 iken, tüm kadınların %32'sinin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olduğu belirlenmiştir.

Türkiye'de kadınların yaklaşık üçte birinin aile planlaması ihtiyacının karşılanmadığı ve aile planlaması hizmetlerine olan talebin arttığı bilinmektedir (Demir, 2024: 84-96). Gebelik oranlarının yüksek olmasına karşın, planlanmamış gebelikler sonucu doğan çocukların sağlığına ilişkin araştırmalar oldukça sınırlıdır. Oysa doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde çocukların ve ailelerin sağlığını koruyacak ve geliştirecek programların etkili bir şekilde oluşturulabilmesi için, planlı ve plansız gebeliklerin fetüs/embriyo ya da yenidoğan sağlığı üzerindeki etkilerinin kapsamlı biçimde tanımlanması gerekmektedir (Keleş vd, 2020: 94-100).

2.2.1. Planlanmamış gebeliklerin maternal fetal/ yenidoğan sonuçları

Gebelik, bireyin fizyolojik ve psikolojik açıdan önemli değişim ve gelişmeler yaşadığı, doğal bir yaşam sürecidir. Bu süreçte anne adayları, fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yanı sıra sevinç ve heyecan gibi olumlu duyguların yanında kaygı ve sorumluluk duygularını da yoğun biçimde deneyimlemektedir. Gebeliğin planlanmamış olması durumunda ise, kadınlarda mutsuzluk, üzüntü, umutsuzluk, korku ve öfke gibi olumsuz duyguların ortaya çıkabildiği bildirilmektedir (Garipey vd, 2017: 491-499). Planlanmamış gebelik sürecinde kadınlar, yaşadıkları fiziksel ve duygusal yüklenmeler nedeniyle kendilerini yorgun, tükenmiş, güvensiz ve depresif hissedebilmektedirler. İnsan doğası gereği, belirsizlik ve beklenmedik durumlarla karşılaşmak bireyler üzerinde psikolojik stres yaratmakta; bireyler, alışık oldukları güvenli alanlardan uzaklaşmaya direnç gösterebilmektedir. Belirsizlik, olaylara ilişkin bilgi eksikliğinden kaynaklanan ve tutarsızlık, tahmin edilememe, tespit edilemezlik ve şüphe gibi kavramlarla ilişkilendirilen bir durum olarak tanımlanmaktadır (Marengo vd, 2015: 201-205). Planlanmamış gebelik durumunda kadın, kendi plan ve beklentilerinin dışında, öngörmediği bir olayla ani şekilde karşı karşıya kalarak yoğun bir stres süreci yaşayabilmektedir. Planlanmamış gebelik yaşayan kadınlar, çoğunlukla karmaşık ve yoğun bir duygusal süreçten geçmektedirler. Bu süreç genellikle ilk aşamada gebeliğin gerçekliğini reddetme eğilimiyle başlamaktadır. Kadınlar, gebelik tanısı aldıktan sonra durumu kabullenmekte güçlük çekebilmekte, bu nedenle sağlık kontrolünü erteleyebilmekte veya durumu paylaşmak için çevresinden

destek arayabilmektedirler. Bazı durumlarda ise, yaşananların zamanla etkisini kaybedeceği veya yok sayılabileceği yönünde bir beklenti geliştirebilmektedirler. Reddetme aşamasını sıklıkla korku duygusu takip etmektedir. Planlanmamış gebeliğe sahip kadınlar, çevresel tepkilere ilişkin belirsizlikler ve bilgi eksikliği nedeniyle kendilerini güvensiz hissedebilmekte ve bu durum, korku düzeylerini artırabilmektedir. Sürecin ilerleyen aşamalarında ise suçluluk duygusu ortaya çıkabilmektedir. Kadınlar, beklenmedik bir şekilde yaşam planlarında değişikliğe neden olduklarını düşündüklerinde veya toplumsal sorumluluklarını yerine getirememe kaygısı yaşadıklarında kendilerini suçlu hissedebilmektedirler (Sawhill vd, 2019).

Bu zorlu duygusal süreçte sosyal destek ihtiyacı belirgin şekilde artmaktadır. Literatürde, planlanmamış gebelik yaşayan kadınların gebelik döneminde ve doğum sonrasında ruh sağlığı bozukluklarına, özellikle depresyon ve anksiyeteye, daha yatkın oldukları gösterilmiştir (Yusof vd, 2018: 132). Ayrıca, planlanmamış gebeliğe sahip kadınların doğum sonrası depresyon geliştirme riskinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu da bildirilmektedir (Şenoğlu vd, 2019: 300-305). Planlanmamış gebelik yaşayan çiftlerde ise, çocuk yetiştirme sürecinde daha fazla zorluk yaşandığı; gebelik sürecinde yaşanan olumsuz annelik duygularının doğum sonrası anne-bebek bağlanmasını ve emzirme davranışlarını olumsuz etkileyebileceği ifade edilmektedir. Benzer şekilde, babaların bakım verme rollerinin de bu süreçten olumsuz etkilenebilenebilmektedir. Erken çocukluk döneminde kurulan sağlıklı bağlanmanın, bireyin sonraki yaşam aşamaları açısından kritik bir öneme sahip olduğu literatürde vurgulanmaktadır (Tekiner vd, 2010: 65-71).

Literatürde, planlanmamış gebeliklerde, prenatal dönemde hem anne hem de fetüs açısından önemli riskleri beraberinde getirdiği belirtilmektedir. Planlanmamış gebelik yaşayan kadınlar, genellikle yeterli ve düzenli doğum öncesi bakım alamamakta; bu durum gebelik takibinin yetersizliğine ve prenatal sağlık hizmetlerinden faydalanma oranlarının düşmesine yol açmaktadır. Ayrıca, istenmeyen gebeliklerde tütün ve alkol tüketimi gibi zararlı alışkanlıkların görülme sıklığı artmakta, yetersiz ve dengesiz beslenme, vitamin ve mineral eksiklikleri daha yaygın hale gelmektedir. Bu olumsuz faktörler, obstetrik komplikasyon riskini yükseltmekte; düşük doğum ağırlığı, prematür doğum ve intrauterin gelişme geriliği gibi fetal sorunların görülme olasılığını artırmaktadır. Aynı zamanda maternal sağlığı da olumsuz etkileyerek gebelik hipertansiyonu, gestasyonel diyabet ve diğer gebelik komplikasyonları riskini artırabilmektedir (Christofides vd, 2014:23719; Nelson vd, 2022: 765-776).

Doğum sonrası dönemde ise, planlanmamış gebeliklerin hem annenin hem de çocuğun sağlığı üzerinde kalıcı etkileri olabilmektedir. Bu gebeliklerden doğan çocuklar, neonatal mortalite riskinin artması, enfeksiyonlara daha açık hale gelme ve sık hastalanma gibi sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalabilmektedirler. Ayrıca, bu çocukların şiddete maruz kalma, sağlık hizmetlerine erişimde yetersizlik ve uygun bakım alamama riskleri de artmaktadır (Nelson vd, 2022: 765-776; Gipson vd, 2008: 18-38). Uzun vadede ise, bu çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği, bodurluk, bilişsel gelişimde gerileme ve nöromotor işlev bozuklukları gibi sorunlar görülebilmektedir. Erken çocukluk döneminde yaşanan bu olumsuzluklar, yetişkinlikte mesleki ve akademik başarıyı da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Yeatman vd, 2021: 547).

Planlanmamış gebeliklere bağlı, güvenli olmayan kürtaj girişimlerinin yol açtığı fiziksel komplikasyonların yanı sıra, kadınlarda ciddi psikososyal etkiler de ortaya çıkabilmektedir. Yapılan çalışmalar, güvenli olmayan koşullarda gerçekleştirilen kürtajların sonrasında kadınlar da suçluluk, pişmanlık, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi psikiyatrik belirtiler gelişme riskinin arttığını göstermektedir (Tang vd, 2019: 120). Özellikle genç yaşta ve isteği dışında gebeliğe maruz kalan kadınlarda bu psikolojik etkilerin daha derin ve kalıcı olabileceği belirtilmektedir. Güvenli olmayan kürtajın bireysel sağlık üzerindeki etkilerinin yanı sıra, toplumsal düzeyde de önemli sonuçları bulunmaktadır. Maternal mortalite oranlarının artışı, sağlık sistemi üzerinde ek yüklerin oluşması ve uzun vadede üreme sağlığı hizmetlerine olan güvensizliğin artması, bu sonuçlar arasında yer almaktadır (Ganatra vd, 2017: 2372-2381).

Bu bağlamda, plansız gebeliklerin önlenmesi, etkili doğum kontrol yöntemlerine erişimin artırılması ve güvenli, yasal kürtaj hizmetlerinin sağlanması hem kadın sağlığının korunması hem de toplum sağlığının geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, kadınların cinsel sağlık ve üreme haklarına ilişkin bilgi düzeylerinin artırılması, özellikle sosyoekonomik ve eğitim düzeyi düşük gruplara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, güvenli olmayan kürtaj girişimlerinin önlenmesinde kritik bir rol oynamaktadır (Ueno vd, 2020: 1186-1196).

2.3. Planlanmamış Gebeliklerde Anksiyete

2.3.1. Anksiyete

Anksiyete, bireyin yaşamını tehdit eden ya da tehdit olarak algıladığı durumlara karşı gelişen, bireyde huzursuzluk ve gerilim yaratan, çok boyutlu psikolojik bir durumdur.

Anksiyete durumunda; nefes darlığı, çarpıntı, hiperventilasyon, ekstremitelerde titreme ve aşırı terleme gibi fizyolojik belirtilerin yanı sıra, huzursuzluk, içsel gerginlik, yoğun endişe, kontrolü kaybetme korkusu ve aniden çok ciddi bir şey olacaktıymış hissi gibi psikolojik belirtiler de gözlenmektedir (Şahin, 2019: 117-135).

Anksiyete, genellikle içsel ya da dışsal bir uyarana karşı, tehlike olasılığı olarak algılanan ve yorumlanan herhangi bir duruma yanıt olarak ortaya çıkar. Bu yönüyle anksiyete, organizmanın potansiyel tehditlere karşı hazırlıklı olmasını sağlayan, işlevsel bir tepkidir. İnsanların büyük çoğunluğu yaşamlarının belirli dönemlerinde kaygı yaşayabilir. Stres yaratan bir durumla karşılaşıldığında ortaya çıkan bu duygu, aslında doğumla başlar ve yaşam boyu devam eder. Fizyolojik, bilişsel ve duygusal bileşenleri içeren çok boyutlu bir süreç olan anksiyete, organizmanın çevresel değişimlere uyum sağlamasına katkı sunar. Normal düzeydeki kaygı, bireyi olası tehditlere karşı hazırlıklı hâle getirerek savunma mekanizmasının bir parçası olarak işlev görür (Kafes, 2021: 186). Ancak bazı durumlarda, belirgin bir tehdit unsuru bulunmamasına rağmen anksiyete deneyimlenebilir. Bu tür kaygı yanıtı uzun süre devam ederse ve birey tarafından kontrol altına alınamaz hâle gelirse, patolojik bir özellik kazanabilir. Psikolojik kuramlar, insan yaşamındaki içsel çatışmaları anksiyetenin temel nedenlerinden biri olarak görmektedir. Bu çatışmalar çoğunlukla bireyin arzuları ile yaşam gerçeklikleri ya da toplumsal koşullar ile bireysel beklentiler arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanmaktadır (Stein vd, 2015: 2059-2068).

Kaygının ortaya çıkışı bireyin gelişimsel dönemlerine ve yaşam koşullarına göre değişkenlik gösterebilir. Özellikle çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinde kaygının nedenleri farklılık arz etmekte; gelişimsel özelliklere ve bireyin yaşadığı çevresel stresörlere bağlı olarak şekillenmektedir. Tehlike ile başa çıkmadaki yetersizlik hissi ve geleceğe ilişkin yoğun endişeler, anksiyetenin bilişsel boyutunu oluşturur (Gittelman vd, 2019: 1071-1079). Bununla birlikte, toplumsal değişim, yukarı doğru sosyoekonomik hareketlilik, sosyal kabul görmeme, maddi kayıplar, ahlaki ikilemler, ölüm, boşanma, kültürel çatışmalar, göç, ayrılık, saldırı, cinsel istismar, hastalık, ev içi roller, emeklilik, çevresel sorunlar gibi çok sayıda yaşam olayı anksiyeteye neden olabilmektedir. Ayrıca işsizlik, mesleki değişiklikler, iş yerinde terfi, cinsiyet kimliği gelişimi, akran ilişkilerinde yaşanan dönüşümler, gebelik, ebeveyn olma süreci, kariyer geçişleri, yaşlanma süreci, duygusal kayıplar, ekonomik zorluklar ve fiziksel/motor kayıplar da kaygı oluşturan başlıca faktörler arasında yer almaktadır (Tamam vd, 2019: 23–39).

2.3.2. Gebelik anksiyetesi

Gebelik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden önemli değişimlerin yaşandığı özel bir dönemdir. Bu süreç, birçok kadın için olumlu beklentilerle birlikte çeşitli belirsizlikler, sorumluluklar ve stres kaynaklarını da beraberinde getirmektedir. Gebelikte yaşanan psikolojik zorlanmalar arasında en sık karşılaşılanlardan biri anksiyetedir. Gebelikte anksiyete, annenin kendisi, bebeği, doğum süreci ya da geleceğe dair aşırı ve sürekli kaygı yaşamaları şeklinde tanımlanır (Moyer vd, 2020: 757-76; Hadfield vd, 2022:331). Bu durum, hem gebeliğin doğal akışını hem de anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkileyebilen önemli bir psikolojik sorundur.

Gebelikte anksiyetenin belirtileri, genel anksiyete bozukluğuna benzerlik göstermekle birlikte gebeliğe özgü içeriklerle şekillenebilir. Yaygın belirtiler arasında sürekli endişe, huzursuzluk, uykusuzluk, çarpıntı, kas gerginliği, konsantrasyon güçlüğü, aşırı sinirlilik ve bedensel yakınmalar (mide bulantısı, baş ağrısı, yorgunluk vb.) yer alır (Field, 2017: 120-128). Özellikle ilk gebeliklerde doğum korkusu, bebeğin sağlığına ilişkin aşırı kaygı, ebeveynlik becerileri konusundaki endişeler ve sosyal destek eksikliği, anksiyeteyi tetikleyen başlıca faktörler arasındadır (Leach vd, 2014: 675–686).

Yapılan çalışmalar gebelikte anksiyete sıklığının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde bildirilen oranlar çalışmaya, örnekleme ve kullanılan ölçme aracına göre değişmekle birlikte, genel olarak gebelikte anksiyete prevalansının %15 ile %25 arasında değiştiği bildirilmektedir (Dennis vd, 2017: 315–323; Biaggi vd, 2016: 62–77). Ayrıca, düşük sosyoekonomik düzey, geçmişte psikiyatrik öykü, istenmeyen gebelik, sosyal destek eksikliği gibi faktörlerin anksiyete riskini artırdığı belirtilmektedir (Faisal-Cury vd, 2007: 25–32).

Gebelikte yaşanan anksiyete yalnızca annenin ruhsal durumunu etkilemekle kalmaz; aynı zamanda maternal, fetal ve neonatal sağlık üzerinde de çok yönlü etkiler yaratabilir. Maternal düzeyde, anksiyete doğum öncesi dönemde hipertansiyon, preeklampsi, gestasyonel diyabet, uyku bozuklukları ve postpartum depresyon riskini artırabilmektedir (Dunkel Schetter vd, 2012: 141–148). Fetal düzeyde ise intrauterin büyüme kısıtlılığı, düşük doğum ağırlığı, preterm doğum gibi komplikasyonlarla ilişkili bulunmuştur (Glover, 2014: 25-35). Anksiyeteye maruz kalan gebelerde, plasental kortizol geçişiyle birlikte fetal nörogelişimi olumsuz yönde etkileyen biyolojik değişikliklerin oluşabileceği öne sürülmektedir (O'Donnell vd, 2009: 818–826).

Yenidoğan döneminde ise, maternal anksiyete ile beslenme problemleri, uyku düzensizlikleri, aşırı ağlama, hatta ilerleyen süreçte davranışsal ve duygusal bozukluklar arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Uzun vadede bu durum, çocuğun sosyal gelişimini, bağlanma sürecini ve bilişsel yetilerini olumsuz etkileyebilmektedir (Van den Bergh, 2017: 26–64).

Gebelikte anksiyete, hem anne hem de bebeğin sağlığını çok yönlü etkileyebilen önemli bir sağlık sorunudur. Bu nedenle gebelik döneminde anksiyete belirtilerinin erken dönemde tanınması, gerekli psikososyal desteklerin sağlanması ve gerektiğinde profesyonel müdahale ile yönetilmesi büyük önem taşımaktadır (Silva vd, 2017).

2.3.3. Planlanmamış gebelerde anksiyete

Gebeliğin planlanma durumu, kadının gebelik sürecini algılaması, yaşadığı psikolojik belirtiler ve perinatal sonuçlar üzerinde belirleyici bir etkidir. Planlanmamış gebelik, kadının ya hiç çocuk istememesi (istenmeyen) ya da gebeliği daha ileri bir tarihte planlamış olması (zamansız) durumlarını kapsamaktadır. Dünya genelinde tüm gebeliklerin yaklaşık %50'si ve canlı doğumla sonuçlananların ise yaklaşık üçte biri planlanmamış olarak gerçekleşmektedir (Anniverno vd, 2013:259-285). Gebeliğin planlanmamış olması, annenin gebelik sürecine uyumunu ve sağlıklı davranışlar geliştirmesini güçleştirebilmekte; bu da perinatal bakımın gecikmesine, yetersiz sağlık hizmeti kullanımına ve olumsuz doğum sonuçlarına zemin hazırlamaktadır.

Planlanmamış gebelik yaşayan kadınların, gebeliği planlayanlara göre daha az folik asit kullanımı, daha yüksek sigara ve alkol tüketimi ve doğum öncesi sağlık kontrollerine geç başvurma gibi riskli davranışlar sergiledikleri bildirilmektedir (Shapiron, vd 2017: 121-132). Bunun yanı sıra, bu kadınların gebelik sürecinde ve sonrasında depresyon ve anksiyete geliştirme riskinin 2,5 kat arttığı, bu grupta anksiyete prevalansının %40-45 ve depresyon oranının %20 civarında olduğu saptanmıştır (Ekrami vd, 2019: 1047-1056). Bu psikolojik bozukluklar, özellikle perinatal ve postnatal dönemlerde annenin ebeveynlik rolüne geçişini olumsuz yönde etkileyerek hem annenin hem de bebeğin refahını tehdit etmektedir.

Gebelikte yaşanan anksiyete, sadece ruhsal iyi oluşu değil, aynı zamanda somatik sağlığı da etkileyen bir durumdur. Gebelik döneminde gözlenen anksiyete, spontan düşük, preeklampsi, preterm doğum ve intrauterin gelişme geriliği gibi obstetrik komplikasyonlarla ilişkilendirilmiştir (Dağlar vd, 2021: 159-172). Anksiyete düzeyi

yüksek olan kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha az yararlandıkları, yetersiz beslenme eğiliminde oldukları ve zararlı madde kullanımına (sigara, alkol vb.) daha yatkın oldukları görülmektedir. Ayrıca, şiddetli bulantı ve kusma (hiperemesis gravidarum) ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olduğu; bu semptomların özellikle planlanmamış gebelik yaşayan kadınlarda daha yoğun görüldüğü bildirilmektedir (Estrin vd, 2019). Bu kadınlarda isteğe bağlı sezaryen ve epidural anestezi oranlarının daha yüksek olması da kaygının klinik sonuçlarını yansıtan önemli göstergelerdendir.

Fizyolojik açıdan değerlendirildiğinde, gebelikte yaşanan anksiyete annenin vücudunda katekolamin düzeylerini artırarak plasental kan akışını azaltmakta ve fetüse giden oksijen ile besin transferini olumsuz etkilemektedir. Bu durum, fetal gelişimin doğrudan etkilenmesine yol açabilir (Campillo vd, 2017). Ayrıca, gebelik dönemindeki kronik anksiyetenin, maternal telomer uzunluğunu kısalttığı ve dolayısıyla anneden çocuğa aktarılan yaşamsal biyolojik rezervi azalttığı belirtilmektedir. Bu durum, çocukların yaşam süresi üzerinde dahi belirleyici bir rol oynayabilir. Dahası, gebelikte yaşanan yüksek düzeyde anksiyete, çocukların ileriki yaşamlarında davranışsal, duygusal ve gelişimsel sorunlarla karşılaşma olasılıklarını artırmaktadır. Özellikle annesi yaşamı boyunca %15'in üzerinde anksiyete belirtileri yaşayan çocukların, 4 ila 7 yaş arasında davranışsal sorun geliştirme oranları anlamlı şekilde yüksektir. (Kersting vd, 2009: 193-201; Zainiyah vd, 2020).

2.4. Planlanmamış Gebeliklerde Öz-şefkat

2.4.1. Öz-şefkat

Öz-şefkat, bireyin kendi içsel deneyimlerine yönelik anlayışını derinleştiren bir kavram olarak, bireyin kendine karşı kabul edici, nazik ve destekleyici bir tutum geliştirmesini içerir. Budist felsefeden köken alan bu kavram, genel şefkat anlayışının bireyin kendisine yönelmiş hali olarak tanımlanabilir. Öz-şefkat, bireyin yalnızca benzersiz bireysel deneyimlerini değil, aynı zamanda insan olmanın ortak yönlerini de kabul ederek, öz bakım ile başkalarını önemseme arasında denge kurabilmesini sağlayan bütüncül bir tutumdur. Bu bağlamda öz-şefkat, kişinin kendi güçlü ve zayıf yönleriyle yüzleşebilmesini ve yaşamın kaçınılmaz zorluklarına karşı daha esnek bir tutum sergileyebilmesini destekler (Küçük, 2020).

Neff'in kuramsal çerçevesinde öz-şefkat; öz-şefkat (kendiyi nazikçe ilgilenme), ortak insanlık (yaşanan olumsuzlukların yalnızca bireysel değil, evrensel insan

deneyiminin bir parçası olduğunu fark etme) ve bilinçli farkındalık (olumsuz duygu ve düşüncelere saplanmadan onları gözlemleyebilme) olmak üzere üç temel bileşenden oluşur (Çoban, 2021: 128-139). Bu bileşenler dinamik ve birbirini tamamlayıcı bir yapı sergileyerek, bireyin zorlayıcı yaşam olaylarına daha dengeli ve işlevsel tepkiler vermesini mümkün kılar. Öz-şefkat; kişinin yaşadığı acıyı, başarısızlığı ya da olumsuz duyguları görmezden gelmekten, bu deneyimlerin farkında olup onlarla sağlıklı yollarla baş edebilmesine ve bu deneyimlerden olumlu bir dönüşüm yaratmasına zemin hazırlar (Dönmez vd, 2021: 60-84). Bu anlayış, bireyin zorluklar karşısında kendisini yargılamadan kabul etme ve iyileşme yönünde motive olma kapasitesini geliştirir (Kurtoglu vd, 2021:56-65).

Öz-şefkat, bireyin acı verici yaşam olaylarını insan deneyiminin doğal bir parçası olarak görmesini sağlayarak, bu deneyimlerle daha sağlıklı başa çıkmasına yardımcı olur. Bu yaklaşım, bireyin yalnızca kendine değil, aynı zamanda başkalarına karşı da daha fazla empati ve hoşgörü geliştirmesini destekler. Kişinin içsel acılarına bilinçli ve açık bir şekilde yaklaşabilmesi, deneyimlerini bastırmadan ve yok saymadan şefkatle kabul etmesi, öz-şefkat becerisinin temelini oluşturur (Akcan vd, 2020: 59-80). Bu beceri, bireyin içsel kaynaklarını etkin biçimde kullanabilmesine katkıda bulunarak; öz bakım davranışlarının artmasına, kişilerarası ilişkilerin güçlenmesine, bireysel özerklik düzeyinin gelişmesine ve benlik bütünlüğünün desteklenmesine olanak tanır (Neff, 2023: 223-250).

Öz-şefkat bileşenleri, bireyin yaşamındaki zorluklara karşı daha dirençli, kabul edici ve destekleyici bir iç tutum geliştirmesini sağlayan bütüncül ve etkileşimli bir yapıda işler. Bu yönüyle öz-şefkat, diğer benlik kavramlarından farklı olarak bireyin kendine yönelik yargılayıcı olmayan, anlayış temelli bir yaklaşım geliştirmesini vurgular. Ayrıca, zorlayıcı yaşam deneyimlerinin insan olmanın evrensel bir parçası olduğunu kabul etme ve bu deneyimlerle vicdanlı bir şekilde baş etme süreci, öz-şefkatin temel yapı taşlarındandır (Bluth vd, 2018: 605-608.).

2.4.2. Gebelikte öz-şefkat

Gebelik döneminde öz-şefkat, bireyin psikolojik sağlamlık kapasitesini artıran önemli bir psikososyal kaynak olarak kabul edilmektedir. Öz-şefkat düzeyi yüksek olan gebelerin, kendilerine yönelik yargılayıcı ve eleştirel tutumlar sergilemek yerine daha anlayışlı ve kabullenici bir yaklaşım geliştirdikleri belirtilmiştir. Aynı zamanda öz-şefkatin; kaygı, depresyon, kendini eleştirme, nevroz, düşünce baskısı ve nevroz

mükemmeliyetçilik gibi olumsuz psikolojik özelliklerle negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Dryer vd, 2022: 84-91.). Bu bulgular, öz-şefkatin ruhsal sağlık açısından koruyucu bir işlevi olduğunu göstermektedir.

Öz-şefkatin temel bileşenlerinden biri olan “ortak insanlık” anlayışı, bireyin yaşadığı olumlu ya da olumsuz deneyimlerin yalnızca kendisine özgü olmadığını, tüm insanların benzer deneyimler yaşayabileceğini kabul etmesini sağlar (Papini vd, 2022: 264-274.). Bu anlayış, bireyin yaşadığı duygusal zorluklara karşı daha hoşgörülü ve bağışlayıcı bir yaklaşım geliştirmesine katkı sunar. Diğer bir bileşen olan farkındalık (mindfulness), bireyin yaşadığı deneyimleri yargılamadan ve bastırmadan odaklanmasını sağlayarak, özellikle gebelik sürecinde karşılaşılan yoğun duygularla başa çıkmasına yardımcı olur (Guo vd, 2020:101-107). Farkındalık, bireyin duygu ve düşüncelerine zihinsel olarak daha az tutunmasını sağlayarak, öz-şefkatin gelişimine zemin hazırlar. Bu noktada, sağlık profesyonellerinin özellikle hemşire, ebe ve hekimlerin gebelikte kadının bireysel özelliklerini ve psikolojik ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak doğum sürecine yönelik korku ve kaygıları azaltacak müdahaleler planlamaları büyük önem taşımaktadır (Erbil, 2022: 255-262).

Gebelikte öz-şefkatin beden algısıyla olan ilişkisine dair bulgular da dikkat çekicidir. Homan ve Tylka (2015), öz-şefkatin beden takdiri ile olumsuz beden algısı tehditleri arasındaki ilişkiyi yumuşatarak gebelerin daha olumlu bir beden imajı geliştirmelerine katkı sağladığını ortaya koymuşlardır. Benzer şekilde, Siegel et al. (2020), öz-şefkat düzeyi ile beden tatminsizliği arasında negatif bir ilişki olduğunu bildirmiş; gebelikte öz-şefkatin yanı sıra özeleştirici düzeylerinin de değerlendirilmesinin gerekliliğini vurgulamışlardır. Bu bulgular, gebelikte öz-şefkatin yalnızca duygusal iyilik halini değil, aynı zamanda beden algısı gibi önemli psikolojik yapıların gelişimini de desteklediğini göstermektedir.

Gebelerin mindfulness (bilinçli farkındalık) ve öz-şefkat düzeylerinin yüksek olması, gebelikte psikolojik sıkıntıların azalmasına katkı sağlamaktadır. Öz-şefkat, bireyin olumsuz deneyimlerini insan olmanın doğal bir parçası olarak kabul etmesini ve bu deneyimlere karşı nazik ve anlayışlı bir yaklaşım geliştirmesini teşvik eder (Xavier vd, 2016). Öz-şefkatin geliştirilmesine yönelik müdahaleler, gebelikte olumlu sonuçlar doğurabilir. Örneğin, üç haftalık öz-şefkat meditasyon programına katılan kadınlar, beden memnuniyetsizliğinde azalma ve öz-şefkat düzeylerinde artış bildirmişlerdir. Benzer şekilde, altı haftalık internet tabanlı bir öz-şefkat programı, gebelikte depresyon ve

anksiyete semptomlarını azaltmada etkili bulunmuştur (Papini vd, 2022: 264-274). Gebelikte öz-şefkat, anne adayının psikolojik iyilik halini destekleyen ve olumsuz duygusal deneyimlerle başa çıkmasına yardımcı olan önemli bir faktördür. Bu nedenle, gebelik sürecinde öz-şefkatin teşvik edilmesi ve geliştirilmesine yönelik müdahaleler, hem anne hem de bebek sağlığını olumlu etkilediği belirtilmektedir (Siegel vd, 2020: 167).

2.4.3. Planlanmamış gebelerde öz-şefkat

Ebeveynlik, bireyin yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda psikolojik, duygusal ve sosyal açıdan da hazır olmasını gerektiren bir süreçtir. Ebeveyn olma süreci, genellikle çiftin çocuk sahibi olmaya karar vermesiyle başlamakta ve yaşam boyu devam eden bir sorumluluk alanı oluşturmaktadır. Planlı gebeliklerde bu süreç daha sağlıklı ilerlerken, planlanmamış ya da istenmeyen gebeliklerde anne adayları beklenmedik biçimde yeni roller ve sorumluluklarla karşı karşıya kalmakta ve bu durum psikolojik uyum sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Salemi Ghomshe vd, 2023: 174-190). Bu bağlamda, gebeliğin planlanmadığı durumlarda ebeveynlerin davranışlarının erken dönemde belirlenmesi ve gerekli psikososyal desteğin sağlanması büyük önem taşımaktadır. İstenmeyen gebelikler, bireyde suçluluk, utanç, kaygı ve toplumsal baskı gibi olumsuz duygulara yol açabilmekte ve bireyin ebeveynlik rolüne adaptasyonunu zorlaştırabilmektedir. Bu tür zorlayıcı deneyimler karşısında öz-şefkat, kişinin kendine yönelik anlayışlı, destekleyici ve kabullenici bir tutum geliştirmesini sağlayarak psikolojik dayanıklılığı artırmaktadır (Neff vd, 2010: 225–240). Öz-şefkatin geliştirilmesi, bireyin kendini yargılamadan kabul etmesine, duygusal baskı ile baş etmesine ve bu süreçte daha sağlıklı kararlar almasına olanak tanımakta; aynı zamanda stres ve kaygı düzeylerini azaltarak duygusal esnekliği desteklemektedir (Kumar vd, 2023: 387-405).

Gebelik ve ebeveynlik süreci gönüllü olarak yaşanmadığında, bu rollere uyum sağlamak daha güç hâle gelmektedir. Özellikle gebeliğin planlanması, bebeğin hareketlerinin anne tarafından hissedilmesi, lohusalık döneminde anne ile bebeğin aynı odada kalması ve doğumdan sonra ten teması gibi uygulamaların anne-bebek bağına desteklediği ve annenin öz-şefkat düzeyini olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir. Anne olma isteği, olumlu bir anne-çocuk ilişkisini teşvik etmekte ve bu ilişki, çocuğun güven duygusu geliştirmesi, sağlıklı sosyal ilişkiler kurması ve olumlu davranışlar sergilemesi açısından temel bir rol oynamaktadır (Muramoto vd, 2020). Doğumdan sonraki ilk dakikalar ve günler, anne ile bebeğin karşılıklı uyum sağladığı ve psikolojik bağ kurduğu

kritik bir dönem olup, özellikle istenmeyen gebeliklerde bu süreç daha hassas ve destek gerektiricidir. Bu dönemde annenin çocuğuna yönelik algısı ve duygusal yaklaşımı, uzun vadede anne-çocuk ilişkisinin niteliğini belirleyebilmekte ve yenidoğanın duygusal gelişimi üzerinde doğrudan etkili olabilmektedir. İsteyerek annelik rolünü üstlenmeyen bireylerde, hem çocukla sağlıklı bir ilişki kurulabilmesi hem de annenin kendi öz-şefkat kapasitesini koruyabilmesi için profesyonel psikolojik destek sağlanması gerekmektedir (Mitchell vd, 2018: 555-561). Nitekim Whittingham ve Mitchell (2023) tarafından yürütülen bir çalışmada, plansız gebe kalan kadınların çocuklarıyla olan etkileşimlerinin, planlı gebelik yaşayanlara göre daha düşük düzeyde tatmin edici olduğu ve bu kadınların emzirme sürecinde daha fazla zorluk yaşadıkları bildirilmiştir. Aynı çalışmada, plansız gebeliklerin erken doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi obstetrik risklerle ilişkili olduğu da ortaya konmuştur.

2.5. Planlanmamış Gebeliklerde Anksiyete Düzeyinin Azaltılması – Öz-Şefkat Becerilerinin Geliştirilmesine Yönelik Yapılması Gereken Ebelik Uygulamaları

Planlanmamış gebelik yaşayan kadınlarda sıkça gözlemlenen anksiyete düzeyinin azaltılması ve öz-şefkat becerilerinin geliştirilmesi, ebelik uygulamalarında öncelikli hedeflerden biri olmalıdır. Önerilen ebelik müdahaleleri; perinatal anksiyetenin tespit edilmesi ve yönetimi, bireyselleştirilmiş ihtiyaç temelli psikoeğitim, empatik ve yargılayıcı olmayan iletişim, gevşeme egzersizleri, öz-şefkati geliştirici uygulamalar, sosyal destek ağının güçlendirilmesi ve ebe liderliğindeki bakımın sürekliliğidir (MCoC).

2.5.1.Perinatal anksiyetenin tespit edilmesi ve yönetimi

Ebelerin, gebelik öncesinden süregelen ya da gebelikle birlikte ortaya çıkan anksiyete belirtilerini tanımlayabilmesi, gebenin uygun destek ve tedaviye erken dönemde yönlendirilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Anksiyetenin şiddeti belirlendikten sonra, ebe uygun bakımın sağlanabilmesi için kişiyi ilgili sağlık uzmanlarına yönlendirmelidir. Erken tanı ve müdahale, yalnızca bireyin değil, aynı zamanda ailesindeki diğer bireylerin de fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması açısından büyük önem taşır (Pınar vd, 2022: 42-51).Ebelerin bu tür bir değerlendirmeyi yapmaya hazır ve yetenekli olması kritik öneme sahiptir (McCauley vd, 2011: 603–610).

2.5.2. Bireyselleştirilmiş ihtiyaç temelli psikoeğitim

Dünya genelinde, doğum öncesi eğitim programlarının perinatal psikolojik bozuklukları iyileştirmede etkili bir rol oynadığı bilinmektedir (Çankaya vd, 2021: 818-829). Doğum öncesi eğitim pekçok ülkede rutin olarak kabul edilse de uygulamalar kapsam, kalite ve format açısından değişiklik göstermektedir (Shen vd, 2022: 2).Yapılan kesitsel bir çalışmada, hastaların algıladıkları bilgi gereksinimleri ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (Moller, 2020).Bu nedenle, ihtiyaç temelli doğum öncesi eğitimlerin gebelikte kadınların kaygı düzeyinin azaltılmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bireyselleştirilmiş ihtiyaç temelli eğitim yaklaşımı içerik sunulmadan önce bireyin bilgi gereksinimlerinin belirlenmesini esas alır, bu yaklaşım doğum öncesi bakımın hedeflerini desteklerken aynı zamanda bireyselleştirilmiş bakım anlayışının temelini oluşturur (Shen vd, 2022: 2).

2.5.3.Empatik ve yargılayıcı olmayan iletişim

Empati, bireyler arası iletişimin temel bileşenlerinden biri olarak değerlendirilmekte ve çağdaş iletişim yaklaşımlarında önemi giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Bu yetkinlik, birçok meslek alanında olduğu gibi, ebelik mesleği açısından da vazgeçilmez unsur niteliğindedir. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu, empati temelli iletişim becerisini, bir ebenin sahip olması gereken mesleki yeterlikler arasında öncelikli bir kriter olarak tanımlamaktadır. Literatürde, kadınların ebelerden en temel beklentilerinin empatik iletişim kurulması yönünde olduğu ve bu becerinin herhangi bir araç, teknik ya da tıbbi girişimle telafi edilemeyeceği açıkça ortaya konulmaktadır (Aktaş vd, 2016: 38). Empati kuran sağlık profesyonelleri, hastalara karşı daha fazla saygı ve anlayış göstererek onların duygularını açıkça ifade edebilmelerine olanak tanır. Bireylerin kendilerini kabul edilmiş ve anlaşılmış hissetmelerini sağlarayrıca empatik ve yargılamadan iletişim, hastaların olumsuz duygularını azaltmalarına, hastalıkla başa çıkma konusunda özgüven kazanmalarına ve geleceğe dair olumlu beklentiler geliştirmelerine yardımcı olarak mevcut sağlık durumlarının iyileştirilmesine destek olur. Bir ebenin empati ve nezaket eksikliği, kadının ihtiyaçlarına karşı duyarsızlığıyla birleşince anne için travmatik bir deneyime katkıda bulunabilir ve doğumdan sonraki döneme de yansıyabilir.Ebe liderliğindeempatik anlayışa dayalı bakım verilmesi anne ve yenidoğan sağlığını aynı zamanda toplumda ebelik mesleğinin imajını yükseltecektir. Bu nedenleebelerin EİB'ni yükseltmek için eğitim programları düzenlenmelidir (Aktaş vd, 2016: 38).

2.5.4. Gevşeme egzersizleri

Gebelik sürecinde annenin stres faktörlerinden uzak bir ortamda bulunması ve kendini huzurlu hissetmesi, gebeliğin sağlıklı ilerleyişi, fetüsün durumu ve doğumun sağlıklı gerçekleşmesi açısından kritik öneme sahiptir (Arslan vd, 2016: 64–91). Stres ve anksiyetenin azaltılmasını sağlamak amacıyla kullanılan solunum ve gevşeme egzersizlerinin, gebelik ve doğumda korku, ağrı, anksiyete, konfor ve doğum deneyimi üzerine olumlu etkilerinin olduğu belirlenmiştir. Çalışmalarda solunum ve gevşeme egzersizlerinin gebelik dönemindeki sonuçlarına bakılmış olup solunum egzersizi olarak sıklıkla Lamaze tekniği, gevşeme egzersizi olarak da sıklıkla progresif gevşeme egzersizi kullanılmıştır (Gültepe vd, 2021: 233–244). Doğum sürecine aktif olarak katılan ebeler, bu tür rahatlatıcı tekniklerin uygulanmasını kolaylıkla sağlayabilmektedir. İlaç dışı yöntemler olduklarından dolayı, bu teknikler hem güvenilir hem de pratik bir şekilde uygulanabilir niteliktedir (Kaya Bayırhoğlu vd, 2023: 233–244).

2.5.5. Öz-şefkati geliştirici uygulamalar

Öz-şefkat, öğrenilebilen ve geliştirilebilen bir beceri olarak bireylerin yaşamın zorluklarıyla daha yapıcı, hoşgörülü ve esnek bir biçimde başa çıkmalarına katkı sağlamaktadır. Bu becerinin geliştirilmesi, kişilerin stresli yaşam olaylarına karşı psikolojik dayanıklılıklarını artırmakta ve duygusal iyilik hâlini desteklemektedir (Steen vd, 2022:1-9). Özellikle gebelik döneminde, öz-şefkatin depresyona karşı koruyucu bir rol oynadığı; yüksek düzeyde öz-şefkat geliştiren bireylerin depresyon riskinin anlamlı şekilde azaldığı bildirilmektedir. Bu doğrultuda, öz-şefkat temelli eğitim programlarının gebelikte depresyonun önlenmesi ve yönetilmesinde etkili bir müdahale aracı olabileceği ortaya konmuştur. Söz konusu bulgular, ebelik bakımının öz-şefkat temelli eğitimlerle, sağlık merkezlerinde savunmasız ve depresif annelere yönelik müdahale kılavuzlarının bir parçası olarak geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (Ashabi vd, 2023:1-9).

2.5.6. Sosyal destek ağının güçlendirilmesi

Ebelik mesleğinin bağımsız rollerinden biri olan sosyal desteğin, medikal müdahaleleri azalttığı, memnuniyeti arttırdığı ve ebeyle kadın arasında uyumu güçlendirdiği görülmektedir. Ebeler, gebelik sürecinde kadının algıladığı destek düzeyini değerlendirme, gerekli bilgilendirmeyi yapma ve danışmanlık hizmeti sunma yoluyla gebelerin fiziksel ve duygusal konforunu artırmada kilit bir role sahiptir (Yaşar vd, 2022:

29–35). Buna baēlı olarak obstetrik ve neonatal sonuçları iyileřtirdiēi bilinmektedir (Nurseven şimşek vd, 2018: 97–103). Gebelikte kadınların sosyal destekte özellikle duygusal destek, bilgi aktarımı ve güven temelli yaklaşımlar yoluyla en çok ebelik desteēinden yararlandıkları görülmektedir (Al- Mutawtah vd, 2023: 782). Duygusal destek, kadının pozitif düşünmesini saēlayarak korku, dehşet ve anksiyete duygusuna kapılmasını engellemektedir (Nurseven şimşek vd, 2018: 97-103).

2.5.7. Ebe liderliēindeki bakım srekliliēi (mcoc)

Ebe liderliēindeki yürütülen bakım srekliliēi modeli (Midwifery Continuity of Care - MCoC) gebelik sürecinde ki kadınların anne ruh saēlıēı üzerinde destekleyici ve koruyucu etkileri oluřturabileceēi ileri sürülmektedir. Bu bakım modeli yalnızca klinik izlemi deēil, aynı zamanda kadınların ve ailelerinin fiziksel, ruhsal, psikolojik ve sosyal boyutlarda iyi oluş hllerini kapsamlı biçimde desteklemeyi amaçlamaktadır. Ebelik bakımının srekliliēi; bireysel gereksinimlere uygun eēitim ve danışmanlık sunmanın yanı sıra, doēum sonrasında da desteēin devamlılıēını saēlayarak kadınların gvenliēini ve iyilik hâlini artırmaktadır (Cummins vd, 2023: 1-9). Ayrıca, zel durumu olan kadınlar için uygun yönlendirme ve saēlık sistemleri arasında etkili koordinasyon saēlama işlevini de içermektedir (Sandall vd, 2016: 1-9).

3. GEREÇLER VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, gebeliği planlanmamış olan anne adaylarının gebeliğe bağlı meydana gelen kaygı ile öz-şefkat düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanan bir araştırmadır. Araştırmanın raporlaması Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) (EK-1) doğrultusunda gerçekleştirilmiştir (Babaoğlu vd, 2021; Von Elm vd, 2008).

3.2. Araştırma Hipotezleri

H₁: Gebeliği planlanmamış olan bireylerin gebeliğe bağlı anksiyete düzeyleri, gebeliği planlı olan bireylerin anksiyete düzeylerinden anlamlı düzeyde farklıdır.

H₂: Gebeliği planlanmamış olan bireylerin öz-şefkat düzeyleri, gebeliği planlı olan bireylerin öz-şefkat düzeylerinden anlamlı düzeyde farklıdır.

H₃: Öz-şefkat düzeyi, gebeliğin planlanma durumuna bağlı olarak değişen anksiyete düzeylerini anlamlı düzeyde yordar.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Adıyaman il merkezinde Adıyaman Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Gebe İzlem Polikliğinde, 01 Kasım 2023 – 31 Ocak 2024 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı gebe izlem polikliğini 3. basamak tedavi edici sağlık hizmeti veren kamu kurumunun poliklinik katında yer almaktadır. Poliklinik katında obstetri ve jinekoloji poliklinikleri, gebe okulu, NST birimi bulunmaktadır. Yıllık ortalama 4800 gebeye sağlık hizmeti sunulmaktadır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımsız değişkenler

Öz-şefkat düzeyi

Gebeliğin planlanma durumu

3.4.2. Bağımlı değişkenler

Gebeliğe bağlı anksiyete düzeyi

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, Adıyaman il merkezinde yer alan Adıyaman Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Gebe İzlem Polikliniği'ne başvuran gebeler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise, 01 Kasım 2023 - 31 Ocak 2024 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü birinci, ikinci ve üçüncü trimesterdeki gebeler oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğü, G*Power analiz programı kullanılarak belirlenmiştir. Yapılan güç analizi sonucunda, etki büyüklüğü 0.176, %5 anlamlılık düzeyi (alfa), %95 güven aralığı ve %80 evreni temsil gücü dikkate alınarak minimum 339 gebe kadının örneklem için yeterli olacağı belirlenmiştir. Etki büyüklüğünün hesaplanmasında, Effect Size Calculator (Cohen's d) for T-Test aracı (<https://www.socscistatistics.com/> Erişim Tarihi 8 Ağustos 2023) kullanılmış; bu hesaplamada Yılmaz'ın (2021) doktora tezinin ön test verilerine ait gebeliğe bağlı anksiyete puan ortalamalarından yararlanılmıştır.

3.5.1. Katılımcıların çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 20 yaş ve 45 yaş arasında olması,
- Tekil ve canlı gebeliği olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Sözlü iletişim sağlayabilecek bilişsel ve dilsel yeterliliğe sahip olması.

3.5.2 Katılımcıların çalışmadan dışlanma kriterleri;

- Riskli gebelik (preeklampsi, diyabet, kalp hastalığı, plasenta previa, oligohidroamnios gibi) gelişmesi,
- Fetüsün sağlığı ile ilgili tanılanmış herhangi bir problemi (fetal anomali, intrauterin gelişme geriliği gibi) olması,
- Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalması,
- Gebelik öncesi dönemde psikiyatrik hastalığı olması.

3.6.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, 01 Kasım 2023 – 31 Ocak 2024 tarihleri arasında, Adıyaman il merkezinde bulunan Adıyaman Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Gebe İzlem Polikliniği'ne başvuran, araştırma kapsamına alınma kriterlerini karşılayan gebelerden toplanmıştır. Veri toplama işlemi, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiş ve bu süreçte yapılandırılmış veri toplama formu kullanılmıştır. Veri toplama süresi ortalama 10–15 dakika sürmüştür.

3.7. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak; Sosyodemografik ve Obstetrik içeren tanımlayıcı bilgi formu (EK2), Londra Plansız Gebeliği Belirleme Ölçeği (LPGBÖ)(EK3), Gebelik İlişkili Anksiyete Ölçeği-Revizyon-2(EK4), Öz Anlayış Ölçeği (EK5) kullanılmıştır.

3.7.1. Tanımlayıcı bilgi formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış bilgi formu, gebelerin sosyo-demografik özelliklerini ve obstetrik bilgilerini içeren sorulardan oluşmaktadır. Araştırma kapsamında gebelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren 8soru (yaş, öğrenim durumu, gebe kalmadan önce ki kilosu, çalışma durumu,ekonomik durum, eşinin yaşı, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği) ve gebelik bilgilerini içeren 10 soru (çocuk sayısı, gebelik sayısı, gebelik haftası, canlı doğum sayısı, gebeliğin planlı olup olmadığı, daha önceki gebeliklerin planlanmamış olup olmadığı, gebelik düşüncesi, eşin gebelik hakkındaki düşüncesi, gebe kalmadan önce kullanılan korunma yöntemi, gebeliği sonlandırma girişimi) olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmaktadır (Zamanzadeh vd, 2015).

3.7.2. Londra plansız gebeliği belirleme ölçeği (LPGBÖ)

Londra plansız gebeliği belirleme ölçeği (LPGBÖ)Barrett ve ark. (2004) tarafından geliştirilmiştir ve plansız gebeliğin psikometrik bir ölçüsüdür. Altıparmak vd. (2020) tarafından Türkçe'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğini yapılmıştır. Ölçek 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçek toplam puanı ≤ 7 ise plansız, ≥ 8 ise planlı gebelik olarak iki gruba bölünebilmektedir. Ölçekten en az 0 en fazla 10 puan alınabilmektedir. Ölçeğin Cronbach

Alpha güvenilirlik katsayısı 0,90 olarak belirtmiştir (Altıparmak vd, 2020; Barrett vd, 2004) Bu çalışmada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,83 olarak saptanmıştır.

3.7.3 Gebelikle ilişkili anksiyete ölçeği-revizyon-2 (GAÖ-R2)

Gebelikle ilişkili anksiyete ölçeği-revizyon-2 (GAÖ-R2), Van den Bergh tarafından geliştirilmiş (1990) ve Huizink ve ark. tarafından 2016'da paritiesine bakılmaksızın tüm gebelere uygulanacak şekilde revize edilmiştir. Orjinal ismi "Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire-Revised-2" olan bu ölçek, kadınların gebelikleri ile ilgili yaşadıkları anksiyete düzeyini sorgulamak amacıyla geliştirilmiş 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aksoy Derya vd, tarafından 2018 yılında yapılmıştır. 11 Maddeden oluşan ölçeğin "doğum korkusu (1, 2, 6 ve 8. madde)", "özürlü çocuğa sahip olma korkusu (4, 9, 10 ve 11.madde)" ve "fiziksel görünüşe yönelik endişeler (3, 5 ve 7.madde)" olmak üzere 3 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 8. madde (Daha önce hiç doğum deneyimim olmadığı için doğum konusunda endişeliyim) daha önce doğum yapmayan kadınlar için kullanılmakta multipar kadınlara uygulanmamaktadır. Maddeler 1-5 arasında puanlanmakta ve primiparlar için ölçekten en az 11 en fazla 55 puan, multiparlar için en az 10 en fazla 50 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça gebelikte anksiyete düzeyinin yüksek olduğu kabul edilmektedir. Ölçekteki tüm ifadeler pozitif yöndedir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı multipar grup için 0,93, primipar grup için 0,94 olarak belirtmiştir (Van den Bergh, 1990: 119-130; Huizink vd, 2016: 775-787). Bu çalışmada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı primatar için 0,81 multiparlar için 0,74 olarak saptanmıştır.

3.7.4. Öz anlayış ölçeği

Öz Anlayış Ölçeği (Self-Compassion Scale, SCS), Neff tarafından 2003 yılında bireylerin öz-şefkat düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Psikoloji ve sağlık alanlarında yaygın olarak kullanılan bu araç, kişinin kendine karşı ne ölçüde şefkatli, anlayışlı ve yargılayıcı olmadığını değerlendirmeye yöneliktir. Öz Anlayış Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması Deniz vd, (2008) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Tek boyutlu ve 24 maddeden oluşan ölçek, 5'li likert tipindedir (1= Hemen hemen hiçbir zaman, 5= Hemen hemen her zaman). 1. 3. 5. 7. 10. 12. 15. 17. 19. 22. ve 23. maddeler tersten puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 26, maksimum puan ise 130'dur. Ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0,89'dur. (Neff, 2003: 223-250; Deniz vd,

2008:1151-1160). Bu çalışmada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,93 olarak saptanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirmesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri IBM SPSS Statistics 26.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kapsamında sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler; kategorik değişkenler için ise frekans ve yüzde dağılımları raporlanmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda, normallik varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ve varyans homojenliği Levene testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren iki grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup karşılaştırmaları için parametrik koşullar sağlandığında tek yönlü ANOVA testi, sağlanmadığında ise Kruskal-Wallis testi tercih edilmiştir. Anlamlı fark saptanan durumlarda post-hoc analizler yapılmış ve gruplar arası farklılıklar belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır. Etki büyüklüğünün değerlendirilmesinde Cohen's d ve Rosenthal'ın r değerleri hesaplanmıştır. Regresyon analizlerinde, planlı olmayan gebelik durumu ile Gebelikle İlişkili Anksiyete ve Öz-Şefkat düzeyleri arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla basit doğrusal regresyon uygulanmıştır. Ayrıca, özşefkatin planlı olmayan gebelik ile gebelikle ilişkili anksiyete arasındaki ilişkideki yordayıcı rolünü incelemek üzere çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırma İzni ve Etik Kurul

Araştırmaya başlamadan önce, Adıyaman Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Başhekimliğinden araştırma izni alınmıştır (EK6). Araştırmanın etik izni Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar etik kurulundan etik onay alınmıştır (24.10.2023, 2023/2-24)(EK7). Ayrıca, çalışmaya katılacak gebelere araştırmanın amacı, kapsamı ve gizlilik esasları hakkında gerekli açıklamalar yapılmış; ardından her katılımcıya Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK8) okunmuş veya okunmasına izin verilmiş ve hem sözlü hem de yazılı onamları alınmıştır. Araştırma sürecinde katılım gönüllülük esasına dayalı olarak yürütülmüştür. Araştırmada kullanılan ölçeklerin kullanımı için ölçeklerin geliştiricilerinden, uyarlayıcılarından gerekli etik ve

yazılı izinler alınmıştır. Bu çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

3.10. Araştırma Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, veriler yalnızca çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden gebelerden, öz-bildirim yöntemiyle toplanmıştır. Bu durum, elde edilen bulguların yalnızca araştırmaya katılan bireylerin algı ve deneyimlerini yansıtmaya neden olmakta ve sonuçların tüm gebe popülasyonuna genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Ayrıca, araştırmanın yalnızca Adıyaman Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'ne başvuran gebelerle yürütülmüş olması, elde edilen bulguların farklı sağlık kurumlarına veya çeşitli sosyo-kültürel ve coğrafi özelliklere sahip diğer gruplara genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.

3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Bu araştırmanın çeşitli açılardan güçlü yönleri bulunmaktadır. Öncelikle çalışmanın yeterli örneklem büyüklüğü ile yürütülmüş olması, elde edilen bulguların istatistiksel açıdan anlamlı ve güvenilir olmasını sağlamaktadır. Bu durum, araştırmanın benzer popülasyonlara genellenebilirliğini artırmaktadır. Klinik temelli veri toplama, uygulamaların gerçek yaşam bağlamında değerlendirilmesine katkı sunmuştur. Çalışmanın bir diğer önemli yönü, kadınların psikososyal durumlarına odaklanarak bütüncül sağlık yaklaşımına katkı sağlamaktadır.

4. BULGULAR

Planlanmamış gebeliklerde gebeliğe bağlı anksiyete ile öz- şefkat düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen verilerin analizi bulgular kısmında sunulmuştur.

Londra plansız gebeliği belirleme ölçeği (LPGBÖ) kullanılarak yapılan analizler sonucunda Ölçek toplam puanından ≤ 7 puan alan katılımcıların gebeliklerini planladıkları ≤ 8 gebeliklerini planladıkları şeklinde gruplandırıldığında katılımcıların %25,6'sının gebeliklerini planladıkları ve %74,3'ünün gebeliklerini planladıkları saptanmıştır.

Tablo 4.1. Planlanmış ve planlanmamış gebelik durumuna göre katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması (n=339)

Değişkenler	PlanlanmışGebelikler (n=252)	PlanlanmamışGebelikler (n=87)	Toplam (n=339)	İstatistik	
	n(%)	n(%)	n(%)	χ^2	p ^a
Yaş					
20-45yaşarası	168(66,7)	49(56,3)	217(64)	3,004	0,083
30-43yaşarası	84(33,3)	38(43,7)	122(36)		
EğitimDurumu					
İlköğretim	19(7,5)	15(17,2)	34(10,0)	13,831	0,003
Ortaöğretim	38(15,1)	22(25,3)	60(17,7)		
Lise	83(32,9)	24(27,6)	107(31,6)		
Üniversiteveüzeri	112(44,4)	26(29,9)	138(40,7)		
EşEğitimDurumu					
İlköğretim	14(5,6)	9(10,3)	23(6,8)	9,108	0,028
Ortaöğretim	38(15,1)	16(18,4)	54(15,9)		
Lise	80(31,7)	36(41,4)	116(34,2)		
Üniversiteveüzeri	120(47,6)	26(29,9)	146(43,1)		
Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu					
Evet	90(35,7)	18(20,7)	108(31,9)	6,725	0,010
Hayır	162(64,3)	69(79,3)	231(68,1)		

Tablo 4.1. (Devamı) Planlanmış ve planlanmamış gebelik durumuna göre katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması (n=339)

EşMeslek					
Memur	85(33,7)	14(16,1)	99(29,2)	22,366	<0,001
İşveren	23(9,1)	4(4,6)	27(8,0)		
İşçi	55(21,8)	24(27,6)	79(23,3)		
SerbestMeslek	61(24,2)	20(23,0)	81(23,9)		
Çiftçi	28(11,1)	25(28,7)	53(15,6)		
GelirDurumu					
Gelirgiderendüşük	52(20,6)	27(31,0)	79(23,3)	13,831	0,003
Gelirgiderenk	168(66,7)	51(58,6)	219(64,6)		
Gelirgiderdenfazla	32(12,7)	9(10,3)	41(12,1)		
Trimester					
1.Trimester	51(20,2)	14(16,1)	65(19,2)	6.252	0.044
2.Trimester	58(23,0)	11(12,6)	69(20,4)		
3.Trimester	143(74,3)	62(71,3)	205(60,5)		

p<0,05 anlamlılık düzeyi, a: Pearson Ki-kare testi

Katılımcıların yaş grupları ile gebeliğin planlı olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($\chi^2=3,004$, $p=0,083$). Planlanmış gebeliklerin %66,7'si 18–29 yaş aralığında yer alırken, planlanmamış gebeliklerde bu oran %56,3'tür. Katılımcıların eğitim düzeyi ile gebeliğin planlı olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2=13,831$, $p=0,003$). Planlanmamış gebeliğe sahip bireylerin %17,2'si ilköğretim mezunu iken, planlanmış gebeliklerde bu oran %7,5'tir. Öte yandan, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin oranı planlanmış gebeliklerde (%44,4) planlanmamış gebeliklere (%29,9) göre daha yüksektir. Eşin eğitim düzeyi ile gebeliğin planlı olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2=9,108$, $p=0,028$). Planlanmamış gebeliklerin %41,4'ünde eş lise mezunu iken, bu oran planlanmış gebeliklerde %31,7'dir. Üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip eş oranı ise planlanmış gebeliklerde (%47,6) planlanmamış gebeliklere (%29,9) göre daha yüksektir. Bireyin çalışma durumu ile gebelik planlaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2=6,725$, $p=0,010$). Planlanmış gebeliğe sahip bireylerin %35,7'si çalışmakta iken, bu oran planlanmamış gebeliklerde %20,7'dir. Eşin mesleği ile gebelik planlaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2=22,366$, $p<0,001$). Planlanmamış

gebeliklerin %28,7'sinde eş çiftçi iken, bu oran planlanmış gebeliklerde %11,1'dir. Öte yandan, eşin memur olduğu durumlarda planlanmış gebelik oranı daha yüksektir (%33,7 vs. %16,1). Bu bulgu, eşin sosyoekonomik konumu ile gebeliğin planlı olması arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gelir düzeyi ile gebeliğin planlanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=13,831$, $p=0,003$). Planlanmamış gebeliğe sahip bireylerin %31,0'ı gelirinin giderlerinden düşük olduğunu belirtirken, bu oran planlanmış gebeliklerde %20,6'dır. Gelir düzeyi arttıkça planlı gebelik oranlarının da yükseldiği görülmektedir.

Tablo 4.2. Planlı ve planlanmamış gebelik durumuna göre katılımcıların bazı sürekli değişkenler açısından karşılaştırılması (n=339)

Değişkenler	Planlanmış Gebelikler (n=252)	Planlanmamış Gebelikler (n=87)	Toplam (n=339)	İstatistik	
	M(Min-Maks) Ortalama±SS	M(Min-Maks) Ortalama±SS	M(Min-Maks) Ortalama±SS	Test değeri ^a	P
Yaş	28,0(19:43)	28,0(18:40)	28,0(18:43)	-0,811	0,418
	27,92±4,69	28,45±5,65	28,06±4,95		
Eş Yaş	31,0(2:47)	32,0(20:45)	31,0(2:47)	-2,349	0,019
	31,30±5,23	32,76±5,36	31,68±5,30		
Gebelik Haftası	30,0(3:41)	36,0(5:41)	32,0(3:41)	-2,086	0,037
	26,86±11,81	30,05±11,46	27,68±11,78		
Gebelik Sayısı	1,0(1:10)	2,0(1:9)	2,0(1:10)	-5,138	<0,001
	1,87±1,22	2,76±1,73	2,10±1,42		
Çocuk Sayısı	0,0(0:3)	1,0(0:5)	1,0(0:5)	-5,719	<0,001
	0,66±0,88	1,44±1,24	0,86±1,04		
Canlı Doğum Sayısı	0,0(0:3)	1,0(0:5)	0,0(0:5)	-5,878	<0,001
	0,63±0,89	1,43±1,24	0,83±1,05		
Düşük/Kürtaj	0,0(0:8)	0,0(0:7)	0,0(0:8)	-0,533	0,594
	0,26±0,78	0,33±0,97	0,28±0,83		

p<0,05 anlamlılık düzeyi, SS: Standart Sapma, M: Medyan, a: Mann Whitney U testi

Çalışmaya katılan bireylerin yaşı, eşinin yaşı, gebelik haftası, gebelik sayısı, çocuk sayısı, canlı doğum sayısı ve düşük/kürtaj sayıları planlanmış ve planlanmamış gebelik gruplarına göre karşılaştırıldığında; yaş değişkeninde ortalamalar benzer olmakla birlikte,

medyan değeri her iki grup için de 28,0 olup fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,418$). Eş yaşı planlanmamış gebeliklerde daha yüksek olup ortalama $32,76\pm5,36$ ve medyan 32,0 iken, planlı gebeliklerde ortalama $31,30\pm5,23$ ve medyan 31,0'dır; fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,019$). Gebelik haftasında planlanmamış gebeliklerde ortalama $30,05\pm11,46$ ve medyan 36,0 hafta ile daha ileri haftalarda gebelik tespiti dikkat çekmiş, planlı gebeliklerde ise ortalama $26,86\pm11,81$ ve medyan 30,0'dır ($p=0,037$). Gebelik sayısı, çocuk sayısı ve canlı doğum sayısı tümünde planlanmamış gebelik grubunda daha yüksektir; medyan gebelik sayısı planlılarda 1,0 iken planlanmamışlarda 2,0; çocuk sayısı için sırasıyla 0,0 ve 1,0; canlı doğum için yine sırasıyla 0,0 ve 1,0 olup tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Son olarak, düşük/kürtaj sayısında ortalama ve medyan değerler düşük olup (medyan=0,0), gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,594$). Bu bulgular, planlanmamış gebeliklerin daha çok multipar kadınlarda ve daha ileri gebelik haftasında tespit edildiğini göstermektedir.

Tablo 4.3. Planlı ve planlanmamış gebelik durumuna göre gebelik ile ilişkili anksiyete ve öz-şefkat puanlarının karşılaştırılması ($n=339$)

Değişkenler	Planlanmış Gebelikler (n=252)	Planlanmamış Gebelikler (n=87)	Toplam (n=339)	İstatistik		
	M(Min-Maks) Ortalama $\pm$ SS	M(Min-Maks) Ortalama $\pm$ SS	M(Min-Maks) Ortalama $\pm$ SS	Test değeri	P	Cohen d/r
GAÖ-R2 Toplam Puan	31,0(11:52)	31,0(11:49)	31,0(11:52)	1,247 ^a	0,213	0,16
	31,56 $\pm$ 8,00	30,32 $\pm$ 8,04	31,24 $\pm$ 8,02			
Doğum Korkusu Alt Boyutu	13,0(3:20)	13,0(4:20)	13,0(3:20)	-1,218 ^b	0,223	0,07
	13,19 $\pm$ 4,04	12,49 $\pm$ 4,01	13,01 $\pm$ 4,04			
Özürlü Çocuğa Sahip Olma Korkusu	11,0(4:20)	11,0(4:20)	11,0(4:20)	-0,768 ^b	0,442	0,04
	10,91 $\pm$ 4,39	10,46 $\pm$ 4,25	10,79 $\pm$ 4,35			
Fiziksel Görünüşe Yönelik Endişeler	7,0(3:15)	7,0(3:15)	7,0(3:15)	-0,429 ^b	0,668	0,02
	7,46 $\pm$ 2,89	7,37 $\pm$ 3,17	7,44 $\pm$ 2,96			
Öz Anlayış (Öz-Şefkat) Toplam Puan	81,0(26:119)	76,0(32:119)	80,0(26:119)	-1,975 ^b	0,048	0,11
	80,99 $\pm$ 17,49	76,59 $\pm$ 18,46	79,86 $\pm$ 17,82			

$p<0,05$ anlamlılık düzeyi, SS: Standart Sapma, M: Medyan, r: Rosenthal'ın r Etki Büyüklüğü, a: Bağımsız Örneklem t testi b: Mann Whitney U testi,

Planlanmış ve planlanmamış gebelikler karşılaştırıldığında; gebeliğe ilişkin anksiyete ölçeği (GAÖ-R2) toplam puanı açısından planlanmış gebelik grubunun ortalaması $31,56 \pm 8,00$ ve medyanı 31,0 iken, planlanmamış gebelik grubunda ortalama $30,32 \pm 8,04$ ve medyan yine 31,0'dır. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olup ($p=0,213$), etki büyüklüğü küçük düzeydedir (Cohen's $d=0,16$). Doğum korkusu alt boyutunda her iki grupta da medyan 13,0 olup, planlı grupta ortalama $13,19 \pm 4,04$ ve planlanmamış grupta $12,49 \pm 4,01$ 'dir; fark anlamlı değildir ($p=0,223$), etki büyüklüğü düşüktür ($r=0,07$). Özürlü çocuğa sahip olma korkusu için her iki grupta da medyan 11,0 olup, planlı gebeliklerde ortalama $10,91 \pm 4,39$, planlanmamış gebeliklerde $10,46 \pm 4,25$ 'tir ve fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,442$) ve etki büyüklüğü küçüktür ($r=0,04$). Fiziksel görünüme yönelik endişelerde yine medyan 7,0 olup, ortalamalar planlılarda $7,46 \pm 2,89$ ve planlanmamışlarda $7,37 \pm 3,17$ 'dir ($p=0,668$), etki büyüklüğü yok denecek düzeydedir ($r=0,02$).

Son olarak, öz anlayış (öz-şefkat) puanı planlı gebeliklerde ortalama $80,99 \pm 17,49$ ve medyan 81,0; planlanmamış gebeliklerde ortalama $76,59 \pm 18,46$ ve medyan 76,0 olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,048$), ancak etki büyüklüğü düşük düzeydedir ($r=0,11$).

Tablo 4.4. Gebeliklerin planlanma durumuna göre gebelikle ilişkili anksiyete ölçeği puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması ($n=339$)

Gebelikle İlişkili Anksiyete Ölçeği Puanları	Planlanmış Gebelikler ($n=252$)	Planlanmamış Gebelikler ($n=87$)	Toplam ($n=339$)
Yaş			
18-29 yaş arası	$32,40 \pm 7,85$	$29,63 \pm 8,78$	$31,78 \pm 8,13$
30-43 yaş arası	$29,88 \pm 8,08$	$31,21 \pm 6,99$	$30,30 \pm 7,75$
Test ve Önemlilik	$t=2,383$ $p=0,018$	$t=-0,907$ $p=0,494$	$t=1,640$ $p=0,102$
Eğitim Durumu			
İlköğretim	$29,63 \pm 8,11$	$33,67 \pm 6,99$	$31,41 \pm 7,79$
Ortaöğretim	$27,79 \pm 7,72$	$33,09 \pm 5,13$	$29,73 \pm 7,30$
Lise	$32,47 \pm 7,67$	$26,75 \pm 8,69$	$31,19 \pm 8,22$

Tablo 4.4. (Devamı) Gebeliklerin planlanma durumuna göre gebelikle ilişkili anksiyete ölçeği puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması (n=339)

Üniversite ve üzeri	32,50±7,98	29,35±8,77	31,91±8,20
Test ve Önemlilik	F=4,211 p=0,006 4>3>2=1	F=3,774 p=0,014 1=2>4>3	F=1,031 p=0,379
Eş Eğitim Durumu			
İlköğretim	30,29±9,03	27,78±8,38	29,30±8,68
Ortaöğretim	30,66±7,48	31,31±8,70	30,85±7,78
Lise	31,48±8,46	31,42±7,14	31,46±8,04
Üniversite ve üzeri	32,06±7,78	29,08±8,76	31,53±8,01
Test ve Önemlilik	F=0,435 p=0,728	F=0,806 p=0,494	F=0,578 p=0,630
Çalışma Durumu			
Evet	31,82±7,89	27,61±7,96	31,12 ± 8,02
Hayır	31,42±8,08	31,03±7,97	31,30 ± 8,03
Test ve Önemlilik	t=-0,382 p=0,703	t=1,621 p=0,109	t=0,195 p=0,845
Eş Meslek			
Memur	32,26±7,94	29,71±3,67	31,90 ± 7,52
İşveren	31,48±7,45	25,25±5,19	30,56 ± 7,43
İşçi	31,33±7,89	30,00±9,34	30,92 ± 8,32
Serbest Meslek	31,25±8,05	30,95±9,67	31,17 ± 8,42
Çiftçi	30,68±9,09	31,28±7,59	30,96 ± 8,34
Test ve Önemlilik	F=0,280 p=0,891	F=0,535 p=0,711	F=0,262 p=0,902
Gelir Durumu			
Gelir giderden düşük	32,25±9,08	31,11±8,31	31,86±8,79
Gelir gidere denk	31,14±7,85	29,92±8,56	30,85±8,02
Gelir giderden fazla	32,69±6,87	30,22±3,07	32,15±6,29
Test ve Önemlilik	F=0,745 p=0,476	F=0,190 p=0,827	F=0,752 p=0,472
p<0,05 anlamlılık düzeyi			

Gebelikle İlişkili Anksiyete Ölçeği (GAÖ-R2) puanları yaş gruplarına göre incelendiğinde, planlanmış gebelik grubunda 18–29 yaş arası kadınların anksiyete puanı ortalaması $32,40 \pm 7,85$ iken, 30–43 yaş arası grupta bu ortalama $29,88 \pm 8,08$ 'dir; bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,383$; $p=0,018$). Planlanmamış gebeliklerde ise yaşa göre anlamlı bir fark bulunmamış ($p=0,494$) ve genel toplamda da istatistiksel anlamlılık gözlenmemiştir ($p=0,102$). Eğitim durumu açısından planlanmış gebeliklerde GAÖ-R2 puanları arasında anlamlı fark görülmüş ($F=4,211$; $p=0,006$) olup, post-hoc analiz sonuçlarına göre üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin anksiyete düzeyleri ortaöğretim ve ilköğretime göre daha yüksektir. Planlanmamış gebeliklerde de eğitim düzeyine göre fark anlamlı bulunmuş ($F=3,774$; $p=0,014$) ve en yüksek anksiyete düzeyinin ilköğretim grubunda olduğu gözlenmiştir. Ancak toplamda eğitim düzeyine göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,379$). Eşin eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde her üç grupta da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışma durumuna göre planlanmış gebeliklerde çalışan kadınların anksiyete puanı ortalaması ($31,82 \pm 7,89$), çalışmayanlardan ($31,42 \pm 8,08$) daha yüksek olmasına rağmen fark anlamlı değildir ($p=0,703$); planlanmamış gebeliklerde ise çalışan kadınlarda anksiyete puanı daha düşük ($27,61 \pm 7,96$) olmasına rağmen bu fark da anlamlı değildir ($p=0,109$). Genel toplamda çalışma durumuna göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,845$). GAÖ-R2 puanları, eşin mesleği açısından değerlendirildiğinde, planlanmış gebeliklerde en yüksek ortalama memur eşe sahip kadınlarda ($32,26 \pm 7,94$), en düşük ortalama ise çiftçi eşe sahip kadınlarda ($30,68 \pm 9,09$) gözlenmiştir; ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F=0,280$; $p=0,891$). Planlanmamış gebeliklerde de GAÖ-R2 puanı en yüksek çiftçi eş grubunda ($31,28 \pm 7,59$), en düşük ise işveren eş grubunda ($25,25 \pm 5,19$) bulunmasına karşın fark anlamlı değildir ($F=0,535$; $p=0,711$). Toplam grupta da eşin meslek grubuna göre GAÖ-R2 puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($F=0,262$; $p=0,902$). Gelir düzeyi açısından incelendiğinde, planlanmış gebeliklerde gelir giderden fazla olan bireylerin GAÖ-R2 ortalaması en yüksek ($32,69 \pm 6,87$), gelir gidere denk olanların ise en düşük ($31,14 \pm 7,85$) seviyededir; ancak fark anlamlı değildir ($F=0,745$; $p=0,476$). Planlanmamış gebeliklerde ise en düşük anksiyete puanı gelir gidere denk olanlarda ($29,92 \pm 8,56$), en yüksek ise gelir giderden fazla olan grupta ($30,22 \pm 3,07$) bulunmuş; fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F=0,190$; $p=0,827$). Genel toplamda da gelir düzeyine göre GAÖ-R2 puanlarında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($F=0,752$; $p=0,472$).

Tablo 4.5. Gebeliklerin planlanma durumuna göre öz-şefkat ölçeği puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması (n=339)

Öz-Şefkat Ölçeği Puanları	Planlanmış Gebelikler (n=252)	Planlanmamış Gebelikler (n=87)	Toplam (n=339)
Yaş			
18-29 yaş arası	79,65±17,90	76,90±16,60	79,03±17,62
30-43 yaş arası	83,67±16,41	76,18±20,85	81,34±18,16
Test ve Önemlilik	t=-1,726 p=0,086	t=0,178 p=0,859	t=-1,145 p=0,253
Eğitim Durumu			
İlköğretim	81,84±18,41	75,53±26,10	79,06±22,00
Ortaöğretim	80,71±20,19	77,91±18,22	79,68±19,38
Lise	83,40±15,66	77,88±15,89	82,16±15,80
Üniversite ve üzeri	79,15±17,66	74,88±16,54	78,35±17,48
Test ve Önemlilik	F=0,954 p=0,415	F=0,162 p=0,922	F=0,949 p=0,417
Eş Eğitim Durumu			
İlköğretim	82,36±12,45	85,89±16,78	83,74±14,04
Ortaöğretim	83,53±17,26	72,31±16,69	80,20±17,71
Lise	80,31±17,26	72,61±20,02	77,92±18,42
Üniversite ve üzeri	80,48±18,31	81,50±16,24	80,66±17,91
Test ve Önemlilik	F=0,367 p=0,777	F=2,319 p=0,081	F=0,924 p=0,429
Çalışma Durumu			
Evet	79,12±16,84	78,61±17,84	79,04 ± 16,93
Hayır	82,02±17,81	76,06±18,72	80,24 ± 18,25
Test ve Önemlilik^c	t=1,264 p=0,207	t=-0,520 p=0,604	t=0,580 p=0,563
Eş Meslek			
Memur	81,68±17,89	71,93±19,03	80,30 ± 18,28
İşveren	71,91±22,55	72,75±32,26	72,04 ± 23,46
İşçi	80,85±15,45	74,54±15,81	78,94 ± 15,73
Serbest Meslek	82,56±15,29	79,50±18,98	81,80 ± 16,20
Çiftçi	83,18±18,83	79,44±18,33	81,42 ± 18,52
Test ve Önemlilik^d	F=1,839 p=0,122	F=0,602 p=0,662	F=1,725 p=0,144

Tablo 4.5. (Devamı) Gebeliklerin planlanma durumuna göre öz-şefkat ölçeği puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması (n=339)

Gelir Durumu			
Gelir giderden düşük	79,35±16,72	78,52±13,96	79,06±15,75
Gelir gidere denk	81,04±17,98	74,84±19,37	79,60±18,46
Gelir giderden fazla	83,38±16,26	80,67±25,21	82,78±18,26
Test ve Önemlilik^d	F=0,526 p=0,592	F=0,589 p=0,557	F=0,652 p=0,522
Eş Düşünce			
İstiyor	81(26:119)	78(32:119)	81(26:119)
İstemiyor	51(26:119)	71(43:76)	69(43:77)
Test ve Önemlilik^b	t=-1,949 p=0,051	t=-1,778 p=0,075	t=-2,929 p=0,003

p<0,05 anlamlılık düzeyi

Öz-Şefkat Ölçeği (SCS) puanları yaş gruplarına göre incelendiğinde, planlanmış gebeliklerde 30–43 yaş grubunda yer alan kadınların ortalama öz-şefkat puanının (83,67±16,41) 18–29 yaş grubuna (79,65±17,90) kıyasla daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (t=-1,726; p=0,086). Planlanmamış gebeliklerde ise yaş gruplarına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (p > 0,05). Eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde, planlanmış gebeliklerde en yüksek SCS puanı lise mezunlarında (83,40±15,66), en düşük ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerde (79,15±17,66) gözlenmiş, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (F=0,954; p = 0,415). Planlanmamış gebeliklerde de eğitim düzeyine göre öz-şefkat puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F=0,162; p = 0,922). Toplam örnekleme eğitim düzeyine göre SCS puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (F = 0,949; p = 0,417). Eşin eğitim durumu açısından ise, planlanmış gebeliklerde en yüksek ortalama puan ilköğretim mezunu eş grubunda (82,36±12,45), en düşük ise lise mezunu eş grubunda (80,31±17,26) bulunmuş; fark anlamlı değildir (F=0,367; p = 0,777). Planlanmamış gebeliklerde eş eğitim düzeyine göre SCS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (F = 2,319; p = 0,081). Toplam grupta da eş eğitim durumuna göre fark anlamlı değildir (F = 0,924; p = 0,429). Öz-Şefkat Ölçeği puanları incelendiğinde, çalışan kadınlarda planlanmış gebelik grubunun ortalama puanı 79,12±16,84 ve planlanmamış gebelik grubunun puanı 78,61±17,84 iken, çalışmayan kadınlarda bu değerler sırasıyla 82,02±17,81 ve 76,06±18,72 olarak bulunmuştur. Her iki grup arasında istatistiksel olarak

anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p=0,563$). Eşin mesleğine göre değerlendirildiğinde, planlanmış gebelikte en yüksek öz-şefkat puanı çiftçi eş grubunda ($83,18\pm18,83$), en düşük puan ise işveren grubunda ($71,91\pm22,55$) gözlenmiştir. Planlanmamış gebeliklerde ise en yüksek değer serbest meslek ($79,50\pm18,98$), en düşük değer ise memur ($71,93\pm19,03$) eşe sahip kadınlarda saptanmıştır. Ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,144$). Gelir durumuna göre değerlendirildiğinde, planlanmış gebelikte gelir giderden fazla olanların öz-şefkat düzeyleri en yüksek ($83,38\pm16,26$), giderden düşük olanların ise daha düşüktür ($79,35\pm16,72$). Planlanmamış gebelikte de benzer şekilde en yüksek ortalama gelir fazlası olanlarda ($80,67\pm25,21$), en düşük ortalama ise gelir gidere denk olanlarda ($74,84\pm19,37$) gözlenmiştir. Ancak gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,522$).

Tablo 4.6. Planlanmamış gebeliklerinin gebelik ile ilişkili anksiyete düzeyleri ve öz-şefkat düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ($n=87$)

Ölçekler		GAÖ-R2	Doğum korkusu	Özürlü çocuğa sahip olma	Fiziksel görünüş endise
Öz Anlayış (Öz Şevkat)	r	-,245	-,105	-,167	-,264
	p	,022	,333	,122	,014

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Planlanmamış gebeliklerde Gebelik İlişkili Anksiyete puanı ile Öz anlayış (Öz-Şefkat) toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.7. Planlanmamış gebeliklerinin gebelik ile ilişkili anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisi basit regresyon modeli

Regresyon Modeli	β	SH	t	p	%95 GA	
					Alt	Üst
Planlanmamış Gebelik	-1,242	0,996	-1,247	0,213	-3,201	0,718
Sabit	32,805	1,325	24,755	<0,001	30,198	35,412
Model Anlamlılık			R=0,068 p=0,213			

$p<0,05$ anlamlılık düzeyi, SH: Standart Hata

Planlanmamış gebeliklerde GAÖ-R2 puanları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen basit doğrusal regresyon analizi sonucunda, planlanmamış

gebeliğin anksiyete düzeyine anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir ($\beta = -1,242$; SH= 0,996; $t = -1,247$; $p = 0,213$). Modelin genel anlamlılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($R = 0,068$; $p = 0,213$).

Tablo 4.8. Planlanmamış gebeliklerinin öz-şefkat düzeyleri üzerindeki etkisi basit regresyon modeli

Regresyon Modeli	β	SH	t	p	%95 GA	
					Alt	Üst
Planlanmamış	-4,402	2,206	-1,995	0,047	-8,742	-0,062
Sabit	85,390	2,935	29,089	<0,001	79,616	91,164
Model Anlamlılık				R=0,108 p=0,047		

$p < 0,05$ anlamlılık düzeyi, SH: Standart Hata

Katılımcıların gebeliklerinin planlanmamış olmasının Öz-Şefkat (öz-anlayış) düzeyleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda, planlanmamış gebeliğin öz-şefkat düzeyleri üzerinde negative yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu belirlenmiştir ($\beta = -4,402$; SH= 2,206; $t = -1,995$; $p = 0,047$). Elde edilen bu bulgu, planlanmamış gebeliğe sahip olan bireylerin öz-şefkat düzeylerinin planlı gebeliğe sahip olanlara kıyasla daha düşük olma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Regresyon modelinin anlamlılığı da $p = 0,047$ ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, modelin açıklayıcılığı düşük düzeyde olsa da ($R = 0,108$), planlanmamış gebelik değişkeni öz-şefkat düzeyini anlamlı şekilde yordayan bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır.

Tablo 4.9. Planlanmamış gebeliklerinin gebelikle ilişkili anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisinde öz-şefkatin yordayıcı etkisi

Regresyon Modeli	β	SH	t	p	%95 GA	
					Alt	Üst
Planlanmamış Gebelik	-1,878	0,951	-1,976	0,049	-3,748	-0,008
Öz-Şefkat	-0,145	0,023	-6,197	<0,001	-0,190	-0,099
Sabit	45,152	2,356	19,166	<0,001	40,518	49,786
Model Anlamlılık				R=0,327 p<0,001		

$p < 0,05$ anlamlılık düzeyi, SH: Standart Hata

Katılımcıların planlanmamış gebelik durumlarının gebelikle ilişkili anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisinde özşefkatin yordayıcı rolünü incelemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($R=0,327$; $p<0,001$). Modele göre, hem planlanmamış gebelik durumu ($\beta= -1,878$; $SH= 0,951$; $t= -1,976$; $p=0,049$) hem de özşefkat düzeyi ($\beta= -0,145$; $SH= 0,023$; $t= -6,197$; $p<0,001$) gebelikle ilişkili anksiyete düzeylerinin anlamlı yordayıcılarıdır. Planlanmamış gebelikler, planlı olanlara göre gebelikle ilişkili anksiyete düzeylerini artırıcı yönde etkide bulunmakta; buna karşın, özşefkat düzeyindeki her bir birim artış gebelikle ilişkili anksiyete puanında 0,145 birim azalmaya yol açmaktadır. Bu sonuçlar, bireyin gebelik planlaması ve özşefkat düzeylerinin gebelikle ilişkili anksiyete üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle özşefkatin koruyucu bir faktör olarak işlev gördüğü ve anksiyete düzeylerini anlamlı ölçüde azalttığı söylenebilir.

5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Planlanmamış gebeliklerde gebeliğe bağlı anksiyete ile öz-şefkat düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesinin amaçlandığı bu çalışma kesitsel ve tanımlayıcı araştırma deseninde gerçekleştirilmiştir.

- Katılımcıların %74,3'ünün planlı gebelik yaşadıkları, %25,6'sinin ise gebeliklerini planlamadıkları saptanmıştır.
- Planlanmamış gebeliğe sahip katılımcıların GAÖ-R2 puan ortalaması $30,32 \pm 8,04$ iken, planlanmış gebeliğe sahip katılımcıların $31,56 \pm 8,00$ puana sahip oldukları bu ortalamaların istatistiksel olarak benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p > 0.05$).
- Planlanmamış gebeliğe sahip katılımcıların öz-şefkat ölçeği puan ortalaması $76,59 \pm 18,46$ iken, planlanmış gebeliğe sahip katılımcıların $80,99 \pm 17,49$ puana sahip oldukları bu ortalamaların istatistiksel olarak anlamlı dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.05$).
- Katılımcıların GAÖ-R2 toplam puan ortalaması ilköğretim ve ortaöğretim eğitim düzeyinde istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Planlanmamış gebelik deneyimleyen katılımcıların GAÖ-R2 toplam puan ortalaması, planlanmış gebelik deneyimleyen katılımcıların eğitim düzeyi dışındaki diğer sosyodemografik özellikler ile karşılaştırıldığında benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p > 0.05$).
- Planlanmamış gebelik deneyimleyen katılımcıların öz-şefkat toplam puan ortalaması, planlanmış gebelik deneyimleyen katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırıldığında benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p > 0.05$).
- Planlanmamış gebelik deneyimleyen katılımcıların GAÖ-R2 puan ortalamaları ile Öz-Şefkat (öz-anlayış) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = -0,245$ $p < 0.05$).
- Doğrusal regresyon analizi sonucuna göre hem planlanmamış gebelik durumu ($p = 0,049$) hem de özşefkat düzeyi ($p < 0,001$) gebelik ile ilişkili anksiyete düzeylerinin anlamlı yordayıcıları olduğu saptanmıştır.

5.2. Tartışma

Planlanmamış gebelik, bireylerin çocuk sahibi olmayı önceden düşünmeden ve planlamadan gebe kalması durumudur. Bu durum, hem anne hem de bebek sağlığı açısından çeşitli fiziksel, ruhsal ve sosyal riskleri beraberinde getirebilir (WHO, 2023; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018). Planlanmamış gebeliklerde gebeliğe bağlı anksiyete ile öz-şefkat düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen bu çalışmanın bulguları, mevcut literatürle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Londra plansız gebeliği belirleme ölçeği (LPGBÖ) kullanılarak yapılan analizler sonucunda Ölçek toplam puanından ≤ 7 puan alan katılımcıların gebeliklerini planlamadıkları belirtilmektedir (Barrett ve ark., 2004; Altıparmak vd. 2020). Bu çalışmada katılımcıların (n=339) %25,6'sının gebeliklerini planlamadıkları ve %74,3'ünün gebeliklerini planladıkları saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, Yanikkerem ve ark. (2012) tarafından Türkiye'de Manisa ilinde yürütülen bir çalışmada, 550 gebe kadın değerlendirilmiş ve kadınların %27,1'inin gebeliklerini plansız olarak yaşadığı bildirilmiştir. Benzer şekilde, Yanikkerem ve arkadaşlarının 2008 yılında yürüttüğü başka bir çalışmada, 1.355 kadının %17'sinin gebeliği plansız, %11,7'sinin ise istenmeyen olarak gerçekleşmiştir; toplamda yaklaşık %29'luk bir oran bildirilmiştir (Yanikkerem vd, 2008: 95-103). Çalışmamızda elde edilen bu bulgu, literatürde benzer örneklerle yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Katılımcıların planlanmış ve planlanmamış gebelik durumuna göre sosyodemografik özelliklerine bakıldığında yaş grubunun ve ortalamasının benzer dağılım gösterdiği ($p>0.05$) saptanmıştır. Katılımcıların kendisi (%17,2) ve eşi (%10,3) ilköğretim mezunu olan, gelir getiren bir işte çalışmayan gebelerin (%79,3), eşi çiftçi olarak çalışan (%28,7), geliri giderinden düşük olan (%31,0) gebelerin gebeliklerinin planlanmamış olduğu istatistiksel anlamlı olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Literatürde örneklem grubu planlanmamış gebeliği olan kadınlar ile yapılan çalışmalar incelendiğinde; düşük eğitim seviyesi (Borgez vd, 2016), eşin eğitim seviyesinin düşük olması (Arslan vd, 2020:64-91), düşük gelir düzeyi (Kara vd, 2018: 444–450) olan gruplarda planlanmamış gebeliklerin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. WHO (Dünya Sağlık Örgütü) ve UNFPA (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu) raporlarında, planlı gebelik oranlarının sosyoekonomik düzeyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (UNFPA, 2023; WHO, 2020). Yapılan araştırmalar, özellikle kadının istihdam durumunun ve eğitim seviyesinin yükselmesinin, gebelik döneminde sağlıklı yaşam davranışlarını olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır. Bu

durum bireyin gebeliği önceden planlama olasılığını arttırmakta ve gebelik sürecine daha bilinçli bir şekilde hazırlanmasını sağlamaktadır (Coşkun Çelik vd, 2015: 34-35). Literatürde, özellikle iki veya daha fazla doğum yapmış kadınların planlanmamış gebelik yaşama olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu durum, doğurganlığın devam ettiği inancı, doğum kontrol yöntemlerine yeterince önem verilmemesi ve korunma davranışlarının ihmal edilmesi ile ilişkilendirilmektedir (Bahadori vd, 2019: 196–200). Çalışmamızda elde edilen bulgular da bu doğrultudadır; planlanmamış gebeliklerin daha çok multipar kadınlarda ve gebeliğin daha ileri haftalarında tespit edildiği gözlemlenmiştir. Çalışmamızda elde edilen veriler, literatürdeki bulgularla örtüşmektedir; düşük sosyoekonomik düzeye, düşük eğitim seviyesine ve istihdam dışı kalma durumuna sahip kadınlarda planlanmamış gebeliklerin daha yaygın olduğu, ayrıca multiparite ve gebeliğin ileri haftalarında planlanmamış gebeliklerin daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bu durum, bireylerin gebeliği planlama konusunda, korunma davranışlarını etkileyen sosyal, ekonomik ve eğitsel faktörlerin önemini ortaya koymaktadır.

GAÖ-R2, anne adaylarının gebelik sürecinde yaşadıkları stres, korku ve kaygıyı ölçen önemli bir psikolojik faktördür (Mudra vd, 2019). Bu çalışmada GAÖ-R2 ölçek toplam puan ortalaması Planlanmış gebelik deneyimleyen katılımcıların $31,56 \pm 8,00$ iken planlanmamış gebelik deneyimleyen katılımcıların $30,32 \pm 8,04$ puana sahip oldukları belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamış ve test edilen H_1 hipotezimiz desteklenmemiş, beklenenin aksine bir sonuç doğurmuştur. Huizink ve De Rooij (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, gebelik dönemindeki anksiyetenin orta seviyelerde seyrettiği ve bu durumun çoğunlukla hormonal değişimler, geleceğe dair belirsizlik ve ebeveynlik sorumluluklarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde De Asis-Cruz ve ark. (2020) gebelik sürecinde anksiyetenin belirli düzeylerde normal olduğunu, ancak aşırı anksiyetenin prenatal depresyon ve postpartum psikolojik sorunlarla bağlantılı olabileceğini ifade etmektedir. Gebelik sürecinde anksiyete belirli bir düzeye kadar doğal bir durum olarak kabul edilse de yüksek seviyelerde olduğunda hem anne hem de bebek sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği düşünülmektedir (Glover, 2014: 196–200).

Planlanmamış gebelik deneyimleyen katılımcıların gebelik ile ilişkili anksiyete ölçeği puanlarının sosyodemografik özellikleri incelendiğinde ilk öğretim ve orta öğretim düzeyinde olanların anksiyete puan ortalaması istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Gebelik sürecinde anne adaylarının çeşitli kaygılar yaşaması

doğaldır. Literatürde, gebelikle ilişkili anksiyetenin, bireyin eğitim düzeyiyle bağlantılı olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır (Yüksel Yeşilçınar vd, 2023: 45-52). Ortaokul mezunu bireylerin, ilkokul mezunlarına kıyasla daha düşük kaygı puanlarına sahip olması, eğitim düzeyinin bilgiye erişim, risk algısı ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Üst vd, 2013: 113). Araştırmalar, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin doğum öncesi taramalar, genetik testler ve prenatal tanı yöntemleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olduklarını ve bu bilgilerin belirsizlikten kaynaklanan kaygıyı azalttığını göstermektedir (Van den Heuvel vd, 2015). Eğitim düzeyi düşük bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde ve tıbbi bilgileri değerlendirmede daha fazla zorluk yaşadığı, bunun da doğrudan gebelik kaygılarını artırabileceği belirtilmiştir (Estebansari vd, 2020: 299). Özellikle, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin yanlış inanışlara ve gebelikle ilgili abartılı risk algısına daha yatkın olabileceği ifade edilmektedir (Lupattelli vd, 2014: 297-306). Eğitim seviyesi yükseldikçe, bireylerin gebelik sürecinde karşılaşılabilecekleri olası riskleri daha rasyonel değerlendirebildikleri ve destek mekanizmalarını daha etkili kullandıkları gözlemlenmektedir (Staneva vd, 2015). Yalnız son dönemde yapılan araştırmalar, eğitim düzeyi yükseldikçe gebelikle ilgili bilgi edinme kapasitesinin ve farkındalığın da arttığını ortaya koymaktadır. Bu artan bilinç düzeyi, bazı gebelerde kaygıyı azaltarak daha kontrollü bir süreç yaşamalarına katkı sağlarken; özellikle ilk kez anne olacak ya da gebeliği detaylı biçimde planlayan bireylerde, artan bilgiyle birlikte anksiyete düzeyinin yükselebileceği de ifade edilmektedir. Bu durum, bilgiye erişimin her zaman psikolojik rahatlama sağlamayabileceğini ve bazı bireylerde kaygıyı tetikleyebileceğini göstermektedir (Karabulut vd, 2022: 540-560; Mohebbi-Dehnavi, 2023: 548).

Gebelikle ilişkili anksiyete, bireyin psikososyal durumu, gebelik sürecine yönelik algısı ve çevresel faktörlerle etkileşim içinde şekillenen bir durumdur (Tandu-Umba vd, 2014: 1121-1127). Planlanmamış gebelik deneyimleyen katılımcıların GAÖ-R2puan ortalamalarının mesleğe, ekonomik duruma, gebelik hakkındaki düşüncelere ve eşlerin gebelik hakkındaki düşüncelerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Literatürde, gebelik anksiyetesinin en güçlü belirleyicilerinden birinin bireyin genel kaygı düzeyi olduğu belirtilmektedir (Asselmann vd, 2020: 94-102). Bireyler, sosyoekonomik durumlarından bağımsız olarak, daha önceki kaygı düzeyleri, stres yönetimi becerileri ve geçmiş gebelik deneyimlerine bağlı olarak farklı anksiyete seviyeleri gösterebilmektedir (Dunkel Schetter vd, 2012: 141-148). Bu bağlamda, meslek veya ekonomik durum gibi

dışsal faktörlerin gebelikle ilişkili anksiyete üzerinde doğrudan belirleyici olmaması, bireysel psikolojik faktörlerin baskın olduğunu göstermektedir. Ekonomik durumun GAÖ-R2 üzerinde anlamlı bir fark yaratmaması, gebelik sürecindeki anksiyetenin yalnızca maddi koşullara bağlı bir kaygı olmadığını desteklemektedir. Bu durum, ekonomik olarak daha iyi durumda olan bireylerin de bebek sağlığı, doğum süreci ve ebeveynlik sorumlulukları gibi faktörlerden benzer seviyede kaygı duyabildiklerini göstermektedir (Felder vd, 2016: 687–690). Benzer şekilde, eşlerin gebelik hakkındaki düşüncelerinin de GAÖ-R2 üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmaması, bireyin gebeliği nasıl algıladığı ve süreci nasıl yönettiğinin daha belirleyici bir faktör olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalar, sosyal desteğin gebelik kaygısını azaltıcı bir etkisi olduğunu öne sürse de (Guardino ve Schetter, 2014), bu çalışmada eş desteğinin gebelik kaygısını doğrudan değiştirmemesi, diğer psikososyal faktörlerin daha etkili olabileceğine işaret etmektedir.

Öz-şefkat, bireyin kendine yönelik anlayışlı, nazik ve destekleyici bir tutum sergilemesi olarak tanımlanır ve özellikle stresli durumlarla baş etmede önemli bir psikolojik kaynak olarak kabul edilir (Xavier vd, 2016: 476-485). Çalışmamızda Planlanmamış gebeliğe sahip katılımcıların öz-şefkat ölçeği puan ortalaması $76,59 \pm 18,46$ iken, planlanmış gebeliğe sahip katılımcıların $80,99 \pm 17,49$ puana sahip oldukları bu ortalamaların istatistiksel olarak anlamlı dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu doğrultuda, araştırmanın ikinci hipotezi (H_2) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde desteklenmiştir. Literatürde, öz-şefkatin yüksek olması, bireylerin olumsuz yaşam olaylarına karşı daha esnek ve psikolojik olarak dayanıklı olmalarıyla ilişkilendirilmiştir (Germer vd, 2013: 30). Özellikle gebelik sürecinde, hormonal ve psikososyal değişimlerin yoğun yaşandığı göz önüne alındığında, öz-şefkatin yüksek olması, anne adaylarının kaygı, stres ve belirsizlikle daha sağlıklı başa çıkmasına katkı sağlayabilir (Felder vd, 2016: 687-690).Yapılan araştırmalar, öz-şefkatin gebelikte anksiyete ve depresyon semptomlarını azaltmada koruyucu bir faktör olduğunu göstermektedir. Carona ve ark. (2022) tarafından yapılan bir çalışmada, yüksek öz -şefkat düzeyine sahip gebelerin, gebelikle ilişkili kaygıyı daha az yaşadığı ve doğum sonrası depresyon riskinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Kaya ve Akdoğan (2022) ise öz-şefkatin, bireyin kendine yönelik eleştirilerini azaltarak ruh sağlığını olumlu yönde desteklediğini ifade etmektedir.

Planlanmamış gebelik deneyimleyen katılımcıların öz-şefkat düzeylerinin eğitim durumuna, mesleğe, ekonomik duruma, gebelik hakkındaki düşüncelere göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$). Yapılan bir çalışmada, öz-şefkatin bireyin

öğrenim durumu, mesleği veya ekonomik durumu gibi dışsal faktörlerden daha çok, içsel bilişsel süreçler ve psikolojik esneklikle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Yarnell vd, 2013: 146-159). Bu bağlamda, çalışmada katılımcıların öz-şefkat düzeylerinin öğrenim durumu, meslek veya ekonomik durum gibi faktörlere göre anlamlı bir farklılık göstermemesi, öz-şefkatin daha çok bireysel farkındalık, stres yönetimi ve duygusal düzenleme ile ilgili olduğunu desteklemektedir.

Katılımcıların GAÖ-R2 puanları ile öz anlayış (öz-şefkat) puanları arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,245$ $p<0.05$). Yapılan çalışmalarda, yüksek öz-şefkat düzeyine sahip bireylerin olumsuz yaşam olaylarına karşı daha dirençli oldukları ve stresle daha sağlıklı başa çıkabildikleri gösterilmiştir (Neff vd, 2013: 28-44). Bu bağlamda, çalışmada tespit edilen negatif yönlü ilişki, öz-şefkatin gebelik sürecinde yaşanan anksiyeteyi hafifletici bir mekanizma olarak işlev gördüğünü göstermektedir. Gebelik süreci, hormonal değişiklikler, doğuma ve ebeveynliğe dair belirsizlikler gibi faktörlerle doğal olarak bir kaygı kaynağı olabilir (Blackmore vd, 2016). Ancak öz-şefkat düzeyi yüksek bireylerin, kendilerini suçlamadan ve olumsuz duygular içinde kaybolmadan mevcut durumu kabullenerek, kendilerine karşı nazık bir tutum sergileyerek bu süreci daha sağlıklı geçirebildikleri bulunmuştur (Golmakani vd, 2020). Özellikle stresle başa çıkma mekanizmaları arasında öz-şefkatin, bireyin kendine yönelik acımasız içsel eleştirilerini azaltarak kaygı seviyelerini düşürdüğü belirtilmiştir (Raes, 2011). Literatürde öz-şefkatin, psikolojik dayanıklılık ve duygusal düzenleme süreçleriyle yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir. Öz-şefkat düzeyi yüksek bireyler, zorlayıcı yaşam olaylarını daha geniş bir perspektiften ele alarak, bu olayların yalnızca kendilerine özgü olmadığını ve insan olmanın doğal bir parçası olduğunu fark edebilirler (Gilbert, 2014). Bu durum, bireyin kaygı düzeyini azaltırken, kendisini daha güvende ve psikolojik olarak daha sağlam hissetmesine yardımcı olabilir (Allen vd, 2010). Gebelik sürecinde öz-şefkat düzeyi düşük bireylerin daha yüksek anksiyete yaşadığı, bunun da hem psikolojik iyilik halini hem de doğum sonrası süreçleri olumsuz etkileyebildiği bildirilmektedir (Duncan ve Bardacke, 2010). Mindfulness Temelli Stres Azaltma (MBSR) programının gebelere uygulanması, doğum öncesi dönemde konforun artırılmasına, fetal sağlık kaygılarının azaltılmasına katkı sağlamıştır (İbici Akça vd, 2023: 449-463). Gökbulut ve ark. (2024) gebeler ile yaptığı çalışmada MBSR programının, gebelik ile ilgili kaygı düzeylerini azaltmak için etkili bir yöntem olarak kullanıldığı sonucuna varmışlardır. Bu nedenle, gebelik sürecinde öz-şefkatin desteklenmesi, doğrudan anksiyete düzeylerinin azalmasına

katkı sağlayabilir. Özellikle bilinçli farkındalık (mindfulness) temelli öz-şefkat müdahalelerinin, gebelik kaygısını azaltmada etkili olduğu gösterilmiş ve bu tür programların gebeler için önerilebileceği belirtilmektedir (Salemi Ghomshe vd, 2023: 174-190).

Araştırmalar, bireyin kontrol edebildiği ve bilinçli olarak verdiği kararların, psikolojik iyi oluş üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Planlı gebelik, bireyin gebeliğe daha hazırlıklı olması ve bu süreci bilinçli bir şekilde kabullenmesi nedeniyle, stres düzeyini azaltarak psikolojik iyi oluşu artırabilir (Polat Başpınar, 2012: 1414-1421). Planlanmamış gebeliklerde ise beklenmedik değişimlere uyum sağlama zorunluluğu ve geleceğe dair belirsizlik duygusu, bireyin kendini daha eleştirel bir şekilde değerlendirmesine ve öz-şefkat düzeyinin görece daha düşük olmasına neden olabilir (Fonaroff vd, 2022: 1-9). Öz-şefkatin, stres ve kaygı ile başa çıkmada önemli bir psikolojik kaynak olduğu bilinmektedir. Özellikle annelik sürecinde, bireyin kendine karşı şefkatli olması, doğum öncesi ve sonrası depresyon riskini azaltabilir ve ebeveynlik sürecinde daha sağlıklı başa çıkma mekanizmaları geliştirmesine katkıda bulunabilir (Lathren vd, 2021: 307-318; Johansson vd, 2022: 987-999). Bu bağlamda, planlı gebeliklerin öz-şefkat düzeylerini artırıcı bir etkisinin olması, bireyin gebelik sürecine dair daha olumlu bir algıya sahip olması ve süreci bilinçli bir şekilde deneyimlemesiyle açıklanabilir. Bununla birlikte, çalışmada planlı gebeliklerin öz-şefkat üzerindeki etkisinin nispeten düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum, öz-şefkatin yalnızca gebeliğin planlı olup olmamasına bağlı olmadığını, bireyin genel psikolojik sağlamlığı, sosyal destek sistemleri ve stres yönetimi becerileri gibi diğer faktörlerin de öz-şefkat düzeyinde belirleyici olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada test edilen H_3 hipotezine göre, planlanmamış gebelik durumlarında gebelik ile ilişkili anksiyete düzeylerini yordayıcı değişken olarak tahmin edilen öz-şefkatin, Gebelik İlişkili Anksiyete Ölçeği - Revize (GAÖ-R2) puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu öngörülmüştür. Yapılan regresyon analizleri sonucunda, öz-şefkat düzeyinin GAÖ-R2 puanlarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığı belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu sonuçlar doğrultusunda, H_3 hipotezi desteklenmiştir. Gebelik süreci, özellikle planlı olmayan durumlarda, belirsizlik ve değişimlerle dolu olduğu için, bireyin kendine yönelik duyarlılığı ve affediciliği kaygıyı azaltmada kritik bir rol oynayabilir (Jefferson vd, 2020: 2115-2130). Yapılan bir araştırma, yüksek öz-şefkat düzeyine sahip bireylerin, olumsuz düşünceler karşısında daha az kendini suçlama

eğiliminde olduğunu ve bu durumun psikolojik iyi oluşu artırdığını göstermektedir (Barnard vd, 2011: 289-303). Özellikle gebelik sürecinde, anksiyete düzeylerinin yüksek olması erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve doğum sonrası depresyon gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmektedir (Glover vd, 2014: 25-35). Bu bağlamda, öz-şefkatin gebelik ile ilişkili anksiyete üzerinde yordayıcı bir değişken olması, bireyin kaygı düzeyini yönetmede etkili bir psikolojik tampon mekanizması sunduğunu göstermektedir (Tabe vd, 2022: 1-9). Planlı gebelikler, bireyin gebeliğe psikolojik olarak daha hazırlıklı olmasını sağladığından, anksiyete düzeylerinin daha düşük olması beklenebilir. Ancak bu çalışmada planlı gebeliklerin doğrudan GAÖ-R2 üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamış, öz-şefkatin ise GAÖ-R2'yi anlamlı şekilde yordadığı belirlenmiştir. Bu durum, kaygıyı azaltmada yalnızca planlama faktörünün yeterli olmadığını, bireyin kendi içsel başa çıkma mekanizmalarının da büyük önem taşıdığını ortaya koymaktadır. Öz-şefkat düzeyi yüksek olan bireylerin, gebelik sürecinde yaşanabilecek zorlukları daha az tehdit edici algıladığı ve bu nedenle kaygı düzeylerinin düşük olduğu düşünülmektedir.

5.3. Öneriler

- Anksiyete düzeyleri üzerinde gebeliğin planlı olmasının tek başına belirleyici olmadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunucularının, tüm gebe kadınlara – gebelik planlı olsun ya da olmasın ruh sağlığı açısından risk değerlendirmesi yaparak ihtiyaç duyan bireylerin uygun psikolojik destek hizmetlerine yönlendirme yaparak gebeliğin erken döneminde başlanacak bireysel veya grup temelli psikolojik danışmanlık programları oluşturulmalıdır.
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve kadın doğum polikliniklerinde gebelik ile ilişkili anksiyeteyi tarayan kısa ölçekler rutin olarak uygulanmalı ve riskli bulunan kadınlar psikososyal destek birimlerine yönlendirilmelidir.
- Düşük eğitim düzeyine sahip ve işsiz gebeler için gebelik süresince destekleyici eğitim oturumları ve sosyal destek mekanizmaları sağlanmalıdır.
- Doğuma hazırlık sınıflarında gebelere yönelik “Mindfulness Temelli Öz-Şefkat Programı” veya “Doğum Öncesi Stres Yönetimi Atölyeleri” gibi 6–8 haftalık yapılandırılmış eğitimler uygulanarak öz-şefkat düzeylerinin artırılması sağlanmalıdır.
- Ebe ve hemşireler, öz-şefkatin gebelikte koruyucu bir faktör olduğu konusunda hizmet içi eğitimlerle güçlendirilmelidir.

- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında, gebelik öncesi danışmanlık hizmetleri yaygınlaştırılarak, doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgilendirme yapılmalı ve planlı gebelik oranları artırılmalıdır.
- Evlilik ncesi sağlık danışmanlığı programlarına, “gebelik planlama ve psikolojik hazırlık” modülü eklenmelidir.
- Bu araştırmanın bulguları, farklı bölgelerde ve daha geniş örneklerle boylamsal olarak tekrar edilmelidir.
- Planlanmamış gebeliklerde öz-şefkat düzeyini artırmaya yönelik müdahale programlarının etkinliği deneysel çalışmalarla test edilmelidir.
- Nitel araştırmalarla, planlanmamış gebelik yaşayan kadınların öz-şefkat ve kaygı deneyimleri derinlemesine incelenmelidir.



KAYNAKÇA

- Akcan, G., & Taşören, A. B. (2020). “Genç yetişkinlerde çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, öz-şefkat ve duygu düzenleme becerileri depresyon belirtilerini yordar mı?” *Boğaziçi University Journal of Education*, 37(2), 59–80.
- Aksoy Derya, Y., Timur Taşhan, S., & Uçar, T. (2018). “The effects of infertility on perception of body in pregnancy: A comparative study.” *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(3).
- Aktaş, S., & Pasinlioğlu, T. (2016). “Ebenin empatik iletişim becerisinin doğum eylemine ve doğum sonrası döneme etkisi.” *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(Özel Sayı), 38.
- Al-Mutawtah, M., Campbell, E., Kubis, H. P., & Erjavec, M. (2023). “Women’s experiences of social support during pregnancy: A qualitative systematic review.” *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, 782.
- Altıparmak, S., Yılmaz, A. N., & Aksoy Derya, Y. (2021). “The Turkish validity and reliability study of the London measure of unplanned pregnancy.” *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 47(4), 1362–1370. <https://doi.org/10.1111/jog.14678> (Erişim Tarihi: 06.03.2024)
- Anniverno, R., Bramante, A., Mencacci, C., & Durbano, F. (2013). “Anxiety disorders in pregnancy and the postpartum period.” In *New Insights into Anxiety Disorders* (pp. 259–285). Rijeka: InTech.
- Arslan, H., Bani, B., Güneş, K., & Eryurt, M. A. (2020). “Türkiye’de riskli gebelikler: 2018 TNSA bulguları.” *Nüfusbilim Dergisi*, 42(1), 64–91. <https://doi.org/10.31796/nufusbilim.738093> (Erişim Tarihi: 04.11.2024)
- Arslan, T., & Başgül Yiğiter, A. (2012). “Gebelik takibinde güncel yaklaşımlar.” *Turkish Family Physician*, 3(2), 1–12.
- Ashabi, B., Salari, N., Jaberghaderi, N., & Kamravamanesh, M. (2023). “The effect of self-compassion distant education on depression in pregnant women: A randomized clinical trial.” *Health Science Reports*, 8(6), e1329. <https://doi.org/10.1002/hsr.1329> (Erişim Tarihi: 08.12.2024)
- Babaoğlu, A., Kaya, Ş., & Demirtaş, A. (2021). “Gözlemsel araştırma bildirim kılavuzu: STROBE bildirimi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı.” *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(3), 237–243. <https://doi.org/10.30605/deuhfed.935615> (Erişim Tarihi: 24.08.2024)
- Bahadori, F., Hosseini, M. B., Bahadori, S., & Abedi, P. (2019). “The effect of unintended pregnancy on maternal and neonatal outcomes: A retrospective cohort study.” *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(3), 196–200. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_93_18 (Erişim Tarihi: 01.09.2024)

Barrett, G., Smith, S. C., & Wellings, K. (2004). "Conceptualisation, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy." *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(5), 426–433. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.014787> (Erişim Tarihi: 10.01.2022)

Barrett, J. H., Locker, A. M., & Roberts, C. M. (2004). "The origins of intensive marine fishing in medieval Europe: the English evidence." *Proceedings of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 271(1556), 2417–2421.

Barrow, A., Jobe, A., Barrow, S., Touray, E., & Ekholuenetale, M. (2022). "Prevalence and factors associated with unplanned pregnancy in The Gambia: Findings from 2018 population-based survey." *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 17.

Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). "Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions." *Review of General Psychology*, 15(4), 289–303. <https://doi.org/10.1037/a0025754> (Erişim Tarihi: 09.11.2022)

Bayer, A., & Taşpınar, A. (2023). "Planlanmamış gebeliklerin yaşanma sıklığı ve beden imajına etkisi." *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 77–90.

Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D. A., Benzies, K., MacQueen, G., & Tough, S. (2016). "Pregnancy-related anxiety: A concept analysis." *International Journal of Nursing Studies*, 55, 115–130.

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). "Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review." *Journal of Affective Disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014> (Erişim Tarihi: 10.09.2024)

Bilgin, S., Bıldırcın, F. D., Alper, T., Tosun, M., Çetinkaya, M. B., Çelik, H., & K  k  , A. (2010). "Gebelikte uygulanan tarama testlerinin anne anksiyetesine olan etkisi." *T  rk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 7(3), 206–211.

Bluth, K., & Neff, K. D. (2018). "New frontiers in understanding the benefits of self-compassion." *Self and Identity*, 17(6), 605–608.

Buldur, A. H., & G  cen, G. (2021). "Plansız gebelik s  recindeki kadınların dini, manevi ve psikolojik durumlarının incelenmesi." *Değerler Eğitimi Dergisi*, 19(42), 339. <https://doi.org/10.34234/ded.1009333> (Erişim Tarihi: 03.11.2024)

Campillo, I. S. L., Meaney, S., McNamara, K., & O'Donoghue, K. (2017). "Psychological and support interventions to reduce levels of stress, anxiety or depression on women's subsequent pregnancy with a history of miscarriage: An empty systematic review." *BMJ Open*, 7(9), e017802.

Carlander, A., Hultstrand, J. N., Reuterwall, I., Jonsson, M., Tyd  n, T., & Kullinger, M. (2023). "Unplanned pregnancy and the association with maternal health and pregnancy outcomes: A Swedish cohort study." *PLOS One*, 18(5), e0286052.

Christofides, N. J., Jewkes, R. K., Dunkle, K. L., McCarty, F., Shai, N. J., Nduna, M., & Sterk, C. (2014). "Risk factors for unplanned and unwanted teenage pregnancies occurring over two years of follow-up among a cohort of young South African women." *Global Health Action*, 7(1), 23719.

Coşkun, A., Arslan, S., & Okcu, G. (2020). "Gebe kadınlarda gebelik algısının stres, demografik ve obstetrik özellikler açısından incelenmesi." *Journal of Education & Research in Nursing / Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(1).

Coşkun Çelik, P., & Pelin, B. (2021). "Gebelerde sağlıklı yaşam davranışlarını etkileyen faktörler (Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü), ss." 34-35. Medipol Üniversitesi Açık Erişim. <https://acikerisim.medipol.edu.tr/handle/20.500.12511/8358> (Erişim Tarihi: 01.01.2024)

Cummins, A., Sheehy, A., Taylor, J., DeVitry-Smith, S., Nightingale, H., & Davis, D. (2023). "Association of continuity of carer and women's experiences of maternity care during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey." *Midwifery*, 124, 103761. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103761> (Erişim Tarihi: 27.08.2024)

Çankaya, S., & Şimşek, B. (2021). "Primipar gebe kadınlarda doğum öncesi eğitimin doğum korkusu, depresyon, anksiyete, doğum öz yeterliliği ve doğum şekli üzerine etkileri: Prospektif randomize kontrollü bir çalışma." *Clinical Nursing Research*, 30(6), 818-829.

Çoban, Y. (2021). "Öz-şefkat ile ilişki doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi." *Muş Alparslan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(2), 128-139.

Dağlar, Ö. Ş., & Şahin, N. H. (2021). "Bilinçli farkındalık (mindfulness) ve perinatal ruh sağlığı: Bir sistematik derleme." *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 159-172.

Deklava, L., Lubina, K., Circenis, K., Sudraba, V., & Millere, I. (2015). "Causes of anxiety during pregnancy." *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205, 623-626.

Demir, R. (2024). "Kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerine ilişkin bazı özelliklerinin ve beden mahremiyet algılarının kuşaklararası incelenmesi." *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(1), 84-96.

Deniz, M., Kesici, Ş., & Sümer, A. S. (2008). "The validity and reliability of the Turkish version of the Self-Compassion Scale." *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 36(9), 1151-1160.

Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). "Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis." *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315-323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179> (Erişim Tarihi: 12.07.2023)

Dorukoğlu, S., & Daşkan, Z. (2023). "Kardiyovasküler hastalığı olan kadınlarda kontrasepsiyon ve danışmanlık." *Androloji Bülteni (Andrology Bulletin)*, 25(2).

Döner, Ş. İ., & Gerçek, H. (2023). “Gebelikle ilişkili lumbopelvik ağrı ve güncel fizyoterapi yöntemleri: Geleneksel derleme.” *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (20), 692–702.

Dönmez, K., & Sarı, T. (2021). “Okul psikolojik danışmanlarında öz-şefkat ile tükenmişlik arasındaki ilişkide umudun aracı rolünün incelenmesi.” *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (59), 60–84.

Dryer, R., Chee, P., & Brunton, R. (2022). “The role of body dissatisfaction and self-compassion in pregnancy-related anxiety.” *Journal of Affective Disorders*, 313, 84–91.

Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012). “Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice.” *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141–148.

Ekrami, F., Mohammad-Alizadeh Charandabi, S., Babapour Kheiroddin, J., & Mirghafourvand, M. (2019). “The effect of counselling on depression and anxiety of women with unplanned pregnancy: A randomized controlled trial.” *Community Mental Health Journal*, 55, 1047–1056.

Erbil, N. (2022). “Relationship of self-compassion and fear of childbirth among pregnant women.” *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 255–262.

Ersoy, E., Karasu, Y., Yaşar Çelik, E., Ersoy, A. Ö., Tokmak, A., & Taşçı, Y. (2015). “Gebeliği plansız olan kadınların kişisel özellikleri ve kontrasepsiyon hakkındaki düşünceleri.” *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 6(3), 250–255. <https://doi.org/10.5799/ahinjs.01.2015.03.0527> (Erişim Tarihi: 05.01.2025)

Estrin, G. L., Ryan, E. G., Trevillion, K., Demilew, J., Bick, D., Pickles, A., & Howard, L. M. (2019). “Young pregnant women and risk for mental disorders: Findings from an early pregnancy cohort.” *BJPsych Open*, 5(2), e21.

Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2007). “Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample.” *Archives of Women’s Mental Health*, 10(1), 25–32.

Felder, J. N., Lemon, E., Shea, K., Kripke, K., & Dimidjian, S. (2016). “Role of self-compassion in psychological well-being among perinatal women.” *Archives of Women’s Mental Health*, 19(4), 687–690. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0628-> (Erişim Tarihi: 10.01.2023)

Field, T. (2017). “Prenatal anxiety effects: A review.” *Infant Behavior and Development*, 49, 120–128.

Fonaroff, A., Asghari, E., Rahmani, M., & Alipour, Z. (2022). “The role of body dissatisfaction and self-compassion in pregnancy-related anxiety.” *Body Image*, 40, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.03.002> (Erişim Tarihi: 06.01.2024)

Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson Jr, B. R., Tuncalp, Ö., Assifi, A., ... Alkema, L. (2017). "Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian hierarchical model." *The Lancet*, 390(10110), 2372–2381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4), Erişim Tarihi: 10.01.2023

Garipey, A., Lundsberg, L. S., Vilardo, N., Stanwood, N., Yonkers, K., & Schwarz, E. B. (2017). "Pregnancy context and women's health-related quality of life." *Contraception*, 95(5), 491–499.

Gipson, J. D., Koenig, M. A., & Hindin, M. J. (2008). "The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: A review of the literature." *Studies in Family Planning*, 39(1), 18–38. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2008.00148.x>, Erişim Tarihi: 14.02.2023

Gittelman, R., Klein, D., & Achenbach, T. M. (2019). "Developmental aspects of anxiety. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*" (pp. 1071–1079). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203728215>, Erişim Tarihi: 10.01.2024

Glover, V. (2014). "Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done." *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 25–35.

Gökbulut, N., Cengizhan, S. Ö., İbici Akça, E., & Ceran, E. (2024). "The effects of a mindfulness-based stress reduction program and deep relaxation exercises on pregnancy-related anxiety levels: A randomized controlled trial." *International Journal of Nursing Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/ijn.13238>, Erişim Tarihi: 11.01.2025

Guo, L., Zhang, J., Mu, L., & Ye, Z. (2020). "Preventing postpartum depression with mindful self-compassion intervention: A randomized control study." *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(2), 101–107.

Gültepe, R., & İldan Çalım, S. (2021). "Obstetride kullanılan solunum ve gevşeme egzersizleri: Lisansüstü tezlere yönelik sistematik bir derleme." *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8(3), 233–244.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). (2014). "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013: Ana Rapor (s. 134)." Hacettepe Üniversitesi. <https://openaccess.hacettepe.edu.tr/handle/11655/23339>, Erişim Tarihi: 23.07.2024

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). (2019). "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018: Ana Rapor." Ankara, Türkiye: Hacettepe Üniversitesi. https://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_ana_rapor.pdf, Erişim Tarihi: 10.01.2024

Hadfield, K., Akyirem, S., Sartori, L., Abdul-Latif, A. M., Akaateba, D., Bayrampour, H., & Abihiro, G. A. (2022). "Measurement of pregnancy-related anxiety worldwide: A systematic review." *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 331.

Homan, K. J., & Tylka, T. L. (2015). "Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation." *Body Image*, 15, 1–7.

Huizink, A. C., Delforterie, M. J., Scheinin, N. M., Tolvanen, M., Karlsson, L., & Karlsson, H. (2016). "Adaption of pregnancy anxiety questionnaire–revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2." *Archives of Women's Mental Health*, 19, 125–132.

İbici Akça, E., Gökbulut, N., & Cengizhan, S. Ö. (2023). "The effects of MBSR programme on prenatal comfort and fetal health anxiety in pregnant women." *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 41(5), 449–463. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2227219>, Erişim Tarihi: 22.05.2024

Jefferson, R., Slyter, M., & Sieger, M. (2020). "Parenting interventions and self-compassion: A systematic review." *Journal of Child and Family Studies*, 29(8), 2115–2130. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01733-w>, Erişim Tarihi: 22.01.2024

Jin, Y., Wu, Y., & Li, J. (2022). "Midwife empathy and its association with the childbirth experience: A cross-sectional study." *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 960. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05246-w>, Erişim Tarihi: 20.02.2024

Johansson, M., Eriksson, K., & Lindström, B. (2022). "The role of self-compassion, social support, and resilience in managing stress: Implications for maternal mental health." *Journal of Clinical Psychology*, 78(5), 987–999. <https://doi.org/10.1002/jclp.23345>, Erişim Tarihi: 12.04.2024

Kafes, A. Y. (2021). "Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış." *Humanistic Perspective*, 3(1), 186–194.

Kara, F., Dağdeviren, N., & Aydın, S. (2012). "Yozgat ili merkez ilçede yaşayan gebelerde sosyoekonomik ve demografik faktörlerin değerlendirilmesi." *Cumhuriyet Medical Journal*, 34(4), 444–450. <https://cmj.cumhuriyet.edu.tr>, Erişim Tarihi: 22.01.2024

Karabulut, G., Yıldız, A., & Aydın, H. (2022). "Needs-based education program reduces anxiety in multiparous women during pregnancy: A randomized controlled trial." *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 548. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04620-3>, Erişim Tarihi: 07.08.2024

Kaya Bayırlıoğlu, E., Baş Durdu, C., & Balçık Çolak, M. (2023). "Ebelikte geleneksel ve tamamlayıcı uygulamalara bakış." *Derleme Makalesi Review*, 4(3), 233–244.

Keleş, M. G., Taşpınar, A., & Altınkaya, Ö. (2020). "Özel durumlara sahip ebeveynlerin doğum sonrası yeni hayata uyumları ve ebelerin sorumlulukları." *KSU Medical Journal*, 15(2), 94–100.

Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Hoernig-Franz, I., Wesselmann, U., Luedorff, K., & Suslow, T. (2009). "Psychological impact on women after second and third trimester

termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth—a 14-month follow up study.” *Archives of Women’s Mental Health*, 12, 193–201.

Kesmodel, U. S. (2018). “Cross-sectional studies—what are they good for? *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*,” 97(4), 388–393.

Klerman, L. V. (2000). “The intendedness of pregnancy: a concept in transition.” *Maternal and Child Health Journal*, 4, 155–162.

Kumar, S., & Gilbody, S. (2009). “A systematic review of self-help interventions for depression and anxiety in pregnancy.” *BMC Psychiatry*, 9, 27. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9->, Erişim Tarihi: 11.06.2024

Kumar, S. A., Franz, M. R., DiLillo, D., & Brock, R. L. (2023). “Promoting resilience to depression among couples during pregnancy: The protective functions of intimate relationship satisfaction and self-compassion.” *Family Process*, 62(1), 387–405.

Kurtoğlu, M., & Başgöl, Ş. S. (2021). “Koruyucu faktör olarak öz-şefkat üzerine bir derleme çalışması.” *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 10(1), 56–65.

Küçük, M. (2020). “Yetişkinlerin öz-şefkat, bağlanma stilleri ve psikolojik iyi oluş özelliklerinin incelenmesi” (Yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).

Lathren, C. R., VanderWeele, T. J., & Drury, S. S. (2021). “Self-compassion and mental health in perinatal women: A systematic review.” *Journal of Affective Disorders*, 295, 307–318. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.031>, Erişim Tarihi: 14.04.2023

Leach, L. S., Poyser, C., Cooklin, A. R., & Giallo, R. (2014). “Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review.” *Journal of Affective Disorders*, 190, 675–686.

Lupattelli, A., Nordeng, H., & Hämeen-Anttila, K. (2014). “Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy.” *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 11(2), 297–306. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.06.003>, Erişim Tarihi: 14.03.2024

Marengo, E., Martino, D. J., Igoa, A., Scápola, M., Fassi, G., Baamonde, M. U., & Strejilevich, S. A. (2015). “Unplanned pregnancies and reproductive health among women with bipolar disorder.” *Journal of Affective Disorders*, 178, 201–205.

McCauley, K., Elsom, S., Muir-Cochrane, E., & Lyneham, J. (2011). “Midwives and assessment of perinatal mental health.” *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(7), 603–610. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01727>, Erişim Tarihi: 11.02.2024

Millner, A. J., Robinaugh, D. J., & Nock, M. K. (2020). “Advancing the understanding of suicide: The need for formal theory and rigorous descriptive research.” *Trends in Cognitive Sciences*, 24(9), 704–716.

Mitchell, A. E., Whittingham, K., Steindl, S., & Kirby, J. (2018). “Feasibility and acceptability of a brief online self-compassion intervention for mothers of infants.” *Archives of Women’s Mental Health*, 21, 553–561.

Moges, A., Tadesse, M., & Andualem, M. (2020). “Prevalence of unintended pregnancy and associated factors among pregnant women in Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018.” *BMC Research Notes*, 13(1), 218. <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05057->, Erişim Tarihi: 20.01.2024

Moges, Y., Worku, S. A., Niguse, A., & Kelkay, B. (2020). “Factors associated with the unplanned pregnancy at Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018.” *Journal of Pregnancy*, 2020(1), 2926097.

Mohebbi-Dehnavi, Z., et al. (2023). “The effect of antenatal education on health anxiety and neonatal outcomes: A randomized controlled trial.” *Journal of Education and Health Promotion*, 12, 58. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39143475/>, Erişim Tarihi: 23.03.2024

Moller, J.-J. K., Jespersen, E., Lindahl-Jacobsen, R., & Ahrenfeldt, L. J. (2020). “Associations between perceived information needs and anxiety/depressive symptoms among cancer caregivers: A cross-sectional study.” *Journal of Psychosocial Oncology*, 38(2), 171–187. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1678323>, Erişim Tarihi: 13.11.2023

Moyer, C. A., Compton, S. D., Kaselitz, E., & Muzik, M. (2020). “Pregnancy-related anxiety during COVID-19: A nationwide survey of 2740 pregnant women.” *Archives of Women’s Mental Health*, 23, 757–765.

Mulat, S., Fekadu, M., Abera, H., Bekele, G., & Bedaso, A. (2017). “Prevalence of unplanned pregnancy and associated factors among mothers attending antenatal care at Hawassa City Public Hospitals, Hawassa, SNNPR, Ethiopia.” *Ethiopia J Women’s Health Care*, 6(387), 2167–0420.

Muramoto, M., Kita, S., Tobe, H., Ikeda, M., & Kamibeppu, K. (2022). “The association between self-compassion in the postnatal period and difficult experiences with COVID-19 pandemic-related changes during pregnancy: An observational study for women at 1-month postnatal in Japan.” *Japan Journal of Nursing Science*, 19(4), e12494.

Nacar, G., Ünver, H., Derya, Y. A., & Taşhan, S. T. (2018). “Prenatal tarama testleri yaptıranın gebelik anksiyetesine etkisi.” *Annals of Health Sciences Research*, 7(2), 35–40.

Neff, K. D. (2003). “The development and validation of a scale to measure self-compassion.” *Self and Identity*, 2(3), 223–250.

Neff, K. D. (2023). “Self-compassion: Theory, method, research, and intervention.” *Annual Review of Psychology*, 74(1), 193–218.

Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2013). “The role of self-compassion in romantic relationships.” *Self and Identity*, 12(1), 78–98. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.639548>, Erişim Tarihi: 02.05.2023

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). “A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program.” *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>

Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). “Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults.” *Self and Identity*, 9(3), 225–240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>, Erişim Tarihi: 05.08.2024

Nelson, H. D., Darney, B. G., Ahrens, K., Burgess, A., Jungbauer, R. M., Cantor, A., Atchison, C., Eden, K. B., Goueth, R., & Fu, R. (2022). “Associations of unintended pregnancy with maternal and infant health outcomes: A systematic review and meta-analysis.” *JAMA*, 329(9), 765–776. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.19097>, Erişim Tarihi: 09.05.2024

Nikkhesal, N., Nourizadeh, R., Dastgiri, S., & Mehrabi, E. (2018). “The factors affecting women’s decision about unplanned pregnancy: A hierarchical modeling strategy.” *Int J Womens Health Reprod Sci*, 6(4), 483–490.

Nurseven şimşek, H., Demirci, H., & Bolsoy, N. (2018). “Sosyal destek sistemleri ve ebelik.” *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 97–103.

O’Donnell, K. J., Bugge Jensen, A., Freeman, L., Khalife, N., O’Connor, T. G., & Glover, V. (2009). “Maternal prenatal anxiety and downregulation of placental 11 β -HSD2.” *Psychoneuroendocrinology*, 37(6), 818–826.

Oftedal, O. T. (2018). “Pregnancy and lactation.” In *Bioenergetics of wild herbivores* (pp. 215–238). CRC Press.

Pallitto, C. C., García-Moreno, C., Jansen, H. A., Heise, L., Ellsberg, M., & Watts, C. (2013). “Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence.” *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(1), 3–9.

Papini, N. M., Mason, T. B., Herrmann, S. D., & Lopez, N. V. (2022). “Self-compassion and body image in pregnancy and postpartum: a randomized pilot trial of a brief self-compassion meditation intervention.” *Body Image*, 43, 264–274.

Pehlivanoğlu, E. (2015). “Riskli gebelerde gebeliğe uyumun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi (Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi).” YÖK Tez Merkezi.

Pınar, S. (2022). “Perinatal depresyon, yönetimi ve ebelik bakımı: Literatür derlemesi.” Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1), 42–51. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7358824>, Erişim Tarihi: 20.10.2024

Roca, A., Imaz, M. L., Torres, A., Plaza, A., Subirà, S., Valdés, M., & Garcia-Esteve, L. (2013). “Unplanned pregnancy and discontinuation of SSRIs in pregnant women with previously treated affective disorder.” *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 807–813.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). “Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women.” *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

Sawhill, I. V., & Guyot, K. (2019). “Preventing unplanned pregnancy: Lessons from the states.” *Economic Studies at Brookings*.

Sezgin, D., & Kartal, Y. A. (2021). “Gebelik döneminde kanıta dayalı yaklaşımların güncel rehberler doğrultusunda incelenmesi.” *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 92–107.

Shapiro, G. D., Séguin, J. R., Muckle, G., Monnier, P., & Fraser, W. D. (2017). “Previous pregnancy outcomes and subsequent pregnancy anxiety in a Quebec prospective cohort.” *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(2), 121–132.

Shen, Q., Huang, C.-R., Rong, L., Redding, S. R., Ooyang, Y.-Q., & Wang, R. (2022). “Prenatal education reduces perinatal psychological distress: Evidence from China.” *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(301), 2. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04658-6>, Erişim Tarihi: 16.09.2023

Siegel, R. B. (2020). “The pregnant citizen, from suffrage to the present.” *Amendment Special Edition Geo. LJ*, 19, 167.

Silva, D. R., Lima, M. C., Osório, F. L., & Crippa, J. A. S. (2018). “Association between perceived social support and psychological outcomes in pregnant women.” *Midwifery*, 65, 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.003>, Erişim Tarihi: 11.02.2024

Sinesi, A., Maxwell, M., O’Carroll, R., & Cheyne, H. (2019). “Anxiety scales used in pregnancy: Systematic review.” *BJPsych Open*, 5(1), e5.

Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). “Generalized anxiety disorder.” *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059–2068.

Steen, M., Etman Othman, S. M., Briley, A., Vernon, R., Hutchinson, S., & Dyer, S. (2022). “Self-compassion education for healthy professionals (nurses and midwives): Protocol for a sequential explanatory mixed methods study.” *JMIR Research Protocols*, 11(1), e34372. <https://doi.org/10.2196/34372>, Erişim Tarihi: 18.08.2024

Şahin, M. (2019). “Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları.” *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117–135.

Şenoğlu, A., Çoban, A., & Karaçam, Z. (2019). “İstenmeyen gebelikler ve isteyerek yapılan düşüklerin değerlendirilmesi.” *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(4), 300–305.

Ueno, Y., Kako, M., Ohira, M., & Okamura, H. (2020). “Shared decision-making for women facing an unplanned pregnancy: A qualitative study.” *Nursing & Health Sciences*, 22(4), 1186–1196.

Uğurlu, M., & Vural, G. (2020). “Gebelik ve COVID-19 Enfeksiyonu.” *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(3), 273–278.

Üst, Z., Pasinlioğlu, T., & Özkan, H. (2013). “Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi.” *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 110–115. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2661/34504>, Erişim Tarihi: 21.09.2023

Van den Bergh, B. R. H. (1990). “The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior.” *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology and Health*, 5(2), 119.

Van den Bergh, B. R. H., van den Heuvel, M. I., Lahti, M., Braeken, M., de Rooij, S. R., Entringer, S., & Schwab, M. (2017). “Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy.” *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 117, 26–64.

Van den Heuvel, A., Chitty, L. S., Dormandy, E., Newson, A. J., Deans, Z., Attwood, S., & Marteau, T. M. (2015). “Routinely offering non-invasive prenatal testing: Interviews with pregnant women about their attitudes and likely uptake.” *PLOS ONE*, 10(7), Article e0130531. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130531>, Erişim Tarihi: 05.05.2024

Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2008). “The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies.” *Annals of Internal Medicine*, 147(8), 573–577. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010>, Erişim Tarihi: 07.07.2023

Whittingham, K., & Mitchell, A. E. (2023). “Postnatal traumatic symptoms and shame: A cross-sectional study examining the role of birth, breastfeeding, psychological flexibility and self-compassion.” *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 248–255.

World Health Organization (WHO). (2018). “Unintended pregnancy and abortion worldwide: Global estimates.” World Health Organization. <https://www.who.int>, Erişim Tarihi: 18.10.2024

World Health Organization (WHO). (2023). “Unintended pregnancy [Web sayfası].” <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/unintended-pregnancy>, Erişim Tarihi: 17.05.2023

Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2016). “The protective role of self-compassion on risk factors for non-suicidal self-injury in adolescence.” *School Mental*

Health, 8(4), 476–485. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9197-9>, Erişim Tarihi: 16.07.2023

Yanikkerem, E., Ay, S., & Ciftci, F. (2008). “Women’s attitudes and behaviors regarding prenatal care and maternal–fetal attachment.” *Midwifery*, 25(6), e95–e103. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.01.002>, Erişim Tarihi: 25.08.2024

Yanikkerem, E., Ay, S., & Karadeniz, G. (2012). “Planned and unplanned pregnancy: Effects on health practice and depression during pregnancy.” *Japan Journal of Nursing Science*, 9(1), 34–43. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2012.01958.x>, Erişim Tarihi: 05.08.2024

Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). “Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being.” *Self and Identity*, 12(2), 146–159. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649545>, Erişim Tarihi: 11.06.2024

Yaşar, H., & Alp Dal, N. (2022). “Gebelikte algılanan sosyal desteğin doğum sonu konforla ilişkisi.” *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 31(1), 29–35.

Yeatman, S., & Smith-Greenaway, E. (2021). “Women’s health decline following (some) unintended births: A prospective study.” *Demographic Research*, 45, 547.

Yılmaz, A. N. (2021). “Haptonomi ve sanal gerçeklik uygulamasının plansız gebeliklerde anksiyete, bağlanma ve gebeliğin kabulüne etkisi: Bebeği hayal edebilmek” (Doktora tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya).

Yusof, M., Abdul Samad, A., Omar, M., & Ahmad, N. A. (2018). “Unplanned pregnancy and its associated factors.” *Global Journal of Health Science*, 10(8), 132.

Yüksel Yeşilçınar, S., & Acavut, G. (2023). “Gebelerde anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi.” *Kadın Sağlığı Dergisi*, 19(1), 45–52.

Zainiyah, Z., & Susanti, E. (2020). “Anxiety in pregnant women during coronavirus (Covid-19) pandemic in East Java, Indonesia.” *Immunity*, 6, 7.

Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Alavi-Majd, H., & Nikanfar, A. R. (2015). “Design and implementation content validity study: Development of an instrument for measuring patient-centered communication.” *Journal of Caring Sciences*, 4(2), 165–178. <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.017>, Erişim Tarihi: 25.08.2023

EKLER

EK-1. Epidemiyolojide gözlemsel çalışmaların raporlanmasının güçlendirilmesi (strobe) kontrol listesi(strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (strobe) checklist)

Madde No	Madde	Öneri	Raporlanan Sayfa Numarası
1	Başlık ve Özet	(a) Çalışmanın tasarımını başlık veya özette yaygın/genel kullanılan bir kelime/ terim ile belirtin	Başlıkta yer verilmiştir.
		(b) Özet için, çalışmada ne yapıldığına-ne bulunduğu ilişkin bilgilendirici bir kısa metin oluşturun	iii- ix
2	Bilimsel Çerçeve/ Gerekçe	Raporlanan çalışmanın bilimsel arka planını/çerçevesini ve gerekçesini açıklayın	1-4 19-23
3	Amaçlar	Daha önce belirlenmiş hipotezler de dâhil olmak üzere, özgün amaçları belirtin	iii-ix 19-23
4	Çalışma Tasarımı	Çalışma tasarımına ait temel unsurları makalenin başlarında sunun.	iii-ix 1-4
5	Çalışma Düzeni/planı/akışı	Çalışmaya araştırma tasarımı, dâhil etme kriterleri, maruziyet durumları, takip durumu, veri toplama dönemleri belirtilmek/detaylandırılmak üzere çalışmanın yapıldığı ortamları/yerleri ve tarihleri açıklayın.	iii-ix 24-30
6	Katılımcılar	(a) Kohort Çalışması- Katılımcıların çalışmaya alınma kriterlerini, seçim yöntemini, kaynaklarını açıklayın. Takip durumunu tarif edin. Vaka-kontrol çalışması- Vaka ve kontrol gruplarının seçim yöntemlerini, kaynaklarını ve uygunluk kriterlerini açıklayın. Vaka ve kontrol gruplarının seçilme gerekçelerini belirtin. Kesitsel çalışma- Katılımcıların çalışmaya alınma kriterlerini, seçim yöntemini, kaynaklarını ve takip durumunu açıklayın.	19-24

EK-1 (DEVAMI) Epidemiyolojide gözlemsel çalışmaların raporlanmasının güçlendirilmesi (strobe) kontrol listesi(strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (strobe) checklist)

7	Değişkenler	Tüm sonuçları, maruziyetleri, önsel tahmin edilen değişkenleri, potansiyel etki karıştırıcı ve etki değiştirici değişkenleri, açık olarak tanımlayın. Varsa tanı kriterlerini belirtin.	19
8	Veri Kaynakları / Ölçümler	İlgili her değişken için, veri kaynaklarını ve değerlendirme yöntemlerinin ayrıntılarını belirtin. Eğer birden fazla grup varsa, yöntemlerin karşılaştırılabilir olup olmadığını açıklayın.	19-24
9	Yanlılık/Taraf Tutma	Potansiyel yanlılıkları ve yanlılık kaynaklarını çözmeye yönelik çabaları tanımlayın	-
10	Örneklem Büyüklüğü	Örneklem büyüklüğüne nasıl ulaşıldığını açıklayın	19
11	Nicel/ Kantitatif Değişkenler	Nicel/Kantitatif değişkenlerin çalışmada nasıl ele alındığını açıklayın. Varsa hangi gruplandırmaların nasıl ve neden yapıldığını açıklayın	23-33
12	İstatistik Yöntemler	(a) Karıştırıcı faktörlerin kontrolü için kullanılan yöntemler de dahil olmak üzere, kullanılan tüm istatistik yöntemleri açıklayın. (b) Alt grupları ve grupların etkileşim etkisine yönelik kullanılan tüm yöntemleri tanımlayın c) Eksik verilerin nasıl ele alındığını açıklayın (d) Kohort çalışma—Eğer varsa takipler sırasındaki veri kayıplarının nasıl ele alındığını açıklayın Vaka kontrol çalışması—Eğer varsa vaka kontrol eşleşmelerinin nasıl ele alındığını açıklayın Kesitsel çalışma—Eğer varsa örnekleme yöntemini dikkate alan, istatistik yöntemleri açıklayın.	22-33
13	Katılımcılar	(a) Çalışmanın her aşamasındaki kişi sayısını belirtin - örn. potansiyel olarak uygun kişi sayısı, uygunluk için değerlendirilen kişi sayısı, uygunluğu doğrulanan kişi sayısı, çalışmaya dâhil edilen kişi sayısı, takibi tamamlanan ve analiz edilen kişi sayısı	19-22
		(b) Çalışmanın her aşaması için katılamama sebeplerini belirtin	19
		(c) Bir akış şeması (diyagramı) kullanmayı düşünün	-
14	Tanımlayıcı Veriler	(a) Çalışmaya dâhil olan katılımcıların özellikleri (demografik, klinik, sosyolojik), maruziyetleri ve olası karıştırıcı değişkenleri hakkında bilgi verin (b) İlgili her değişken için eksik verisi olan katılımcıların sayısını belirtin c) Kohort çalışma—Takip süresini özetleyin (ör. Ortalama ve toplam süre)	19

Ek 2- Tanımlayıcı Bilgi Formu

Sayın Katılımcı, Gebelerdeki mevcut öz-şefkat düzeyinin plansız gebeliklerde anksiyete, bağlanma ve gebeliğin kabulüne etkisini değerlendirmek amacıyla çalışma yapılmaktadır. Verdiğiniz bilgiler araştırma amacı dışında kullanılmayacaktır.

Adınız ve telefon numaranız daha sonra size ulaşabilmek için gerekmektedir, başka amaçla kullanılmayacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız nedir?.....
2. Öğrenim Durumunuz nedir? a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite ve üzeri
3. 3. Gebe kalmadan önce ki kilonuz nedir? kg Boyunuz kaç cm dir?
.....cm Gebeliğiniz sürece kaç kilo aldınız? kg
4. Eşinizin yaşı nedir?
5. Eşinizin eğitim durumu nedir? 52 a) İlk okul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite ve üzeri
6. Çalışma durumunuz nedir? a) Evhanımı b) Memur c) İşveren d) İşçi e) Diğer.....
7. Eşinizin mesleği nedir? a) Memur b) İşveren c) İşçi d) Serbestmeslek e) Diğer..... f) Çalışmıyor
8. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız? a) Gelir giderden düşük b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla
9. Kaç haftalık gebesiniz?.....
10. Toplam gebelik sayınız kaç?.....
11. Çocuğunuz var mı? a) Evet ise sayısı b) Hayır
12. Canlı doğum sayınız kaç?..... Düşük/Küretaj sayısı:
13. Gebeliğiniz planlı bir gebelik mi? a) Evet b) Hayır
14. Gebeliğiniz hakkında ne düşünüyorsunuz? a) Gebeliğime devam etmek istiyorum b) Gebeliğimi sonlandırmak istiyorum c) Kararsızım
15. Eşinizin bu gebelik hakkındaki düşüncesi nedir? a) İstemiyor b) İstiyor c) Kararsız
16. Gebe kalmadan önce herhangi bir korunma yöntemi kullandınız mı? a) Evet ise hangi yöntemleri kullandınız? b)Hayır
17. Daha önceki gebeliklerinizde plansız gebeliğiniz oldu mu? Oldu ise gebelik nasıl sonlandı? (Birden fazla gebeliği olanlar için)
a) Evet (○ Doğum ○ Düşük ○ Kürtaj) b) Hayır
18. Gebeliğinizi sonlandırmak için bir girişimde bulundunuz mu? a) Hayır bir girişimde bulunmadım b) Düşündüm ancak hiç bir girişimde bulunmadım c) Düşürmek için

Ek 3- Londra Plansız Gebeliği Belirleme Ölçeği (LPGBÖ)

Aşağıda, gebe kaldığınız zamandaki durumunuz ve duygularınız hakkında bazı sorular bulunmaktadır. Lütfen aşağıdaki soruları cevaplarken şu anki (veya en son) gebeliğinizi düşünün.

Lütfen size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1- Gebe kaldığım ayda

- ☐ Ben ya da eşim gebeliği önleyici bir yöntem kullanmadık.
- ☐ Ben ya da eşim gebeliği önleyici bir yöntem kullanıyorduk, ama bu yöntemi her cinsel ilişki de kullanmıyorduk.
- ☐ Ben ya da eşim gebeliği önleyici bir yöntem kullandık, ama bu yöntem en az bir kez başarısız oldu (kırıldığı, çıktığı yada çalışmadığı gibi)
- ☐ Ben ya da eşim her zaman gebeliği önleyici bir yöntem kullandık.

2-Anne olma konusunda (ilk kez ya da yeniden) gebeliğimin.....

- ☐ Doğru zamanda olduğunu düşünüyorum
- ☐ Evet, ama tamda doğru zamanda olmadığını düşünüyorum
- ☐ Yanlış zamanda olduğunu düşünüyorum

3- Gebe kalmadan önce, ...

- ☐ Gebe kalmayı istedim.
- ☐ Gebe kalma konusunda kararsızdım.
- ☐ Gebe kalmak istemedim.

4- Gebe kalmadan önce, ...

- ☐ Bebek sahibi olmak istedim.
- ☐ Bir bebek sahibi olma konusunda kararsızdım.
- ☐ Bebek sahibi olmak istemedim.

Bir sonraki soruda, eşiniz hakkında sorular soruyoruz - bu, eşiniz, beraber yaşadığınız partneriniz ya da erkek arkadaşınız olabilir.

5- Gebe kalmadan önce

- ☐ Eşim/Partnerim ve ben hamile kalmam konusunda karar vermiştik.
- ☐ Eşim/Partnerim ve ben birlikte çocuk sahibi olma konusunu konuşmuştuk ancak çocuk sahibi olmaya karar vermemiştik.
- ☐ Çocuk sahibi olma konusunda birlikte hiç konuşmadık.

Ek-4 Gebelikle İlişkili Anksiyete Ölçeği

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Doğumum hakkında endişeliyim	1	2	3	4	5
2. Doğum sancıları ve doğum sırasındaki ağrı konusunda endişeliyim.	1	2	3	4	5
3. Doğumdan sonra vücudumun eski halini alamayacağı gerçeğine ilişkin endişeliyim	1	2	3	4	5
4. Bazen bebeğimizin hastalıklı ya da hastalıklara yatkın olacağını düşünüyorum	1	2	3	4	5
5. Çirkin görünüşüm hakkında endişe yaşıyorum.	1	2	3	4	5
6. Doğumda kontrolümü kaybetmekten endişeliyim ve çılgılık atacağımdan korkuyorum	1	2	3	4	5
7. Aldığım fazla kilolar konusunda endişeliyim.	1	2	3	4	5
8. *Daha önce hiç doğum deneyimim olmadığı için doğum konusunda endişeliyim.	1	2	3	4	5
9. Bebeğimizin zihinsel engelli olmasından ya da beyin hasarı yaşamasından korkuyorum	1	2	3	4	5
10. Bebeğimizin ölü doğmasından ya da doğumda veya hemen sonrasında ölmesinden korkuyorum.	1	2	3	4	5
11. Bebeğimizin fiziksel bir özrü ya da dış görünüşünde bir problemi olmasından korkuyorum	1	2	3	4	5

Ek -5 Öz Anlayış Ölçeği

	1 hemen hemen hiç bir zaman	2 nadiren	3 Ara sıra	4 çoğu zaman	5 hemen hemen her zaman
1.Kendimikötühissettiğimde,kötüolanherşeyetakılmaeğilimimvardır.	1	2	3	4	5
2.İşler benimiçinkötügittiğindezorluklarıyaşamı nbirparçasıolduğunuveherkesinbu zorluklarıyaşadığını görebilirim.	1	2	3	4	5
3.Yetersizliklerimidüşünmekkendimidaha yalnızvedünyadankopukhissetmemeneden olur.	1	2	3	4	5
4.Duygusalolarakacıyaşadığımdurumlarda kendimesevgiyleyaklaşmayaçalışırım.	1	2	3	4	5
5.Benimiçinönemlibirşeydebaşarısızolduğ umda,yetersizlikhisleriyle tüketirim.	1	2	3	4	5
6.Kötü hissettiğimde,dünyadabenimgibikötühisse den pek çok kişiolduğunukendikendimehatırlatırım.	1	2	3	4	5
7.Zorzamanlar geçirdiğimde kendimedaha katı(acımasız)olmaeğilimindeyim.	1	2	3	4	5
8.Herhangibirşey beniüzdüğündehislerimidengedetutmayaça lışırım.	1	2	3	4	5
9. Kendimi bir şekilde yetersiz hissettiğimde kendi kendime birçok insanın aynı şekilde kendi hakkında yetersizlikduygularıyaşadığınıhatırlat maya çalışırım.	1	2	3	4	5
10.Kişiliğiminsevmediğimyanlarınakarşılı şoşgörüsüzvesabırsızım.	1	2	3	4	5
11.Çok sıkıntılıysam,kendimeihtiyacımolanilgiveş efkatigösteririm	1	2	3	4	5
12.Kendimikötühissettiğimdediğeriinsanlar ınçoğununbendenmutluolduğunudüşünme eğilimindeyim.	1	2	3	4	5
13.Acıveren birşey olduğunda,durumudengelibirbakışaçısıyla görmeyeçalışırım.	1	2	3	4	5
14.Başarısızlıklarımıinsan olmanın bir parçasıolarakgörmeyeçalışırım.	1	2	3	4	5
15.Sevmediğimyanlarıımıgördüğümdekend ikendimiüzerim.	1	2	3	4	5
16.Benimiçinönemlibirşeydebaşarısız olduğumda,işleribellibir bakışaçısıiçerisinde tutmayaçalışırım.	1	2	3	4	5
17.Ben mücadelehalindeykendiğerherkesin	1	2	3	4	5

EK-5 (DEVAMI) Öz Anlayış

ölçeği

işlerininbenimkinden

kolaygittiğinihissetmeeğilimimvardır.

18.Acıçektđiđimizamanlarda,	1	2	3	4	5
-----------------------------	---	---	---	---	---

kendimekarşıiyiyimdir.

19.Birşeybeniüzdüğünde,duygusalolarak	1	2	3	4	5
---------------------------------------	---	---	---	---	---

bunu abartırım.

20.Acıçektđiđimdurumlardakendimekarşıbı	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

rparçadahasoğukkanlıolabilirim.

21.Kendikusurveyetersizliklerimekarşıhoş	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

görölüyümdür.

22.Aciveren	1	2	3	4	5
-------------	---	---	---	---	---

birşeyolduğunda,olayıbüyütmeeğilimimva
rdır.

23. Benimiçinönemlibirşeyde başarısız	1	2	3	4	5
---------------------------------------	---	---	---	---	---

olduğumda,

başarısızlığınıyalnızbenimbaşımageldiğidu
ygusunu

hissetmeeğilimindeolurum.

24.Kişıliğiminsevmediğimyönlerinekarşıa	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

nlayışlivesabırlıolmaya çalışırım.