

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

RİSKLİ GEBELERDE GEBELİĞE UYUMUN VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma PEHLİVANOĞLU

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ

İZMİR

2015

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**RİSKLİ GEBELERDE GEBELİĞE UYUMUN VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
PROGRAMI**

Yüksek Lisans Tezi

Fatma PEHLİVANOĞLU

DANIŞMAN

Yard. Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ

İZMİR

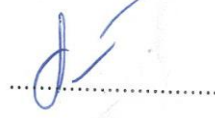
2015

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan : Yard. Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ
(Danışman)



Üye : Doç Dr. Şenay Ünsal Atan



Üye :Yard. Doç. Dr. Selma ŞEN



Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 01.12.2015

ÖNSÖZ

Araştırmamın planlanması ve yürütülmesinin her aşamasında benim yanımda olan, gerek bilimsel gerek özel desteğini gördüğüm danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ' ye,

Lisansüstü eğitimim sırasında bilgi ve becerilerinden faydalanarak çok şey öğrendiğim hocam Sayın Doç. Dr. Şenay ÜNSAL ATAN'a,

Görüş ve önerilerini esirgemeyerek tezime katkıda bulunan Sayın Yard. Doç. Dr. Selma ŞEN'e,

Araştırmamın uygulanmasına olanak sağlayan İzmir Kamu Hastaneler Birliği Güney Sekreterliği Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi ve İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Perinatoloji Servisi yetkililerine ve hemşire arkadaşlarıma,

Çalışmaya katılma nezaketinde bulunan gebelere,

Eğitimim boyunca benden fedakarlıklarını eksik etmeyen, zorlukları göğüslememde bana her zaman yardımcı olan, kendimi onların çocukları olarak çok şanslı gördüğüm, babam Nazif PEHLİVANOĞLU, annem Selver PEHLİVANOĞLU ve biricik kardeşim Habibe PEHLİVANOĞLU'na,

ÇOK TEŞEKKÜR EDERİM...

İzmir, 2015

Fatma PEHLİVANOĞLU

ÖZET

RİSKLİ GEBELERDE GEBELİĞE UYUMUN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Riskli gebelerde gebeliğe uyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi postpartum dönemde gebelikte karşılaşılabilecek problemlerin giderilmesinde ve önlenmesinde yol gösterilecektir. Bu tanımlayıcı ve kesitsel araştırma, riskli gebelerin gebeliğe uyumunu ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evreni; İzmir Kamu Hastaneler Birliği Güney Sekreterliği Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Servisi'nde ve İzmir Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Servisi'nde tedavi gören riskli gebelerden oluşmaktadır (N: 2235) Araştırmanın örneklemini; belirtilen hastanelerdeki bir önceki yıla ait riskli gebe sayısı göze alınarak Evreni Bilinen Örneklem Formülü ile belirlenen 479 riskli gebeden oluşmuştur.

Araştırma verileri; Mart 2014- Mart 2015 tarihlerinde toplanmıştır. Araştırma kapsamına, izinli hastanelerde riskli gebelik tanısı ile tedavi gören ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan, Türkçe konuşan, araştırmaya katılmaya gönüllü gebeler alınmıştır.

Veri toplama aracı olarak; Gebe Tanılama Formu, Prenatal Kendini Değerlendirme Formu (PKDÖ) ve Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) kullanılmıştır.

Araştırma verilerinin analizi, bilgisayarda Statistical Package for Social Science (SPSS) 16.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amacına uygun olarak verilerin analizinde; sayı, yüzde, Student t test, Varyans analizi, Mann Whitney U analizi, Kruskal Wallis Varyans analizi ve Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışma sonucunda, riskli gebelerde, gebenin tedavi gördüğü hastane, yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, eşin eğitim durumu ve çalışma durumu, medeni durumu, evlilik yılı, sosyal güvence varlığı, aile tipi, gelir durumu, gebelerin eşlerinin eğitim durumu, eşlerin çalışma durumu, eşlerin gebeliğe karşı tutumu, gebelik sayısı, doğum sayısı, gebeliğin planlı olması, gebelik haftası, önceki gebelik problemi, kronik hastalığının olup olmaması ve prenatal bağlanma ile PKDÖ

ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmada PKDÖ ve PBE arasında yapılan korelasyon analizinde; iki ölçek arasında negatif yönde düşük bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,457$, $p<0.05$). Bu bulguya göre, PKDÖ puanı azaldıkça PBE puanı artmaktadır. Buna göre, gebeliğe uyum arttıkça, bağlanma da artmaktadır.

Bu çalışmanın sonucunda; riskli gebelerde gebeliğe uyumu birçok faktörün etkilendiği bulunmuştur. Hemşireler, riskli gebelerde gebeliğe uyumu arttırarak, gebelik ve doğum sonrasında oluşan problemlerin azalmasını sağlayabilirler.

Anahtar kelimeler; Gebeliğe uyum, Bağlanma, Prenatal kendini değerlendirme

ABSTRACT (İNGİLİZCE ÖZET)

DETERMINATION OF THE ADAPTION TO PREGNANCY AND AFFECTING FACTORS IN HIGH RISKY PREGNANCY

This study will be a guide to identify, to eliminate and to prevent the issues which be faced in the post-partum period. To determine the adaption to the pregnancy and the factors which affect it in the high risky pregnancy, descriptive and cross-sectional researches were done.

Izmir Association of Public Hospitals South Secretariat, Katip Çelebi University Atatürk Training and Research Hospital Obstetric Services and Izmir Association of Public Hospitals Northern Secretariat, Tepecik Training and Research Hospital Perinatology Services were selected as the universe of the study (N: 2235). 479 pregnancies at risk, which determined by the A Sample Selection Formula with the concern of the previous years' number of the risky pregnancies at the hospitals in point, were recruited in this study.

The research data was collected between March 2014 and March 2015 period. The criterions to participate the study are; to have high risky pregnancy treatment in the permitted hospitals for the study, not having any mental illness, being able to understand and speak in Turkish, becoming a volunteer to participate to the research.

Pregnant Identification Form, Prenatal Self-Evaluation Questionnaire (PSEQ) and Prenatal Attachment Inventory (PAI) are used as the data collection instruments.

Statistical Package For Social Science (SPSS), 16,0 software package, were used to analyse the survey. Number, percentage, Student's t-test, Variance analysis, Mann Whitney U test, Kruskal-Wallis Variance analysis and the correlation analysis were applied to analyses the data.

As a result of the research, there is a statistically significant difference between the average rate of PSEQ and subscales, the hospital, age, educational status, employment status, marital status, the length of marriage, health insurance, family type, income class/wealth, the educational and the employment status of the partner, number of pregnancy, number of labour, the attitudes of the partner towards pregnancy, whether it is a planned pregnancy, gestational week, previous pregnancy problems, whether woman have any the chronic illness and prenatal attachment ($p<0,05$).

In the study, a low negative correlation was found between PSEQ and PAI ($r=-0,457$, $p<0.05$). According to this result, when PSEQ score decrease, PAI score increase. With reference to, the results showed that adaptation of pregnancy increase with growing attachment of pregnancy.

As a result of this study; there are many factors which influence the adaption to pregnancy in high risky pregnancy. To increase the acceptance of pregnancy in high risky pregnancy, nurses can provide a reduction of the problems which occur during pregnancy and postpartum period.

Key words: Adaption to the pregnancy, Attachment, Prenatal self-evaluation



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Önsöz	
Özet	I
Abstract (İngilizce Özet)	III
İçindekiler.....	V
1.Giriş	1
1.1 Araştırmanın Konusu	1
1.2 Araştırmanın Amacı	3
1.3 Araştırmanın Hipotezleri	3
1.4 Sayıtlılar	4
1.5 Araştırmanın Önemi	4
1.6 Genel Bilgiler	8
1.6.1 Riskli Gebelik	8
1.6.1.1. Gebelikte Risk Faktörleri	9
1.6.1.2 Gebeliği Etkileyen Sağlık Sorunları	10
1.6.1.2.1 Gebelikte Diyabet.....	10
1.6.1.2.2. Gebelikte Kalp Hastalığı	11
1.6.1.2.3. Gebelikte Renal Hastalık.....	11
1.6.1.2.4. Gebelikte Enfeksiyon Hastalıkları.....	11
1.6.1.2.5. Kan Uyuşmazlığı.....	12
1.6.1.2.6. Gebelik ve Kanser	12
1.6.1.2.7. Gebelik ve Yaş Faktörü	12
1.6.1.3. Gebelik Komplikasyonları	12
1.6.1.3.1. Erken Gebelik Komplikasyonları	12
1.6.1.3.1.1. Abortuslar	13
1.6.1.3.1.1.1. Spontan Abortus:.....	13
1.6.1.3.1.1.1.1. Abortus İmmenes	13
1.6.1.3.1.1.1.2. Abortus İnsipiens.....	14
1.6.1.3.1.1.1.3. İnkomplet Abortus.....	14

1.6.1.3.1.1.4. Komplet Abortus	14
1.6.1.3.1.1.2. Missed Abortus	14
1.6.1.3.1.1.3. Anembriyonik Gebelik (Blighted Ovum)	14
1.6.1.3.1.1.4. Habitüel Abortus	14
1.6.1.3.1.1.5. Septik Abortus.....	14
1.6.1.3.1.1.6. Uyarılmış Abortus (Inducted Abortus)	15
1.6.1.3.1.1.6.A. Terapötik Abortus.....	15
1.6.1.3.1.1.6.B. Elektif Abortus.....	15
1.6.1.3.1.1.6.C. Kriminal Abortus	15
1.6.1.3.1.1.6.D. Servikal Yetmezliğe Bağlı Abortuslar.....	15
1.6.1.3.1.2. Çoğul Gebelik	15
1.6.1.3.1.3. Erken Membran Ruptürü (EMR).....	15
1.6.1.3.1.4. Hiperemezis Gravidarum (HEG)	16
1.6.1.3.1.5. Gebelikte Hipertansif Durumlar	16
1.6.1.3.1.5.1 Gebeliğin Neden Olduğu Hipertansiyon (PIH).....	17
1.6.1.3.1.5.1.1 Preeklamsi	17
1.6.1.3.1.5.1.2 Eklamsi	18
1.6.1.3.1.5.1.3 HELLP Sendromu	18
1.6.1.3.1.6 Gestasyonel Trofoblastik Hastalık.....	18
1.6.1.3.7 Doğum Öncesi Kanamalar	18
1.6.1.3.7.1 İlk Trimester Kanamaları.....	19
1.6.1.3.7.1.1. Ektopik Gebelik	19
1.6.1.3.7.2. Son Trimester Kanamaları	19
1.6.1.3.7.2.A Ablasyo Plasenta (Plasenta Dekolmanı)	20
1.6.1.3.7.2.B Plasenta Previa	20
1.6.1.3.7.2.C Plasenta Akreata	20
1.6.1.3.7.2. Vasa Previa.....	21
1.6.2. Gebeliğe Uyumu Etkileyen Faktörler	21
1.6.2.1. Ebeveyn Olmaya Karar Verme	21
1.6.2.2. Sosyokültürel Faktörler ve Gebelik Deneyimi.....	22

1.6.2.3. Ailesel Faktörler ve Gebelik	22
1.6.2.4. Bireysel Faktörler ve Gebelik	24
1.6.2.5. Gebelik ve Evlilik İlişkisi.....	24
1.6.2.6. Gebelik ve Sosyal Destek	25
1.6.2.7. Kadının Gebeliğe Psikososyal Tepkisi ve Uyum.....	25
1.6.2.8. Baba Adayının Gebeliğe Psikososyal Tepkisi ve Uyum	29
1.6.2.9. Kardeşlerin Gebeliğe Psikososyal Tepkileri ve Uyum	30
1.6.2.10. Büyükanne-Büyükbabanın Gebeliğe Psikososyal Tepkileri ve Uyum.....	31
1.6.10 Gebeliğe Uyum ve Prenatal Bağlanma	32
1.6.3. Riskli Gebelerde Gebeliğe Uyum Ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	33
2. Gereç ve Yöntem	34
2.1 Araştırma Tipi	34
2.2 Araştırmada Kullanılan Gereçler.....	34
2.2.1 Veri Toplama Araçları	34
2.2.1.1. Gebe Tanılama Formu.....	34
2.2.1.2 Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ).....	34
2.2.1.3 Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE).....	35
2.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	35
2.4 Araştırmanın Evreni	36
2.5 Araştırmanın Örneklemi.....	36
2.6 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	36
2.7 Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	37
2.8 Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi	37
2.9 Süre ve Olanaklar	37
2.10 Etik Açıklamalar.....	38
3. Bulgular.....	39
3.1. Riskli Gebelerin Ve Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	39
3.1.1. Riskli Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri	39

3.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalaması ve Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulgular	45
4.Tartışma.....	69
4.1. Riskli Gebelerin ve Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	69
4.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarına Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	73
5. Sonuç ve Öneriler	87
5.1 Sonuç	87
5.2 Öneriler.....	87
Kaynaklar	89
Ekler	96
EK I- Gebe Tanılama Formu.....	96
EK II - Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Türkçe Formu.....	98
EK III-Prenatal Bağlanma Envanteri.....	102
EK IV-Prenatal Kendini değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni.....	103
EK V - Prenatal Bağlanma Envanteri Kullanım İzni	105
EKVI-Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurul İzin Yazısı.....	108
EKVII- İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Güney Sekreterliği İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı.....	109
EKVIII – İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı.....	110
Özgeçmiş.....	111

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Riskli Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri	39
Tablo 2. Riskli Gebelerin Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin ve Gebeliğe Karşı Tutumlarının Dağılımı	41
Tablo 3. Riskli Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı	41
Tablo 4. Riskli Gebelerin Şimdiki ve Önceki Gebeliklerindeki Problemlerin	42

Dağılımı	
Tablo 5. Riskli Gebelerin Hastaneye Yatış Sayıları ve Kronik Hastalık Bilgilerinin Dağılımı	44
Tablo 6. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Prenatal Bağlanma Envanterinin (PBE) Ortalama Değerleri ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayılarının Dağılımı	45
Tablo 7. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) Arasındaki Korelasyon Katsayılarının Dağılımı	46
Tablo 8. Riskli Gebelerin Tedavi Gördüğü Hastanelere Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	46
Tablo 9. Riskli Gebelerin Doğum Yerine Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
Tablo 10. Riskli Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
Tablo 11. Riskli Gebelerin Eğitim Durumlarına Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
Tablo 12. Riskli Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
Tablo 13. Riskli Gebelerin Medeni Durumlarına Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	53
Tablo 14. Riskli Gebelerin Evlilik Yıllarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	54
Tablo 15. Riskli Gebelerin Sosyal Güvencelerine Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	55
Tablo 16. Riskli Gebelerin Aile Tiplerine Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	56
Tablo 17. Riskli Gebelerin Gelir Durumlarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	57
Tablo 18. Riskli Gebelerin Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	58
Tablo 19. Riskli Gebelerin Eşlerinin Çalışma Durumlarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	60
Tablo 20. Riskli Gebelerin Eşlerinin Gebeliklerine Karşı Tutumlarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının	60

Dağılımı

Tablo 21. Riskli Gebelerin Gebelik Sayılarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	61
Tablo 22. Riskli Gebelerin Doğum Sayılarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	62
Tablo 23. Riskli Gebelerin Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	63
Tablo 24. Riskli Gebelerin Gebeliklerini Planlanma Durumlarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	64
Tablo 25. Riskli Gebelerin Gebelik Haftasına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	65
Tablo 26. Riskli Gebelerin Önceki Gebeliklerinde Problem Yaşama Durumlarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	66
Tablo 27. Riskli Gebelerin Gebeliği Süresince Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	67
Tablo 28. Riskli Gebelerin Kronik Hastalık Varlığına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	67

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1: Gebelik Dönemi Sorunları	9
Şekil 2: Glikoz Tolerans Testi İçin Değerler	10
Şekil 3: Gebelikte Görülen Hipertansif Durumların Sınıflandırılması	16
Şekil 4: Araştırma Zaman Çizelgesi	38

BÖLÜM I

1.GİRİŞ

1.1 ARAŞTIRMANIN KONUSU

Gebelik, doğurgan çağıdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır (1,2). Gebelik dönemi kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyum gerektiren önemli bir dönemdir (3). Gebelikle birlikte anne adayları, sevinç ve heyecanın yansıması, gebeliğin getirdiği fizyolojik yükü, biyopsikososyal değişimleri, kaygıyı ve yoğun bir sorumluluk duygusunu yaşamaya başlamaktadırlar (4,5).

Gebelik, kadın vücudu için önemli bir yük ve stres oluşturur (6). Anne karnında gelişen bebeğin varlığı ve gebeliğe özgü fizyolojik değişiklikler, psikolojik değişikliklerin kaynağını oluşturur. Bu dönemi kadın yaşamında değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak da görmek mümkündür. Gebelik kalan kadının ilk tepkisi değişik olabilir. Bazı kadınlar için gebelik, yaşamda çok önemli ve mutlu bir olay olmasına rağmen bazıları için üzüntü kaynağı olabilir (7).

Gebelik ve doğum çoğu zaman planlanmış ve beklenen olaylar arasında olmalarına karşın bazı kaygılar yaşanmasına neden olabilir. Bunlar; rol değişimine neden olan ve kadının bebeğini taşıyabilme, bebeğin sağlıklı gelişmesi, doğum olgusu ve bebekle baş edebilme ve kendi yaşamına ilişkin durumlardır. Bununla beraber gebeliğin planlanmadığı durumlarda anksiyete ve hoşnutsuzluk duyguları daha fazla yaşanır (8).

Fizyolojik açıdan gebeliği yaşayan kişi kadın olmasına rağmen, gebenin yakın çevresindeki bireyler de bu olaydan etkilenmektedir. Gebelik sırasında kadında oluşan fizyolojik değişimlerin yanı sıra gebenin, eşi ve diğer aile üyeleri bir takım psikolojik ve sosyal değişimler yaşar ve bu değişimlere uyum sağlama ihtiyacı hisseder. Öte yandan, aileye yeni bir bebeğin katılmasına hazırlanmak için yeni roller öğrenmek zorundadırlar (1,9).

Gebelik deneyimi, kadının sosyal çevresi tarafından etkilendiği gibi, çevre de gebeliğin gidişini etkilemektedir. Gebenin fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından belirlenmektedir (1). Yapılan araştırmalarda doğum sonu dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların önemli nedenleri arasında sosyal destek yetersizliği, eşler arasında uyumsuzluk ve stresli hayat gösterilmektedir (10). Bu dönemde gelişen psikolojik değişikliklere bazı

kadınlar kolaylıkla uyum sağlanırken, bazı kadınlarda da hafif, orta ve şiddetli düzeyde ruhsal sorunlar görülebilmektedir (11). Özellikle yüksek riskli gebeliklerin, kadınlarda stres düzeyini arttırdığı bilinmektedir. (12).

Kadının perinatal dönemdeki ruhsal sağlığı ile bebeğine bağlanması ilişkilidir. Bağlanma, iki kişi arasındaki güçlü bir bağ olarak tanımlanmıştır (13,14). Bağlanma, kadının gebeliğe olumlu tepki verdiği neonatal dönemde değil, prenatal dönemde başlamaktadır (13,15). Bağlanmış bir anne adayını doğmamış bebeğinin kendisi ile ilişki kurduğuna inanır ve onu ayrı bir birey olarak görür. Bebeğin neye benzediğini nasıl hareket edeceğini düşünür. Bağlanma ile ilgili duygular anne adayının bebeğine sevgi ve şefkat göstermesine, onu korumasına ve beslemesine, ona ilgi göstermesine ve etkileşim kurmasına ve bebeğinin gereksinimlerine duyarlı olmasına yardımcı olur (15). Prenatal bağlanma, gebeyi iyi sağlık uygulamalarına motive etmekte, annelik rolüne uyumu kolaylaştırmakta ve prenatal depresyona karşı korumaktadır. Bunun yanında; zayıf bağlanma ve olumsuz maternal davranışlar postpartum anksiyete ve depresyon ile ilişkilidir (13,15).

Her ne kadar gebelik fizyolojik bir olay ise de gebelerin %5-20'sinde anne ve bebeğin sağlığını tehdit eden patolojik bir olayla karşılaşılır. Riskli gebelikler, genellikle anne, fetus ya da yeni doğanın doğumdan önce veya sonra artmış morbidite ve mortalite riskini taşıması olarak tanımlanmaktadır (16,17). Yüksek riskli gebelik beraberinde fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları olan önemli bir sağlık sorunudur (18).

Yılmaz ve Beji (2010) gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeylerini ve bunları etkileyen faktörleri araştırmak için yaptıkları çalışmada; 35 yaş ve üzeri, öğrenim düzeyi düşük olan, çalışmayan, gebeliği planlı olmayan ve multiparlarda prenatal bağlanma seviyelerinin düşük; geliri giderinden az, öğrenim düzeyi zayıf ve istenmeyen gebeliği olan kadınların daha stresli ve depresyona yatkın olduklarını belirlemişlerdir (19).

Özkan ve ark. (2004) 'Yüksek Riskli Gebelerde Psikiyatrik Morbitide' isimli çalışmasında yüksek riskli hastanede yatan gebelerin, rutin kontrollere gelen gebelere göre psikiyatrik açıdan riskli grupta olduğunu saptamıştır (16).

Sonuç olarak gebeliğe uyum, birçok faktörden etkilenmektedir. Bu çalışma riskli gebelerin gebeliğe uyumunu ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, riskli gebeliği olan kadınlarda gebeliğe uyumun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bu alanda yürütülen hemşirelik hizmetlerine yönelik önerilerin geliştirilmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₀: Riskli gebelerde, gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H₁: Riskli gebelerde, gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂: Riskli gebelerde doğum yeri, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

H₃: Riskli gebelerde, gebelerin yaşı, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

H₄: Riskli gebelerde eğitim durumu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

H₅: Riskli gebelerde çalışma durumu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

H₆: Riskli gebelerde medeni durum, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

H₇: Riskli gebelerde sosyal güvence varlığı, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

H₈: Riskli gebelerde aile tipi, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

H₉: Riskli gebelerde gelir durumu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

H₁₀: Riskli gebelerde eş eğitim durumu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

H₁₁: Riskli gebelerde eş çalışma durumu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

H₁₂: Riskli gebelerde eşin gebeliğe karşı tutumu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

H₁₃: Riskli gebelerde gebelik sayısı, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

H₁₄: Riskli gebelerde doğum sayısı, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

H₁₅: Riskli gebelerde yaşayan çocuk sayısı, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

H₁₆: Riskli gebelerde gebeliği planlama durumu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

H₁₇: Riskli gebelerde gebelik haftası, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını ve alt ölçek puan ortalamalarını etkiler.

1.4 SAYILTILAR

Araştırma kapsamına alınan gebeler, riskli gebelik tanısı ile hastanede tedavi ve bakım görmektedirler ve herhangi bir psikiyatrik hastalıkları bulunmamaktadır.

1.5 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Kadın yaşamında gebelik dönemi, değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak yorumlanmaktadır (20). Her kadın gebeliği farklı olarak yaşar. Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreç olmasına karşın, bu dönemdeki nöroendokrin ve psikososyal değişiklikler kadın için yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslamayacak bir yük ve stres kaynağı oluşturmaktadır (21). Gebelik karşısındaki tepkiler, bireyin anılarına, korkularına, sosyal ve ekonomik çevre koşullarına, isteklerine ve obstetrik özelliklerine bağlı olarak değişir (22). Yaşanan bu kriz dönemi gelişimi sağlayacağı gibi uyum güçlüğü yaratan bir sorun haline de gelebilmektedir (20,22).

Daştan ve arkadaşları (20015) ‘Kars’ta Gebelerin Ev Ziyareti ile Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi’ adlı çalışmada; ev hanımlarının, sosyal güvencesi olmayanların, doğum sayısı fazla olanların eşiyle kötü ilişki yaşayanların, kronik hastalığı olanların, öz geçmişinde depresyon olanların ve isteyerek gebe kalmayan gebelerin depresyon düzeylerini; eğitim seviyesi yüksek, evlilik süresi daha uzun, kronik hastalığı olan, öz geçmişinde depresyonu olanların kaygı düzeylerini daha yüksek bulmuştur (23). Yücel ve arkadaşları (2013) ‘Birinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu’ adlı çalışmada gebelerin, gebelik sayısı

arttıkça ve istenmeyen gebelik yaşandıkça depresyon ve anksiyete görülme sıklığının arttığını belirlemişlerdir (24).

Şen ve arkadaşları (2012) ‘Göçün Gebelikteki Depresyon, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destekle İlişkisi’ adlı çalışmada; gebelikte eş, aile ve arkadaş tarafından sağlanan sosyal desteğin, gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlattığını, sosyal kaynaklardan daha fazla yararlanmalarını, stres etkenleri ve kaygı ile daha kolay baş etmelerine yardımcı olduğunu ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırdığını belirtmişlerdir (25). Tortumoğlu ve arkadaşları (2003) ‘Gebelerin Aile Ortamını Algılamaları ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişki’ adlı çalışmada gebelerin aileden aldıkları destek ile öz bakım gücünün arttığını ve daha sağlıklı bir gebelik geçirdiklerini belirtmiştir (26).

Riskli gebelik, morbidite ve mortaliteyi arttıran, fizyolojik, sosyal ve duygusal boyutları içeren bir durumdur. Hastanede yatan riskli gebelerde, duygusal ve fiziksel yan etkiler ve ailesel sorunlar meydana gelmektedir. Duygusal yan etkiler; şok, depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları, kontrol kaybı, can sıkıntısı, fetüs ve kendi sağlığı için korku, suçluluk, stres, kendini tutsak hissetme ve yalnızlıktır (27). Annenin ve bebeğin sağlığını tehdit eden risk faktörleri ve gebeliği normal yaşayamama sağlıklı bir anneliğe geçişi olumsuz etkilemektedir (28). Dülgerler ve arkadaşları (2005) ruhsal belirtilerini incelemek için riskli gebelerle yaptıkları çalışmada, gebelerin gebelik boyunca eşleriyle ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini ve depresyona yakalanma risklerinin arttığını belirlemişlerdir (29).

Arslan ve Korkmaz (2005) ‘Kısmi Yatak İstirahati ile Hastanede Yatan Riskli Gebelerin Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Sorunlar’ adlı çalışmada, gebelerde hastaneye yatmaya bağlı olarak hafif düzeyde mizaç değişikliği, orta düzeyde sinirlilik ve gerginlik ve yüksek stres yaşadıklarını saptamışlardır (30). Pamuk ve Arslan (2009) ‘Hastanede Yatan Riskli Gebelerde Hastane Stresörlerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi’ adlı çalışmalarında, riskli gebelerin fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşadıklarını ve bu sorunların birbiri ve gebenin sosyodemografik, obstetrik özellikleri ve sosyal destek kaynaklarıyla bağlantılı olarak artıp azaldığını saptamışlardır (31).

Gebelik uyumu artan gebelerin, gebelik kabulleri ve dolayısıyla olumlu prenatal davranış geliştirmeleri sağlanabilir (32). Doğum öncesi anne-bebek bağlılığı, gebelikte olumlu sağlık uygulamalarını motive etmekte, ebeveynlik rolüne uyumu

arttırmakta ve prenatal ruhsal problemlere karşı riski azaltmaktadır (15). Gebelik, anne adayının karnındaki bebeğine bağlanmasına etki edebilecek önemli psikolojik ve fizyolojik sorunları beraberinde getirmektedir. Özellikle riskli gebelerin kadınlarda stres düzeyini arttırdığı bilinmektedir (19). Annenin fetüse bağlanma düzeyini tespit etmek önemlidir. Böylelikle zayıf bağlanma riski taşıyan kadınlara uygun girişimlerde bulunarak tedavi edilebilmekte ve bebeklerine kayıtsız tavır sergileyen veya bu konu hakkında bilgisi olmayan kadınlara verilen eğitim ve motivasyonla fayda görülebilmektedir (19).

Bakır ve arkadaşları (2014) ‘Yüksek Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler’ adlı çalışmasında, gebelerin yaş, öğrenim ve çalışma durumlarının, gebelik doğum ve yaşayan çocuk sayısının, düşük öyküsü ve gebe olduğunu öğrendiğinde yaşadığı duygunun prenatal bağlanmada etkili olduğunu ve gebeliğe karşı olumlu duygular içinde olan gebelerin prenatal bağlanmalarının yüksek olduğunu belirtmiştir (33). Demirbaş ve Kadioğlu (2014) ‘Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler’ adlı çalışmalarında, kadınların gebeliğe uyumunu birçok faktörün etkilediğini ve bu uyumun sağlanmasında prenatal dönemde verilen bakımın önemli olduğunu belirtmiştir (34). Yılmaz ve Pasinoğlu (2014) ‘Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ adlı çalışmalarında, gebelerin algıladıkları sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyumun arttığını saptamışlardır (35).

Gebe bir kadın için, en önemli destek kaynaklarından birisi hemşiredir. Hemşire, anneye gebelik süresince duygu ve endişelerini ifade etmesinde, pozitif başa çıkma stratejilerini kullanmasında, aile içi ilişkilerin düzenlenmesinde ve çevresindeki sosyal destek sistemlerinden etkili bir şekilde yararlanmasında, aileye bu fırsatı sunacak ve ortamı hazırlayacak en uygun konumda olan ekip üyesidir (36).

Hemşire ve ebelerin, gebelik ve psikolojik, sosyal, kültürel faktörler arasındaki ilişkilerin farkında olmaları, gebe ve ailesini bu yönlerden de değerlendirmeleri, uygun müdahaleleri planlamaları önemlidir. Böylece gebe ve ailesi bu kriz dönemini gelişimsel anlamda büyüyerek ve olgunlaşarak tamamlayacaktır (1).

Riskli gebelerin hastaneye yatırılma ile artan antenatal bakım gereksinimleri hemşirelik girişimleriyle, nitelikli bakım almayı, sağlık profesyonelleriyle iletişim, bilgilendirme ve danışmanlığı, uygun fizik ortamın yaratılmasını, psikolojik ve

sosyal desteği kapsayacak biçimde karşılanmalıdır (7). Gebelik sürecinde hemşire, gebenin ve ailesinin gebeliğe sağlıklı bir şekilde uyum yapmalarını ve gebeliğin sağlıklı sonlanması için gerekli girişimleri planlamalıdır. Ayrıca, aile içi süreçlerde değişim, anksiyete, bilgi eksikliği, vücut imajında bozulma gibi hemşirelik tanımlarını ele alarak hemşirelik sürecini uygulamalı ve gebelik izlemelerini düzenli bir şekilde yapmalıdır. Anne adayında ortaya çıkabilecek fiziksel ve duygusal sorunlara karşı önlem almalıdır. Böylece gebeliğe ve anneliğe uyumun daha sağlıklı olacağı bilinmektedir (37).

Oskay ve Coşkun (2012) yaptıkları çalışmada, hastanede kesin ve kısmi yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerin fiziksel ve psikolojik şikâyetlerinin ve deneyimledikleri hastane stresörlerinin çoğunun giderilmesinde verilen kapsamlı hemşirelik bakımı, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin önemli ölçüde etkili olduğunu bulmuşlardır (38).

Gebelikteki bireysel ve ailesel riskler, özellikle obstetrik, tıbbi öykü ve şimdiki gebeliğe bağlı çeşitli risk faktörleri, düşük tehdidi, erken doğum tehdidi, prematür eylem, preeklamsi, doğum korkusu, sezaryen doğum, bebek ölümü, konjenital anomalili bebek doğumu, doğum sonrası enfeksiyon ve doğum sonrası ruhsal sıkıntı yaşama riskini arttırmaktadır. Gebeliği riske sokan faktörler peripartum dönemde anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkilemektedir (39). Ortaya çıkan bu durum, özellikle hastanede tedavi gören riskli gebelerde, gebenin öz-bakımında azalmaya, tedavi süresinin uzamasına neden olmaktadır (40).

Gebelik döneminde psikososyal ve duygusal destek yetersizliği, gebelikte ve doğum sonrasında depresyon için belirleyici bir özelliktir. Anksiyete ve depresyon, gebelik ve doğum komplikasyonlarının artması, erken doğum ve düşük doğum ağırlığına neden olmasının yanı sıra yeni doğanın sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Sosyal destek sistemlerinin yetersizliği, gebelikte ve doğum sonrasında ruh sağlığını bozmaktadır (40,41).

Gebeye bakım veren hemşire ve ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarını yerine getirirken, hizmet verimliliğini artırırken gebenin algıladığı sorunları iyi tespit etmesi gerekir. Bu sorunların tespit edilebilmesi amacıyla planlanan araştırma önerilerinin yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.6 GENEL BİLGİLER

1.6.1 Riskli Gebelik

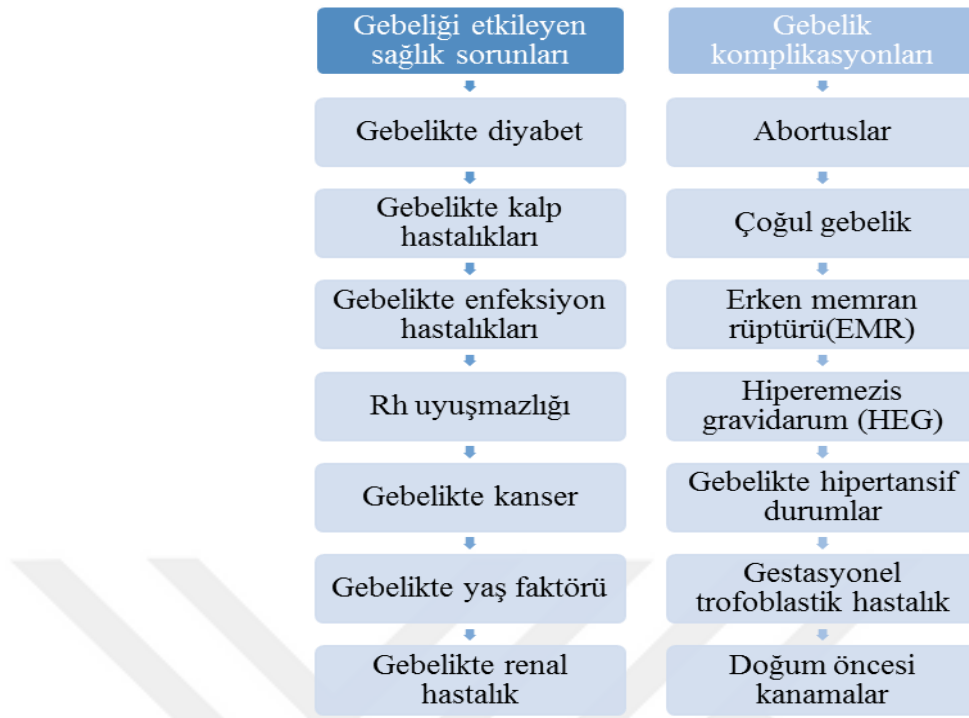
Gebelik, doğal bir olay olmasına rağmen, anne organizmasında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur. Gebeler bu değişikliklere bağlı gebelikleri süresince bazı olağan rahatsızlıklar yaşayabilmektedir. Bu olağan rahatsızlıkların yanında gebelerin %20-30'u riskli durumlarla da karşılaşabilmektedir (6).

Bu gibi durumlarda hem anne hem de bebeğin gebeliğin sonuna kadar sağlıklı bir şekilde ulaşabilmeleri için yoğun destek görmeleri ve sıkı takip edilmeleri gerekir. Bu takip gerektiren grup, yüksek riskli gebe olarak adlandırılmaktadır (7). Gebelikteki bu riskli durumların annenin ve bebeğin sağlığını ve hayatını tehdit etmeden kontrol altına alınabilmesi, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin başarısıdır. Bu hizmetlerde hemşire ve ebelerin görevi, riskli durumların gebeliğe getireceği zararları önlemek ya da en aza indirmek için, riski en erken devrede tanımak ve alacağı önlemlerle anne ve bebeğin sağlığını korumak olmalıdır (1,8).

Gebeliği risk altında olan anne fiziksel, duygusal ve sosyal sorunları olan annedir. Fizyolojik sorunlar; anne gebe kalmadan önce var olan durumlar (kalp hastalığı, diyabet, gibi) ya da direk olarak gebelikte ortaya çıkan sorunlar olabilir (eklempsi gibi). Toksoplazma, rubella, citomegalovirüs, herpes simpleks (TORCH) gibi bazı durumlarda ise bebek doğana kadar belirlenemeyen patolojiler olabilir. Bunun yanında; çoğul gebelikler, daha önce anomalili bebek doğurmuş olma ve daha önce infertilite nedeni ile uzun süre tedavi görmüş anneler riskli grup içindedirler (8,42).

Anne sosyal bir çevre içinde yaşamaktadır. Bu çevreden birey ne kadar etkilenirse, anne karnındaki fetus te o kadar etkilenir. Bu nedenle psikososyal faktörler de en az diyabet ve gebeliğin neden olduğu hipertansiyon gibi fizyolojik faktörler kadar gebeliği etkilerler (1,8).

Şekil 1: Gebelik Dönemi Sorunları (1,8).



1.6.1.1. Gebelikte Risk Faktörleri

- ✓ Anne yaşı (18 yaşın altı, 35 yaşın üstü)
- ✓ Doğum sayısı (4-5 doğumdan sonra)
- ✓ Doğum sıklığı (doğum aralarında 2 yıldan az olması)
- ✓ Düşük sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyi
- ✓ Beslenme yetersizliği
- ✓ Gebeliğin ilk trimesterinde viral bir enfeksiyon geçirme, röntgen filmi çekirme
- ✓ Geçmiş gebeliklerindeki sorunlar (ölü doğum, zor doğum, prematür doğum, vs.)
- ✓ Kronik sistem hastalığının bulunması (hipertansiyon, diyabet, vs.)
- ✓ Sigara, alkol, madde, ilaç bağımlılığı
- ✓ Şimdiki gebeliğindeki sorunlar (preeklamsi, anemi, vs.)
- ✓ İstenmeyen gebelikler
- ✓ Fazla kilolu (BKİ >30 olması) ya da aşırı zayıf olma (BKİ <18 olması)
- ✓ Çoğul gebelikler
- ✓ Ailede mental retarde ya da anomalili bebek olması (6,7).

1.6.1.2 Gebeliği Etkileyen Sağlık Sorunları

1.6.1.2.1 Gebelikte Diyabet

Gebelikte görünen metabolik değişiklikler sonucu gebeliğin diyabetajonik bir durum olduğu bilinmektedir. Diyabetes mellitus, insülinin yetersiz salgılanması ya da yetersiz kullanılması sonucu ortaya çıkan karbonhidrat metabolizmasıyla endokrin bir sorundur (6,43).

Karbonhidrat metabolizması, gebeliğin erken dönemlerinde östrojen, progesteron ve diğer hormonların kandaki seviyelerinin yükselmesinden etkilenir. Bu hormonlar anne pankreasında, beta hücrelerinin hiperplazisini stimüle ederek insülin salgılanmasını artırırlar. Bu durum periferik glikoz kullanımını hızlandırarak açlık glikoz düzeyinin azalmasına yol açar. Gebeliğin ikinci yarısı başta HPL olmak üzere, progesteron ve diğer gebelik hormonlarının yükselmesi ile insüline duyarsızlığın arttığı bir dönemdir (8).

Glikoz üretimi ve kullanımı arasındaki hassas denge, büyüyen fetüsün metabolizma üzerinde yarattığı baskı nedeni ile kolayca bozulur. Pankreas, gebeliğin ek talebini karşılayamaz. Bu baskı ‘gebeliğin diyabetojenik etkisi’ olarak gösterilir. Eğer karbonhidrat metabolizmasında daha önceden var olan asemptomatik bir bozulma varsa gebelik bu bozulmayı artırır ve potansiyel diyabete eğilim hızlanarak gestasyonel diyabetes mellitus ortaya çıkar (1).

Oluşan durumu saptayabilmek adına gebeliğin 24. ile 28. haftaları arasında idrar testi ve 50g ve 100g oral glikoz tolerans testi (OGTT) uygulanmaktadır. Son literatürde 75g glikoz yükleme testi önerilmektedir. Gebelik diyabeti tanısı, yükleme değerlerinden birine eşit veya birinden yüksek ise konur (44).

Şekil 2: Glikoz Tolerans Testi İçin Değerler (44).

Açlık	92 mg/dl
1. Saat	180 mg/dl
2. Saat	153 mg/dl

1.6.1.2.2. Gebelikte Kalp Hastalığı

Her gebelik kardiyovasküler sistemi ilgilendirmektedir (8). Kardiyak hastalığı olan bir gebenin riski büyüktür (6).

Gebelik, kalbin çalışma gücünü arttırmaktadır. Büyüyen embriyo ve uterusun gereksinimini karşılamak için plazma hacmi gebelikte %30-50 arasında artmaktadır. Bu artış gebeliğin 10. haftasında başlar, 32. haftasında en yüksek seviyeye ulaşır ve 36. haftadan itibaren, uterus venöz sisteminde tutulan kandan dolayı düşmeye başlar. Plazma volümündeki artış nedeniyle kalp atım hacmi de gebeliğin aynı devrelerinde, aynı oranlarda artar. Normal bir kalp bunu kompanse edebilirken hasta bir kalbin kendisine gelen bu fazla kanı ileriye pompalayacak yedek gücü olmayacağı için kan, sağ kalp gerisinde ve akciğerde birikir. Gebeliğin 6-7. aylarından sonra bu olgularda kalp yetmezliği görülebilmektedir (8). Gebeliğin devamına karar vermeden önce kalp hastalığının derecesini belirlemek önemlidir (1,6).

1.6.1.2.3. Gebelikte Renal Hastalık

Gebelikte çeşitli fizyolojik değişikliklerin en göze çarpanı, üriner sistemde olan değişikliklerdir (1).

Tüm gebelerin yaklaşık %0.03'ü ile %0.12'sinde renal hastalık ortaya çıkabilmekte ya da bulunmaktadır. Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler nedeniyle renal bozukluk ortaya çıkabilir ya da derecesi artabilmektedir. Renal bozukluğun derecesi arttıkça hem maternal hem de fetal komplikasyonlarda birbirine bağlı bir artış göstermektedir (45).

Fetal komplikasyonlar prematürite, düşük doğum ağırlığı ve fetal/maternal ölümü içerirken maternal etkiler preeklamsi, kötüleşen renal bozukluk, kronik hipertansiyon, ablasyo plasenta, anemi, preterm doğum ve sezaryeni kapsamaktadır (1,45). Bu tür gebeler multidisipliner olarak takip edilmelidir (45).

1.6.1.2.4. Gebelikte Enfeksiyon Hastalıkları

Pek çok viral ve parazit enfeksiyonu, gebelik sırasında geçirildiğinde anne ve fetüsün sağlığına zarar verebilmekte, gebeliğin seyrini etkileyebilmektedir. Gebelikte streoid hormonların etkisiyle özellikle hücresel bağışıklık sisteminin baskılandığı ve bu nedenle enfeksiyonlara duyarlılığın arttığı iddia edilmektedir (8).

Gebelikte belli başlı enfeksiyonlar:

- ✓ Üriner sistem enfeksiyonlar

- ✓ Korioamnionitis
- ✓ Teratojenik enfeksiyonlardır (TORCH) (1).

Tüm doğumların yaklaşık %1'inin TORCH enfeksiyonlarından etkilendiği ve bunların %10'unda da fetüslerin zarar gördüğü öne sürülmektedir (8).

1.6.1.2.5. Kan Uyuşmazlığı

Kan uyuşmazlığı, gebe, CDE (Rh) ya da ABO kan gruplarından kaynaklanan fetal eritrositlere karşı, immün globülin G (Ig G) antikor üreterek hassasiyet kazandığı zaman ortaya çıkar. Fetal dolaşıma geri dönen antikorlar fetüste eritrosit yıkımına ve ardından fetal anemi ile karaciğer yetmezliği ve konjestif kalp yetmezliğine neden olabilmektedir (1).

Doğum öncesi iyi bir öykü almalı, eşlerin kan grupları saptanmalı ve uyuşmazlık var ise doğumdan sonraki ilk 72 saat içinde anneye Rho-gam uygulanmalıdır (6).

1.6.1.2.6. Gebelik ve Kanser

Jinekolojik maligniteler çoğunlukla reproduktif dönemde ortaya çıktığı için, kanser ve gebeliğin birlikte bulunma ihtimali yüksektir. Kanser ve gebelik yaklaşık olarak her 1000 gebelikte bir görülebilmektedir. Gebeye kanser teşhisi konulduğunda amaç, anne ve bebeği beraber düşünmek ve jinekolojik malignitelere ek olarak reproduktif kapasitede göz önünde bulundurulmalıdır (6).

1.6.1.2.7. Gebelik ve Yaş Faktörü

Biyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan bakıldığında kadının en sağlıklı çocuk doğurma yaşı 20-30 yaş arasındır. Bu yaşlar kadının fertilitésinin en yüksek olduğu devredir. Bu dönemden daha önce veya daha sonraki gebeliklerde hem anne hem de fetüs için morbidite ve mortalite hızının yükseldiğini istatistikler göstermektedir (1).

1.6.1.3. Gebelik Komplikasyonları

1.6.1.3.1. Erken Gebelik Komplikasyonları

Birçok gebelik ve doğum olaysız geçse de tüm gebelikler risk altındadır. Tüm gebelerin %15'i profesyonel bakım gerektiren, potansiyel olarak hayatı tehdit eden komplikasyonlarla karşı karşıyadır. Bu komplikasyonlardan bazıları da erken gebelik komplikasyonlarıdır (6).

1.6.1.3.1.1. Abortuslar

Fetüs ve eklerinin gebeliğin 20. haftasından önce ve fetüs 500 gram ağırlığına ulaşmadan uterus dışına atılmasına abortus denir (7).

1.6.1.3.1.1.1. Spontan Abortus:

Spontan abortus, fetüs henüz yaşama kapasitesine ulaşmadan gebeliğin doğal olarak sonlanmasıdır. Gebelik haftası 20'den daha küçük ve 300-500 gr.'dan daha az kiloda olan fetüs, canlı kabul edilmez. Spontan abortus erken ve geç olmak üzere ikiye ayrılır. Erken abortus 12. gebelik haftasından önce, geç abortus ise 12. ile 20. gebelik haftaları arasında ortaya çıkar (1,7).

Spontan abortus nedenleri;

- I. Servikal yetmezlik
- II. Embriyoya ait kromozomal defektler
- III. Uterus şekil bozuklukları, myomlar, prolopus ve servikal yetmezlik gibi embriyonun gelişmesine izin vermeyen durumlar
- IV. Annede yüksek ateş, akut viral enfeksiyonlar, kronik nefrit, kalp yetmezliği
- V. İlaçlar, özellikle sitotoksik ajanlar ve prostaglandinler
- VI. Uterusa olan direkt travmalar,
- VII. Progesteron yetmezliği; gebeliğin 10-12. haftalarında plasenta, korpus luteumdan hormon salınımını devraldığı için, bu dönemdeki hormonal dengesizliğine bağlı dezidua yıkımı
- VIII. Stress, anksiyete gibi psikolojik sorunlar hipotalamik-pituiter sistem aracılığı ile gebeliği etkiler ve abortus gelişir (7).

Spontan abortus tipleri;

1.6.1.3.1.1.1.1. Abortus İmmenes

Bu tür abortuslar, gebeliğin ilk 20. haftasında görülür. Hafif leke biçiminde kanama ile kramp tarzı karın ve bel ağrısı belirtileri verir. Tedavi edilebilir özelliğe sahiptir. Çünkü serviks kapalıdır ve gebelik ürünü henüz bozulmamıştır. Bu nedenle gebelik testi pozitifdir (1,7).

1.6.1.3.1.1.1.2. Abortus İnsipiens

Bu tipte amniyon kesesi yırtılmıştır. Servikal dilastasyon, uterus kontraksiyonlarına bağlı kramp tarzında ağrı ve fazla miktarda kanama vardır. Abortusun durdurulması olanaksızdır (1,7).

1.6.1.3.1.1.1.3. İnkomplet Abortus

Gebelik ürününün önemli bir bölümü atılmış, fakat plasentaya ait bir kısım materyal uterus içinde kalmıştır. Serviks dilatedir. Annede uterus kontraksiyonlarına bağlı şiddetli ağrı ve fazla miktarda kanama vardır. Bu tür abortuslara genellikle gebeliğin 8-14. haftalarında rastlamak olasıdır (1,7).

1.6.1.3.1.1.1.4. Komplet Abortus

Az bir kanama ile gebelik ürününün tümü dışarı atılmıştır. Bu tür abortuslar, genellikle altıncı haftadan önceki ve 14. haftadan sonraki gebeliklerde görülür (1,7).

1.6.1.3.1.1.2. Missed Abortus

Fetüs ölmüş fakat uzun bir süre dışarı atılmadan kavum uteride retansiyon halinde kalmıştır. Genellikle sekizinci haftadan sonraki gebelerde görülür. Amenore devam eder. Zaman zaman az miktarda kahverengi bir vajinal akıntı gözlenir (7).

1.6.1.3.1.1.3. Anembriyonik Gebelik (Blighted Ovum)

Ultrasonografide gestasyonel kese tespit edilir, ancak fetüse ait bir yapı tespit edilemez. Kliniği missed abortusa benzer (7).

1.6.1.3.1.1.4. Habitüel Abortus

Gebeliklerin art arda en az üç kez spontan abortusla sonlanması halidir (1).

1.6.1.3.1.1.5. Septik Abortus

Gebelik ürünü ile birlikte kavum uterinin enfekte olmuş halidir. Septik abortus, genellikle abortus yapmak isteyen kadınların vajina ve servikslerine süpürge çöpü, sabun, kibrit, çengelli iğne, ısırğan otu vb. yabancı cisimleri yerleştirmesi veya uygun olmayan ortamlarda, kirli araç-gereçle yapılan yasa dışı küretajlar sonucu gelişir (1).

1.6.1.3.1.1.6. Uyarılmış Abortus (Inducted Abortus)

Gebeliğin tıbbi veya cerrahi yöntemlerle sonlandırılmasına uyarılmış abortus adı verilir. Uyarılmış abortuslar (inducted abortus) başlıca üç ana grupta incelenebilir (7).

1.6.1.3.1.1.6.A. Terapötik Abortus

Tıbbi nedenle (tedavi amacıyla) yapılan abortusları kapsar (7).

1.6.1.3.1.1.6.B. Elektif Abortus

Elektif abortus istenmeyen gebelik nedeniyle anne ve babanın isteği doğrultusunda yasal olarak yapılabilir. Elektif abortus 10. gebelik haftasına kadar ülkemizde yapılabilir (7).

1.6.1.3.1.1.6.C. Kriminal Abortus

Hastanın isteği ile ancak sağlık kuruluşları dışında, hekim olmayan kişiler tarafından yapılan veya bazen hastanın kendi kendine uyguladığı geleneksel yöntemler ile olan abortuslardır (7).

1.6.1.3.1.1.6.D. Servikal Yetmezliğe Bağlı Abortuslar

Serviks yetmezliği (inkompeten serviks), serviksin erken dilate olmasına işaret eder. Serviks yetmezliğinde gebelik 4-5. aylarda spontan abortus ile sonlanır. İkinci trimester kanmaları genellikle bu yolla olur (1,7,45).

1.6.1.3.1.2. Çoğul Gebelik

İkiz gebelikler tüm doğumların yaklaşık %1'ini oluşturur. Çoğul gebeliklerin görülme sıklığı günümüzde artmaktadır. İkiz gebelik görülme sıklığı 1/80, üçüz gebelik görülme sıklığı 1/6400'tür. Bu artışın en önemli nedeni ovulasyon indüksiyonu ve yardımcı üreme teknikleridir. Çoğul gebelikler maternal ve fetal mortaliteyi arttırdığı için riskli gebeliklerdir (1).

1.6.1.3.1.3. Erken Membran Rüptürü (EMR)

Gebeliğin 12. haftasında amniyon ve koriyon zarları birleşerek amniyotik sıvının etrafını kuşatan bir membran oluşturur. Erken membran rüptürü, zarların

eylem başlamadan önce yırtılmasıdır. Nedeni tam olarak bilinmese de ikinci trimesterde servikal yetmezlik sonucu gelişmektedir. Servisit, amniyosentez, plesanta previa, ablasyo plesanta, hidroamniyoz, travma, çoğul gebelik ve genital organ anomalileri diğer etkenlerdir (7).

1.6.1.3.1.4. Hiperemesis Gravidarum (HEG)

Gebelikte yaygın olarak görülen sorunlardan biri de bulantı kusmadır. Gebelerin yaklaşık %50-80'inde gebeliğin başlangıcında, bulantı ve/veya kusma sorunu yaşanmaktadır. Gebelikte bulantı-kusma genellikle gebeliğin dördüncü ve 10. haftasında başlayıp 20. hafta civarında sonlanmaktadır. Kadınların küçük bir yüzdesinde (1-5/1000 gebelik) hiperemesis gravidarum olarak tanımlanan bir duruma dönüşmektedir (32).

HEG aşırı kusma ya da yetersiz beslenme sonucunda, elektrolit dengesizliği, ketozis, asetonüri, vücut ağırlığının %5'ten fazla kaybı ile ortaya çıkan ve nörolojik dengesizlik, renal ve karaciğer hasarı, retinal hemoraji gibi sonuçlara neden olabilen bir sorundur (32,46).

1.6.1.3.1.5. Gebelikte Hipertansif Durumlar

Hipertansif hastalıklar, gebelikte görülen en yaygın tıbbi komplikasyonlardır. Gebelikte görülen “Hipertansif Hastalıklar” çok çeşitlidir ve şöyle sınıflandırılır:

Şekil 3: Gebelikte Görülen Hipertansif Durumların Sınıflandırılması (7).

Sınıflandırma	Oluşan Değişiklik
1. Gebeliğin Yol Açtığı Hipertansiyon (Pregnancy Induced Hypertension (PIH)) Preeklamsi (Hafif-Şiddetli) ✓ Eklamsi ✓ HELLP sendromu	Önceden normal sınırlarda olan kan basıncının gebeliğin ikinci yarısında 140/90 mm-Hg ve üzeri olması ✓ Proteinüri ve ödemin eşlik ettiği PIH tipi ✓ Preeklamsi tablosuna maternal konvülsiyonların eklenmesi ✓ Şiddetli preeklamsin bir çeşididir.
2. Kronik Hipertansiyon	Gebeliğin 20. haftasından önce olan ve doğumdan sonrada devam eden hipertansiyon
3. Geçici Hipertansiyon	Gebelik sırasında proteinüri ve ödem belirtileri olmaksızın kan basıncının yükselmesi

1.6.1.3.1.5.1 Gebeliğin Neden Olduğu Hipertansiyon (PIH)

Gebelikte en sık ortaya çıkan sorun hipertansif rahatsızlıktır. Gebelikteki hipertansif hastalıklar değerlendirildiğinde, tüm hipertansif hastalıkların %70 kadarı preeklamsi-eklamsi olarak görülmekteyken, %30 olguda kronik hipertansif hastalık zemini rol oynamaktadır. Molar gebeliğin olmadığı durumlarda gebeliğin genellikle 20. haftasından sonra veya doğumdan sonra yedi gün içinde gelişen hipertansiyon veya proteinüri ile ortaya çıkan bir tablodur. Gebelikte hipertansiyon insidansı %6-8'dir. Bu durum, kanama ve enfeksiyonla birlikte anne ölüm nedenlerinin ilk üçü arasında birinci sırada yer alır (%41) (kanamalar %19.9 ve enfeksiyonlar %5.5) (1).

Hastalık; ödem, hipertansiyon ve proteinüri ile karakterizedir. Ancak tanısı için bu üç bulgunun bir arada bulunması gerekmez. Hipertansiyon ve proteinüri hastalığın en önemli göstergesidir. Ödem daha sonra gelişebilir (1).

PIH, bütün organları etkileyen sistemik bir hastalıktır. Mekanizmanın altında yatan olay, kan damarlarındaki spazmdır. Bu spazmın nedeni açıklanamamaktadır. Kan damarları spazmda iken, vücut dokularına daha az kan gider. Bu temel problem diğer fizyolojik değişikliklere de neden olur (1,7).

1.6.1.3.1.5.1.1 Preeklamsi

Preeklamsi ile ilgili perinatal mortalite hızı %10'dur. Anne ölümlerinin en önemli nedeni ablasyo plasenta, myokard enfarktüsü, koagülopati ve serebral hemorajidir. Perinatal kayıpların önemli bir bölümü plasental yetmezlik sonucu gelişen intrauterin gelişme geriliği (IUGG), preterm doğuma bağlı olarak gelişen prematüriteye veya ablasyo plasentaya bağlı olarak ortaya çıkar (1). Preeklamsi, belirtileri yönünden hafif ve şiddetli olmak üzere ikiye ayrılır.

Hafif preeklamsi belirtileri; dinlenmekle geçmeyen ödem, hipertansiyon, sistolik basıncın gebelik öncesi değerinden 30 mm-Hg ya da daha yüksek oluşu, diyastolik basıncın gebelik öncesi değerinden 15 mm-Hg ya da daha yüksek oluşu, sistolik basıncın en az 140, diyastolik basıncın 90 mm-Hg ve daha yüksek oluşu, proteinüri (24 saatlik idrarda litrede 0,3-4 gr) (7).

Ağır preeklamsi belirtileri; kan basıncının, istirahatte ve altı saat ara ile en az iki kez 160/110 mm-Hg üzerinde olması, 24 saatlik idrarda ≥ 5 gr protein olması veya dört saat ara ile yapılan semikantatif değerlendirmede +3/+4 proteinüri saptanması,

serebral belirtiler (baş ağrısı, görme bozukluğu, endişe, hiperaktif refleksler), hemokonsantrasyon, oligüri (<500 ml/24 saatlik idrarda), trombositopenidir (7).

1.6.1.3.1.5.1.2 Eklemsi

Ağır preeklemsi bulgularına ek olarak; koma, konvülsiyonun başlayacağını gösteren belirtiler ise; oligüri veya anüri, epigastrik ağrılardır (7).

1.6.1.3.1.5.1.3 HELLP Sendromu

Ciddi preeklemsi ve eklemsinin bir komplikasyonudur. Hemoliz, Karaciğer enzimlerinde yükselme (Elevated Liver enzymes) ve Trombositopenisi (Low Platelets) olan hastaları tanımlar. Gebelik komplikasyonu gelişmiş olgulardaki sıklığı %10'dur. Bu sendrom termden uzak (örneğin 31. haftada) ve kan basıncı yüksekliği olmadan da görülebilir. (7).

HELLP sendromunun belirtileri; epigastrik ağrı veya sağ üst kadranda hassasiyet, bulantı-kusma, baş ağrısı, halsizlik, sarılık, hematüri, hastaların yaklaşık %10-20'sinde kan basıncı normal bulunmaktadır (1,7).

1.6.1.3.1.6 Gestasyonel Trofoblastik Hastalık

Gestasyonel trofoblastik hastalık, gebelikle ilişkili proliferatif trofoblastik bozukluklardan biridir. Hastalık başlangıçta benign mol hidatiform olarak ortaya çıkar. Hastalığın devamında metastatik gestasyonel trofoblastik tümörlerden olan ve koryokarsinom olarak bilinen metastatik trofoblastik tümöre doğru gelişme görülür (7).

Plasentadan kaynaklanan bir grup neoplastik hastalıktır. Sınıflamada histolojik olarak 3 grupta toplanır;

1. Hidotidiform mol
2. İnvazif mol (karyoadenoma destruyens)
3. Koriyokarsinoma (7).

1.6.1.3.7 Doğum Öncesi Kanamalar

Gebelikte en korkulu belirtilerden biri kanmadır. Kanama her zaman kötü giden bir şeyin ifadesidir Kanama, anne ve fetüsün hayatını tehdit ettiği gibi, annede endişe

yaratması bakımından da önemli bir gebelik komplikasyonudur. Türkiye’de anne ölümlerinin üç büyük nedeninden biridir (kanama, toksemi, enfeksiyon) (47).

1.6.1.3.7.1 İlk Trimester Kanamaları

Genellikle ektopik gebelik, abortus ve trofoblastik hastalık nedeniyle ortaya çıkar (1,7).

1.6.1.3.7.1.1. Ektopik Gebelik

Uterus kavitesi dışına implante olmuş gebelik ektopik gebelik olarak adlandırılır. Bu tür gebeliklerde, zigot sıklıkla fallop tüplerine (%95), daha nadiren ovarium (%1), serviks (% 1’den daha azı) ve abdominal kaviteye (%3-4) yerleşir. Zigotun batına yerleşmesi, genellikle fallop tüplerindeki ters bir peristaltizm veya rüptür sonucu olur. Tubal gebelik, en fazla 6- 10 haftaya kadar devam eder (7).

Ektopik gebelik üç şekilde sonuçlanır;

- I. Herhangi bir belirti vermeksizin ovumun erken devrede ya tamamen absorbe olması,
- II. Tubal mole olarak kalması,
- III. Ovumun tüp içinden ya peritona veya uterin kaviteye atılması veya ovumun büyümesi ile tüplerin gerilme sınırını aştığında tüplerde rüptür görülmesidir (1,7).

1.6.1.3.7.2. Son Trimester Kanamaları

Gebeliğin 20. haftasından sonra görülen vajinal kanmalardır. Bu kanamalar genellikle plasental kökenlidir. Bunu yanında vajinit, servikal polip veya kanser nedeniyle de ortaya çıkabilir.

Ortaya çıkma nedenleri;

- A. Ablasiyo Plesanta
- B. Plesanta previa
- C. Plasenta akreata
- D. Vasa previa (1).

1.6.1.3.7.2.A Ablasyo Plasenta (Plasenta Dekolmanı)

Fetüsün doğumundan önce plasentanın implantasyon bölgesinden ayrılmasına ablasyo plasenta denir. Üçüncü trimestir kanamalarının yaklaşık %30'undan sorumludur. Plasentanın ayrılması total veya parsiyel olabilir. Görülme sıklığı yaklaşık olarak 1/120-150 doğumdur. Perinatal mortalite oranı %25 olarak bildirilmiştir (7).

Gebeliğe bağlı hipertansiyon, kronik hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları, genç ve ileri anne yaşı, araba kazası gibi travmalar, psikolojik travmalar, polihidramniyozda amniyon sıvısının akması, ikizlerde ilk çocuğun doğumu ile uterus kavitesi içinde meydana gelen ani basınç değişikliği ablasyo plasentaya neden olabilir (7,42).

1.6.1.3.7.2.B Plasenta Previa

Plasenta previa, plasentanın internal os üzerinde veya çok yakınında olmasıdır. Plasenta normalde uterus kavitesinin üst segmentine, ön veya arka duvara yerleşir. Plasenta previa, 1/200-1/250 gebelikte bir görülür.

Dört farklı tipi vardır:

Total plasenta previa; internal servikal os plasenta tarafından tamamen kapatılmıştır.

Parsiyel plasenta previa; internal servikal os plasenta tarafından kısmen kapatılmıştır.

Marjinal plasenta previa; plasentanın kenarı internal os sınırındadır.

Low-lying plasenta (altta yatan plasenta); plasenta alt uterus segmentinde bulunur.

Plasentanın kenarı internal os'a ulaşmaz fakat ona oldukça yakındır (1,7).

1.6.1.3.7.2.C Plasenta Akreata

Plasenta akreata, koryonik villilerin miyometriyuma kadar uzanarak tutunduğu, sık görülmeyen durumlardan biridir. Plasenta inkreata ve plasenta perkreat a ilerlemiş diğer iki şeklidir. Plasenta inkreata, koryonik villilerin miyometriyuma invazyonudur. Plasenta perkreat a, koryonik villilerin miyometriyum boyunca gelişmesidir. Plasenta akreatanın görülme sıklığı 1/500-1/93.000 arasında değişmektedir. Bu vakaların yaklaşık olarak %15'i inkreata ve %5-7'sinin perkreat a olduğu tahmin edilmektedir (7).

1.6.1.3.7.2. Vasa Previa

Çok nadir (yaklaşık olarak 2000-5000 doğumda bir) görülen, fakat en sık ölüme neden olan durumlardan biridir. Umblikal kordun velametöz insersiyonuna bağlı olarak fetal damarların prezente olan kısım ile serviks arasında yer almasıdır. Vasa previa, dolaşım sistemi etkilenmediği sürece anne için tehlike oluşturmaz. Umblikal damarlardan biri yırtılırsa, fetal ölüm söz konusudur (7).

1.6.2. Gebeliğe Uyumu Etkileyen Faktörler

1.6.2.1. Ebeveyn Olmaya Karar Verme

Aile; toplumun vazgeçilmez, geleneksel ve sosyal bir kurumudur. İnsan soyunun devamını sağlamada, toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesinde, kültürün kuşaktan kuşağa aktarılmasında ailenin evrensel bir görev ve sorumluluğu bulunmaktadır. Bu evrensel rol, doğurganlık fonksiyonu ile yerine getirilir (1).

Ebeveyn olma, insan yaşamındaki önemli kararlardan biridir. Çünkü bu kararın yaşamın tüm yönlerini etkileyen özelliği vardır (1). Gebelik, genellikle bireylerin ebeveynlik rolüne adım attıklarını göstermektedir (2).

Günümüzde gebeliği önleyici yöntemlerin sayısında ve çeşidindeki artışla birlikte bireyler gebe olup olmama konusunda seçme hakkına sahip olmuşlardır. En azından gebelik zamanına karar verme fırsatı elde etmişlerdir. Yine de gebe olmaya ya da ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak oluşmamaktadır (7). Hatta çoğu zaman bireyler bir çocuk doğurmaya yönelik kendilerini motive eden faktörlerin farkında değildirler. Böyle olduğunda gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum daha güç olmaktadır (2).

Eşler çoğu zaman birbirlerini sevdikleri için, yaşamlarını ortak bir noktada paylaşmak için, toplumda bir statü elde etmek, bir kaybın yerini doldurmak (abortus, önemli birinin kaybı ya da kişisel başarısızlıklardan sonra), cinsel yeteneği ve fertilitiyi kanıtlamak ya da ilişkilerini korumak için bir çocuğa sahip olmak isteyebilirler. Eş, akran grubu ve aileden gelen baskılar da eşlerin çocuk sahibi olma kararında etkileyici bir faktör olabilmektedir. Birey istemese bile başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir. Genellikle iş, eğitim ve gelire göre tanımlanan sosyoekonomik durum da ebeveyn olma kararı üzerinde etkili olmaktadır (1).

1.6.2.2. Sosyokültürel Faktörler ve Gebelik Deneyimi

Toplumların sosyal yapıları geliştikçe ve değıştikçe buna paralel olarak olaylara bakış açısı da değışmektedir. Son yıllara kadar gebelik birçok toplumda bir hastalık ve duyarlılık durumu olarak düşünölmüştür. Bu nedenle gebelik sırasında tıbbi bakıma önem verilmiştir. Doğum anında ise kadın, ailesinden ayrı bir şekilde hastaneye kabul edilmiş, eşi ve ailesindeki diğer destekleyici bireyler bu deneyimin dışında tutulmuşlardır. Ancak son yıllarda batı toplumlarında gebeliğe sağlıklı bir yaşam olayı olarak bakılmaktadır. Bu değışimde, kadınlar ve ailelerinden gelen baskılar, değışen sağlık ve sağlık bakım anlayışı ve sağlık personelinin doğumda kadına ve ailesine verdikleri sağlık bakımında farklı alternatiflere yönelik çabaları etkili olmuştur. Bu çabaların bir sonucu olarak bugün batıda kadın ve ailesi gebelik ve doğumun tüm yönlerine aktif olarak katılmakta ve sorumluluk almaktadır. Diğer taraftan geleneksel hastane doğumlarına, hastane içinde ve dışında alternatif yöntemler geliştirilmektedir. Aile merkezli bakıma önem verilmesiyle birçok kurumda gebelik ve doğuma ailelerin katılımını kolaylaştıracak sistemler oluşturulmaktadır. Toplumun değışen bakış açısı, kadın ve ailesinin gebeliğe nasıl tepki vereceğini etkilemektedir (1).

Kültür, bir toplumu diğer toplumlardan farklı kılan, geçmişten beri değışerek devam eden, kendine özgü, sanatı, inançları, örf ve adetleri, anlayış ve davranışları ile onun kimliğini oluşturan yaşayış ve düşünüş tarzıdır. Topluma bir kimlik kazandıran, dayanışma ve birlik duygusu verdiği toplumda düzeni de sağlayan maddi ve manevi değerlerin bütünüdür (48) .

Evrensel olan biyolojik gebelik deneyimi de onu çevreleyen sosyal ve kültürel çevre tarafından şekillendirilir. Kadın ve ailesinin kültürel özellikleri onların gebeliğe uyumlarını, gebeliğe karşı tutumlarını, gebelik ve doğum sürecinde nasıl bir rol alacaklarını belirler (1).

1.6.2.3. Ailesel Faktörler ve Gebelik

Ailesel faktörler ve gebelik arasındaki ilişkiyi değerlendirirken göz önünde bulundurulması gereken iki aile vardır. Birincisi kadının çocukluğunun geçtiği aile ikincisi ise şimdiki ailesi (1,12).

Kadının büyüdüğü aile, onun gebelik hakkındaki inançlarının ve gebeliğe bakış açısının oluşmasında önemlidir. Kendi annesinin gebelik deneyimleri, annesi ile

ilişkileri, ailedeki sevgi ortamı ve ailede çocuğa verilen değer gibi faktörlerin etkisiyle kadın gebeliğe ve çocuk doğurmaya yönelik olumlu ya da olumsuz bir tutum geliştirecektir. Kadının şimdiki ailesi gebeliği onunla en yakından paylaşan kişilerdir. Kadının gebeliği ailenin fonksiyonlarını etkileyebilir, diğer taraftan ailenin yaşadığı ev, çevresi, yaşam koşulları, aile içi iletişim ve ekonomik durum da kadının gebelik sırasındaki duygusal uyumunu etkileyecektir (1,12).

Bir aile teorisyeni olan Duvall, doğum ailesinin gebelik sürecinde başarması gereken bir dizi gelişimsel görevlerle yüz yüze olduğunu söylemektedir. Bu görevler;

- ✓ Gebelik, doğum ve ebeveynliğe ilişkin gereksinimlerini tanımlama ve bu gereksinimlerini nasıl gidereceklerine yönelik plan yapma,
- ✓ Bebeğin fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak için hazırlık yapma (odası, giysileri, yatağı vb. gibi),
- ✓ Artan ihtiyaçları göz önünde bulundurarak ailenin ekonomik durumunu yeniden ayarlama,
- ✓ Rol modellerini tanımlama,
- ✓ Mevcut ve olası duygusal ihtiyaçları karşılayabilmek için akrabalar ve arkadaşlarla iletişimi geliştirme.

Duvall, bu gelişimsel görevlerin başarılamaması halinde ailenin gebelik ve ebeveynliğe uyumunun zor olabileceğini ve aile sisteminde bir kriz gelişebileceğini söylemektedir (1).

Fizyolojik olarak dokuz ay süren gebelik boyunca fetüs, uterus dışında yaşayabilmesi için gerekli olgunluğa ulaşır. Psikososyal bakış açısından ise bu süre kadın ve ailesinin gebelik, doğum ve doğum sonu döneme hazırlanmaları için bir fırsattır. Çünkü sağlıklı bir gebelik ve sonuçta sağlıklı bir anne-bebek için, ailenin gebelikle birlikte yaşamlarında meydana gelen değişimlere uyum yapabilmeleri önemlidir (1).

Gebelik, önce anne adayında başlayan daha sonra büyük ebeveynleri, eşleri ve diğer çocukları da kapsayan bir süreçtir. Gebelik ilerledikçe her ailenin psikolojik tepkileri değişmektedir. Gebeliğe tepkiler ilk olarak belirsiz olsa da gebelik ilerledikçe gebe ve ailesi gerçek anlamıyla gebeliğe uyumu tamamlar (12).

1.6.2.4. Bireysel Faktörler ve Gebelik

Kadının stresle baş etme yeteneği, onun yeni yaşam olaylarına nasıl uyum yapacağını belirleyicisidir. Bu uyum yeteneği, kadının temel kişilik özelliklerine bağlıdır. Bazı kadınların yeni bir yaşam deneyimi olan gebeliğe uyum yapmaları zor olmaktadır. Çünkü bu kadınlar gebeliğe, gençlik ve güzelliklerini tehdit eden bir olay olarak bakabilmektedirler. Aynı zamanda gebelikle birlikte özgürlüklerinin kısıtlandığını ve mesleki amaçlarının engellediğini hissedebilmektedirler (1,12).

Bunların dışında yaş, partnerin varlığı ve ekonomik durum da gebeliği etkilemektedir (1). Özellikle benlik karmaşası içinde olan adölesan gebeliklerde fetüsün varlığı ve ona karşı olan fedakarlık duygusu, adölesan gebenin karşısına ikinci bir karmaşa olarak çıkmaktadır. Ayrıca, partneri olamayan gebeler, çevrelerine ve ailelerine gebeliği açıklamakla ilgili zorluklar yaşamakta ve gelecek kaygısı gibi problemler yaşamaktadırlar (12).

Ekonomik durumu iyi olan aileler gebeliğe daha kolay uyum sağlarken, ekonomik durumu zayıf olan ailelerde gebeliğe uyum daha zordur. Kendi bakımlarını aksatmakta ve koruyucu bakıma önem vermemektedirler (1,12).

1.6.2.5. Gebelik ve Evlilik İlişkisi

Evlilik, bir kadın ve bir erkeğin karı-koca rollerini üstlenerek yaşamlarını birlikte geçirmek ve soylarını yasaların koruduğu bir kurum içerisinde belirli bir statüye sahip çocuklar dünyaya getirerek sürdürmek üzere oluşturdukları bir ilişkiler sistemidir (32). Gebelik ve bunun sonucunda evliliğe bir bebeğin eklenmesi, kadın ve kocası arasındaki iletişimin niteliğini değiştiren bir olaydır. Bu değişim çiftin ilişkisine yeni bir boyut getirdiği için gelişimsel bir mücadeleyi de belirtmektedir (1). Eşlerde ilk gebelikle birlikte ebeveyn olma yolunda, dönüşü olmayan bir süreç başlamaktadır. Bu dönemde ailenin her üyesi gebeliği, kendi gereksinimleri ve beklentisi doğrultusunda yorumlar ve anlar (49). Bu anlam onların hem gebeliğe tepkilerinin hem de ilişkilerinin önemli bir belirleyicisidir (1).

Gebeliğin evlilik ilişkisi üzerindeki etkisi, olumlu ya da olumsuz olabilir. Bazı kadınlar gebelikle birlikte eşleri ile daha yakınlaştığını ifade ederken, bazıları gebeliğin ilişkilerini engelleyebileceğine ilişkin endişe yaşadıklarını belirtmişleridir. Bazı bireyler gebeliğin eşler arasındaki iletişim problemlerini çözeceğini ve kötüye giden bir evliliği kurtarabileceğini düşünürler (1).

1.6.2.6. Gebelik ve Sosyal Destek

İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan “Sosyal Destek Sistemleri” olarak tanımlanır (50). Sosyal desteğin sağlandığı sosyal ağ, bireyin etkileşimde bulunduğu kişileri içerir. Bu kişiler aile, arkadaş ve iş çevresinden olabildiği gibi profesyonel kişileri de içerebilir (50).

Sosyal desteği maddi, duygusal ve bilişsel destek olarak incelemek mümkündür. Maddi destek bireyin günlük sorumluluklarını gerçekleştirebilmesi için başkaları tarafından maddi açıdan desteklenmesidir. Duygusal destek bireyin sevgi, şefkat, güven, ilgi, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerinin karşılanmasıdır. Bilişsel destek, bireyin sorunlarını çözmesine yardım edecek bilginin ve yardımın sunulmasıdır (1,50).

Sosyal destek, gebelik ve doğum sonrası dönemdeki kadının annelik rolüne uyum sürecini olumlu yönde etkilemekte, bebeğine olan duyarlılığını artırmakta ve yakınları ile ilişkilerini kolaylaştırmaktadır. Destek eksikliği ise, bu deneyimi olumsuz etkileyebilir. Kadının sosyal çevresinden aldığı desteği sayesinde, gebeliğini daha olumlu geçirdiği, annelik rolünü daha çabuk kazandığı ve doğum sonrası daha az sorun yaşadıkları belirtilmiştir (1,50).

1.6.2.7. Kadının Gebeliğe Psikososyal Tepkisi ve Uyumu

Gebelik sağlıklı kadınlar için bile olsa, psikososyal yönden riskli bir dönemdir. Kişilik ve duygu yaşantısı bozuk, yetersiz, bedensel ve ruhsal açıdan çocuksu kadınlarda gebelik süreci daha güç yaşanmaktadır (21).

Gebenin psikolojik tepkileri, gebelik ilerledikçe değişir. İlk olarak gebenin ilgisi kendi üzerindedir, gebelik üzerine kararsızlıkları mevcuttur. Yavaş yavaş odak noktasını bebek ve onu korumak almaktadır (12). Her bir gebelikte, trimesterine göre kadının tepkileri ve başarması gereken gelişimsel görevler farklıdır (1,8,12,21).

Birinci trimesterde; belirsizlik duygusu yaşanmaktadır. Kadın, erken haftalarda gebe olduğundan emin değildir ve bunu onaylamaya ihtiyacı vardır. Gebelik belirtilerini dikkatlice vücudunda gözlemler. Durumu ailesi ve arkadaşlarıyla paylaşır ve genellikle bunun için reçetesiz bir gebelik testi kullanmaktadır. Genellikle kadın, bir doktor, hemşire ya da ebe onayına ihtiyaç duyar. Gebelik belirsizliğine olan

tepkiler kişiden kişiye değişmektedir. Kadın gebelik belirtilerini gözlemledikçe umutlanabilir veya endişelenebilir (12).

Gebelerin yarısından fazlası gebeliklerini beklenmedik bir şekilde öğrenmektedir. Gebelik onaylandıktan sonra, çoğu kadın gebe olma konusunda, kararsızlık, ambivalan duygular yaşamaktadır (12). Bazı gebeliklerde, gebelik planlı olsa dahi, kolay kabul edilememektedir (1). Uzun süreli planların varlığı, iş bağlantıları, finansal stresin olması, mevcut çocuğun gereksinimlerinin güçlükle karşılanması gibi durumlarda, bir çocuğa sahip olmanın gerçekçi olup olmayacağı konusunda çelişkiler mevcuttur (8,12). Ambivalan duygular, üçüncü trimestere kadar yoğun olarak devam eder ve sonra annelik rolü ile çatışmaya başlar (8,12).

Primer odak olarak “benlik”; ilk trimesterde bebek üzerine değil kadının kendi üzerindedir, fetüs kadın için henüz gerçek değildir (1). Çünkü fetüsün büyüüp gelişmesini gösteren kilo alma ve abdomenin büyümesi belirginleşmemiştir; fiziksel değişimler ve hormon seviyelerindeki dalgalanmalar olabilmektedir. Bu durum karşısında özellikle eş şaşkınlık yaşayabilmektedir, kadın ve ailesi bu değişimler konusunda önceden hazırlandığında, durumun kabulü kolaylaşmaktadır (12).

Birinci trimesterin sonunda gebeliği kabullenildiğini gösteren belirtiler:

- Gebelikten hoşlanma ve mutluluk duyma
- Fiziksel rahatsızlıkları iyi tolere etme
- Kendisi ve ailesinin gebelik ve doğumla baş edebileceği duygusu, özgüven ve umut duygusu (42).

Gebeliğin kabullenilmediğini ya da bu konuda bir zorluğun olduğunu gösteren belirtiler:

- Üzüntü ve mutsuzluk
- Gebeliğe bağlı oluşan değişimler tarafından bunaltılmış olma duygusu
- Gebelikten dolayı dünyasının daha kötüleşeceği duygusu
- Sürekli hasta olma duygusu
- Gebe olma ile ilgili sürekli bir pişmanlık (42).

İkinci trimesterde gebenin fetüsü hissetmesiyle beraber, uterusun büyümesi, beden imajında olumlu etkilere, kadın ve eşinin gurur yaşamasına sebep olmaktadır (37). İkinci trimester, gebeliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağlandığı dönemdir. Yorgunluk, bulantı kusma azalır ve pelvik konjesyon artar. Anne adayı artık gebe olduğu gerçeğini ve hayatına getireceği değişiklikleri benimser (42).

Bu dönemde kadının başarması gereken gelişimsel görev, bir önceki dönemde onun için gerçek olmayan fetüsü ayrı bir varlık olarak algılayıp kabul etmektir. Bunu “Bir bebek sahibi olacağım.” ifadesiyle özetleyebiliriz. İkinci trimestirde meydana gelen diğer değişimler; “gebeliğin fiziksel olarak doğrulanması, primer odak olarak fetüs, narsizm ve içe dönme, beden imajı, cinsel yaşamdaki değişimler” sayılabilir (42).

Gebeliğin fiziksel olarak doğrulanması; ikinci trimester sırasında anne adayında fetüsün algılanmasını sağlayan bazı fiziksel değişimler meydana gelir. Uterus hızla büyür ve abdomenden hissedilir. Kilo artar, memelerde değişimler meydana gelir. En önemlisi kadın fetüsün hareketlerini hisseder. Bu hareket önemli bir olaydır çünkü uterus içinde bir yaşamın geliştiğini doğrular. Sonuç olarak kadın artık fetüsü vücudunun bir parçası olarak değil kendisine bağımlı olmasına rağmen, kendisinden ayrı bir varlık olarak algılar (1,12).

Primer odak olarak fetüs; ikinci trimesterde kadın fetüse odaklanır. Genellikle kendini iyi hisseder. Gebeliğe bağlı rahatsızlıkları azalmıştır. Bu dönemde kadın sağlıklı bir bebek dünyaya getirebilmek için neler yapması gerektiğini düşünür. Yaratıcı bir enerji ve memnuniyet duygusu yaşar (1).

Narsizm ve içe dönme; ikinci trimesterde kadınlar fetüsü koruma yetenekleri hakkında endişelenirler. Bu endişe sıklıkla narsizm ve içe dönme şeklinde kendini gösterir. Kıyafetleri, yediği besinler ve yaşadığı çevre öncesine göre daha önemlidir (1). Çevreden gelen sözler önemlidir. Çevresel olayları fetüsün sağlığını etkileyip etkilemediğine göre değerlendirirler. Bundan dolayı bazı kadınlar işlerine ve çevresindeki diğer bireylere daha az ilgi gösterirler (8).

Beden imajı; bu dönemde kadının bedeninde hızlı ve yoğun değişimler olur. Bu değişiklikler çoğu kadın tarafından olumlu karşılanır, hatta kadın ve eşinde bir gurur yaratır çünkü fetüsün büyüdüğünü göstermektedir (1). Bazı kadınlar gebelikten sonraki beden imajını düşünerek olumsuz tepki verebilmektedirler (12).

Cinsel yaşamdaki değişimler; çoğu kadın gebelik sırasında artan bir sevgi ve ilgi ihtiyacı hissetmesine rağmen, cinsel aktivitedeki değişim her kadında farklı olabilir. Cinsel istek artabilir, azalabilir ya da değişmeden kalır. İlk trimesterde bulantı, yorgunluk, memelerdeki duyarlılık gibi fiziksel şikayetler cinsel isteği azaltabilir. Kadının ilgisinin azalması, eşinin de ona karşı olan ilgisinde bir azalmaya

neden olabilir. Ayrıca bu dönemde eşlerin fetüse zarar verme endişesi de cinsel isteği azaltmaktadır (1,8,12).

Üçüncü trimesterde; fiziksel şikâyetler bu dönemde uterusun büyümesine paralel olarak farklı bir şekilde tekrar ortaya çıkabilir (37). Beden imajındaki değişiklikler kadının gebeliğe ve cinselliğe karşı tutumunu etkiler. Bu dönemde kadının doğum ve bebek için hazırlıkları artmıştır. Bebeğin odasını hazırlar, giysilerini alır, bebek için isim seçer ve doğum hakkında bilgi arar. Bazı kaynaklarda bu aktiviteler “Yuva yapma davranışı” olarak isimlendirilmektedir. Kadının bu dönemdeki gelişimsel görevi annelik rolünü almaya başlamasıdır. Yani kadın ”Bir anne olacağım” diyebilmelidir. Annelik rolünü kazanma, doğumdan sonra da devam edecek bir süreçtir. Bunun yanında bu trimesterde gebe daha duyarlı hale gelir, duygusal bağımlılık ve destek arayışları artar, doğum korkusu başlar (1,8,12).

Duyarlılık; bu dönemde gebe daha duyarlı bir hale gelir. Bebeğini kaybedebileceği ya da ona zarar verebileceği duygusu yaşar. Bu nedenle kendine çok dikkat eder. Birçok kadının bu konuyla ilgili fantezileri ve korkulu rüyaları vardır (6).

Bağımlılığın artması; anne adayı gebeliğin son aylarında fiziksel ve duygusal destek için başkalarına, özellikle eşine daha bağımlı olmaya başlar. Bağımlılığın belirtileri değişebilir. Örneğin, eşine her an ulaşabileceğinden emin olmak için onu sık sık telefonla arayabilir. Kadın, artan bu bağımlılık davranışını açıklayamasa da, eşinin bu duygularını anlamasını bekler (1). Bebeğin, ailenin diğer fertleri tarafından da kabul edilmesini ister, bebeğin reddedilmesini kendinin reddi olarak görmektedir (6).

Doğum korkuları; birçok kadın doğum zamanını tam olarak belirleyememe endişesi yaşar. Doğum için hastaneye yetişemeyeceğinden korkar. Aynı zamanda doğum sürecine ilişkin korkuları da vardır. Primipar kadınlar bilinmeyen korkusu yaşarken, multiparlar ise bazı şeylerin yanlış gideceği gibi korkular yaşamaktadırlar (1,8). Gebelikte doğum korkusu, çok şiddetli boyutlara ulaşırsa “tokophobia” olarak adlandırılmaktadır. Bu korku, gebelikten önce oluşmakta, gebeliğin üçüncü trimesterinde daha da artmakta ve obstetrik komplikasyonların gelişmesine sebep olabilmektedir (42). Bunlardan başka kadınlar, doğum ağrılarına nasıl tepki verecekleri, bebeğinin ve kendisinin yaşayıp yaşamayacağı hakkında endişelenebilirler (51). Kadının gebeliğe uyum yapmasını zorlaştıran bazı faktörler

vardır. Bu faktörler aynı zamanda kadının gebelikte birlikte başlayan annelik rolünü kazanma sürecini de etkilemektedir (6).

Bu faktörler:

- ✓ Gebeliğin çoğul gebelik olduğunu öğrenme,
- ✓ Bir önceki gebelikten 10-12 ay sonra meydana gelen gebelik,
- ✓ Gebelik sırasında yerleşim yerini değiştirmek zorunda kalma,
- ✓ Beklenmedik bir iş kaybı ile birlikte sosyal güvence kaybı,
- ✓ Kadının kendisinde, eşinde ya da yakın akrabalarının birinde ortaya çıkan ciddi bir hastalık,
- ✓ Gebelik sırasında eşin ya da kadın için önemli olan bir bireyin kaybı,
- ✓ Gebelik komplikasyonları,
- ✓ Arkadaş ya da yakın akrabalarda konjenital anomalisi olan çocuk olması,
- ✓ Gebelik sırasında evlilikte ortaya çıkan sadakat ve güven sorunları,
- ✓ Rol çatışmaları,
- ✓ Önceki abortus, ölü doğum, infertilite ve travmatik doğum öyküsü (1,21).

1.6.2.8. Baba Adayının Gebeliğe Psikososyal Tepkisi ve Uyumu

Baba adayı kadın gibi gebeliğin biyolojik sürecini yaşamamasına rağmen, yeni rolüne uyum yapması için bazı psikososyal değişimlerden geçecektir. Ayrıca bu değişimler onun için daha zor olabilir çünkü baba adayı genellikle hem aile çevresi hem de sağlık personeli tarafından ihmal edilir. Yıllardır ebeveynliğe bir kadın görevi olarak bakılmıştır. Bugün ise erkekler, gebelik ve doğum olaylarında daha fazla rol almak istemektedir. Ancak bu anlamda onlara yeterli sosyal destek sunulmadığı gibi, uygun rol modellerinin sayısı da azdır (1).

Bebek bekleyen babanın bilinç dışı duyguları ve çocukluk dönemi anıları onun gebeliğe duygusal uyumunda önemli rol oynar. Doğumda yer alması, onun bebeğe bakma ve büyütme davranışlarını geliştirir, güçlendirir. Babanın babalık sorumluluklarına odaklanması ve bunları yerine getirmesi üç fazda gerçekleşir (42). Bu fazlar;

Duyma Fazı; babanın gebeliğe ilişkin başkalarından bilgi edindiği ve gebeliği öğrendiği ilk dönemdir. Bu dönem, birkaç saatten birkaç haftaya kadar uzar. Gebelik, baba adayları için ilk olarak yalnızca bir tanıdır. Gebelik belirtileri bir hastalık

semptomu gibi algılanabilir (1). Bu durum, gebeliği istemeye bağılı olarak güçlü gurur ya da şok duygularıyla karakterizedir (42).

Erteleme Fazı; süresi değışkendir. Ancak tipik olarak 12. haftadan 25. haftaya kadar uzanır. Gebelik bu dönemde babaya gerçek olarak uzaktır. Bu uzaklık gebelikten dolayı babanın nelerden vazgeçmesi konusunda ambivalan duygular yaşamasına neden olur (42).

Odaklanma Fazı; 25. hafta ile 30. haftalar arasında başlayıp doğum sürecine kadar devam eden bir dönemdir. Baba, gebeliği anne ile uyumlu bir şekilde kabullenir, ortak planlar içine girer (42).

1.6.2.9. Kardeşlerin Gebeliğe Psikososyal Tepkileri ve Uyumu

Kardeşlerin, annelerinin gebeliğine psikososyal tepkileri ve uyumları yaşları ve gelişme düzeylerine bağılıdır (1).

İki yaşından küçük çocuklar; Bu yaş grubundaki çocuklar gebelik sırasında annede meydana gelen değışikliklerin farkında değıillerdir ve yeni bir kardeşin geldiğini algılayamazlar. Zaman algıları tam olarak gelişmemiştir. Ebeveynler genellikle bu yaş grubu çocuklardan yeni bir bebek geleceğini saklamayı tercih ederler. Bu gruptaki çocukları yeni bir bebeğin gelmesine hazırlamak ne kadar zor olsa da hemşire yardımıyla doğumdan birkaç hafta önce çocuk hazırlanmalıdır. Hemşire aileye çocuğun uyku düzeni gibi yaşamsal gereksinimlerini düzene sokarak ileride oluşabilecek öfke ve kıskançlık gibi problemleri daha az yaşayacakları konusunda aileyi bilinçlendirmelidir (12). Bu yaştaki çocuklara ebeveyn sevgisi ve ilgisinin güvencesinin verilmesi önemlidir. Ebeveynler çocuğun olumsuz duygularını yargılamadan kabul etmeli ve çocuğun sevgisini güçlendirmeye devam etmelidir (1).

Üç-altı yaş grubu çocuklar; bu yaş grubundaki çocuklar annenin vücudundaki değışimlerin daha fazla farkındadır ve bir bebeğin geleceğini algılayabilirler. Annenin abdomenini inceleyebilir ve fetüsün hareketleri gözleyebilirler. Fetüsün kalp seslerini dinlemekten hoşlanabilirler. Fetüsün gelişimi, annenin karnından nasıl çıkacağı hakkında sorular sorabilirler. Ancak bu yaş grubu çocuklar bebeğin bir oyun arkadaşı olabileceğini düşünebilirler. Bu nedenle bebeği çok küçük ve çaresiz gördüklerinde şok olabilirler (1,12). Bu gruptaki çocuklar annenin birkaç günlüğüne yokluğuna hazırlanmalıdır (12).

Okul çağı çocukları; bebek için yapılan hazırlıklara katılmak isteyebilirler. Bebeğin gelişimini bir takvime işaretleyebilirler. Bu çocuklar fetüsün hareketlerini hissetmeleri için teşvik edilebilir. Çocuk, annesinin abdomenine yaklaşıp fetüsle konuşabilir (1). Bu gruptaki çocuklar bebek doğunca oluşabilecek rol karmaşasından endişelenebilirler. Aile çocuklara kardeşlik kavramını anlatmalı ve onlarla daha fazla vakit geçirerek güvenlerini kazanmalıdır (12).

Adölesanlar; adölesanların tepkileri de gelişme seviyelerine bağlıdır. Bazı adölesanlar gebelik, ebeveynlerinin cinsel olarak aktif olduğunu kanıtladığı için utanabilirler. Birçok adölesan kendi gelişimine yoğunlaşmış olabilir ve benlik kavramı kargaşası yaşayabilmektedir. Direkt olarak onları ya da aktivitelerini etkilemediği sürece gebeliğe karşı ilgisiz olabilirler. Diğer taraftan bazı adölesanlar ise gebelikteki tüm hazırlık sürecine katılmak isteyebilirler (1,12).

1.6.2.10. Büyükanne-Büyükbabanın Gebeliğe Psikososyal Tepkileri ve Uyum

Büyükanne-büyükbabaların inançları, torunlarına verdikleri önemi büyük ölçüde etkilemektedir. Birçok büyükanne ve büyükbaba torunlarıyla ilişkilerini kendi çocuklarının- çocuklarıyla olan ilişkilerine göre daha önde tutmaya çalışırlar. Gebelik boyunca her konuyla alakadar olmaya çalışırlar ve gelenek göreneklere göre gebeliğin sürdürülmesini isterler (hediyeler alma gibi). Anneler, gebe kaldığında eğer büyük çocuk mevcut ise bakımı için teklif sunmaktadırlar (12).

Geçmiş yıllarda, bebek bakımı ve gebelik ile ilgili daha çok söz sahibi olmaya çalışan büyükler, sağlık çalışanlarının profesyonelleşmesiyle kendilerini geri plana atmışlardır. Bu bazen bebeğe ve gebeliğe ilgisiz gibi görünmelerine neden olabilmektedir. Hemşire büyük ebeveynlerin kendilerini ifade etmelerine olanak sağlamalı ve rol karmaşası yaşıyorlarsa bunların çözümüne yardımcı olmalıdır (12).

1.6.11. Gebeliğe Uyum ve Prenatal Bağlanma

Bağlanma iki kişi arasında güçlü bir bağ olarak tanımlanmaktadır (19,53,54,55). Maternal ve fetal bağlanma anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen yegane bir ilişkidir (56). Bağlanma kavramı çok geniş bir anlam taşımaktadır, hem bebeğin anneye bağlanması, hem de annenin çocuğuna yönelik duygusal bağı, bağlanma sözcüğü ile karşılanmaktadır (15).

Anne-bebek bağlanması neonatal dönemde değil prenatal dönemde ortaya çıkmaktadır (29). Doğum öncesi bağlanma, ebeveynler ve doğmamış çocukları arasında kurulan duygusal bir bağlıdır. Hamilelik sürecinde gebe ve fetüs arasındaki bağlanma bebekle kurulan ilk ve önemli ilişki olarak tanımlanmaktadır ve doğum sonrasında anne-çocuk ilişkisinde belirleyici olmaktadır (15).

Annenin fetüse bağlanması, gebeliğin planlı olması, gebeliğin onaylanması, gebeliğin kabul edilmesi, fetal hareketlerin hissedilmesi, fetüsün bir birey olarak kabul edilmesi, doğum yapmak, bebeği görmek, bebeğe dokunmak ve bebeğe bakım vermekten etkilenmektedir (57).

Kadınların perinatal dönemdeki ruhsal sağlığı ile bebeğine bağlanması ilişkilidir. Zayıf bağlanma ve olumsuz maternal davranışlar, pospartum anksiyete ve depresyon ile ilişkilidir (18). Gebeliğini fiziksel ve psikolojik olarak sağlıklı geçiren gebelerin, prenatal bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (33). Anne-fetüs bağlanma düzeyini tespit etmek önemlidir (19). Çünkü doğum sonu dönemde yeni doğan ile anne arasındaki bağ, prenatal sürecin bir etkisidir (53). Zayıf bağlanma riski taşıyan kadınlar, uygun girişimlerde bulunularak tedavi edilebilmekte ve bebeklerinde bağlanmada kayıtsız tavır sergileyen veya bu konu hakkında bilgisi olmayan kadınlara verilen eğitim ile motivasyondan fayda görülmektedir (19,53).

1.6.3. Riskli Gebelerde Gebeliğe Uyum ve Hemşirelik Yaklaşımı

Gebelik, biyolojik olarak normal bir süreç olmasına karşın kadın yaşamında çok sık deneyimlenen bir olay değildir. Gebelik yüksek riskli ise, gebe ya da fetüste hastalık ya da ölüm riski varsa, aile büyük bir durumsal kriz ile yüz yüze gelir ve aile aynı zamanda gelişimsel stresörlerle de karşı karşıya gelir (42). Gebenin kendi ve fetüsün sağlığını yükseltmek için yeni duruma uyumu gerekir. Ayrıca bebeğin doğumu sadece anne üzerinde değil, baba, kardeşleri, büyükanne ve büyükbaba üzerinde etkiler yaratmakta ve onların tüm rollerinde, ilişkilerinde değişikliklere sebep olmaktadır (52).

Bu nedenle hemşire, yeni doğanın da dahil olduğu yeni aile ünitesini, bütünsel bir yaklaşımla ele almalı ve gereksinimlerini değerlendirmeli ve yardım vermeye önem vermelidir (42,52). Yüksek riskli gebe ve ailesinin önceki baş etme biçimlerini kullanmasını ve yeni baş etme becerilerini geliştirmesini değerlendirmeli ve yardım etmelidir(42).

Prenatal döneme ilişkin bakım gereksinimleri;

- ✓ Sağlıklı ve güvenli ebeveynliğe hazırlık
- ✓ Gebelikten korunma ya da gebe kalma
- ✓ Gebelik ve doğuma, fizyolojik ve psiko-sosyal uyum
- ✓ Gebeliği sürdürme ve izleme
- ✓ Prenatal tanı yöntemlerine destek
- ✓ Önceden var olan ya da gebelikle birlikte ortaya çıkan sağlık sorunları
- ✓ Diğer çocuklar ile gebenin vakit geçirmesi
- ✓ Aile bütünlüğünün sağlanması ve sürdürülmesi
- ✓ Sosyal izolasyon gereksinimleri
- ✓ Korku, anksiyete, engelleme duygularını araştırma ve tanılama, çatışmaları
çözümleme
- ✓ Doğuma yardım ve eyleme ilişkin sağlık sorunları
- ✓ Sağlıklı yeni doğan bakımı
- ✓ Lohusa bakımı ve sağlık problemleri
- ✓ Aile üyelerinin gebelik, doğum ve yeni doğana uyumudur.

Hemşirelik bakımı ile anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, önceden var olan ya da bu dönemde oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla maternal-fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirmek amaçlanmalıdır (42, 52).

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 ARAŞTIRMA TİPİ

Araştırma, riskli gebelik tanısı alan, hastanede tedavi ve bakım gören gebelerin, gebelik uyumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

2.2 ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇLER

Araştırma verilerinin toplanmasında;

- Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verileri toplamak amacı ile Gebe Tanılama Formu
- Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)
- Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) kullanılmıştır.

2.2.1 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

2.2.1.1. Gebe Tanılama Formu

Oluşturulan formda, gebenin tanıtıcı bilgileri (doğum yeri, yaşı, eğitim durumu, mesleği, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, sosyal güvence türü, aile tipi, ailenin gelir durumu, evlilik süresi), annenin obstetrik öyküsü (gebeliğin planlı olup olmadığı, gebelik sayısı, önceki gebelik özellikleri, yaşan çocuk sayısı), annenin hastaneye yatma durumu, süresi ve sebebi sorgulanmıştır (EK I).

2.2.1.2 Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Ledermen tarafından 1979 yılında doğum öncesi dönemdeki kadınların anneliğe uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, toplam 79 maddeli, dörtlü likert tipi bir ölçektir. PKDÖ'nin annelerin gebeliğe uyumlarını değerlendiren 7 alt ölçeği bulunmaktadır. Her bir alt ölçek 10 ile 15 madde içermektedir. Alt ölçekler; gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, kendi annesi ile ilişkisinin durumu, doğuma hazır oluş, doğum korkusu, kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri olarak gruplandırılmıştır.

Ölçekteki her madde 4 dereceli değerlendirmeye ölçülmektedir. Gebeliğe uyum '1'den '4'e (4:'çok fazla tanımlıyor', 3:'kısmen tanımlıyor', 2:'biraz

tanımlıyor', 1:'hiç tanımlamıyor') kadar değişen puanların sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir. Ölçekteki maddelerin 47 tanesi ters yönlüdür ve puanlama 4'ten 1'e doğru yapılmaktadır. Bunlar; 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 59, 60, 61, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79. maddelerdir. Ölçeğin tamamı için en az 79, en fazla 316 puan alınabilmektedir. Düşük puanlar gebeliğe uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Lederman tarafından 1979 yılında kadınların gebeliğe uyumunu değerlendirmek amacıyla oluşturulan ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması 2006 yılında Beydağ tarafından yapılmıştır. Türkçe'ye çevrilen ölçeğin cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.81, alt ölçeklerin güvenirlik katsayıları 0.72 ile 0.85 arasında bulunmuştur (41) (EK II). Çalışmada PKDÖ Cronbach Alfa değeri güvenirlik katsayısı 0,929 ve PKDÖ alt ölçeklerin güvenirlik katsayılarının 0,671 ile 0,887 arasında değiştiği hesaplanmıştır (Tablo 6).

2.2.1.3 Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)

Prenatal Bağlanma Envanteri 1993 yılında Muller tarafından geliştirilmiştir. Gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 21 maddeden oluşmaktadır ve her madde 1 ile 4 arasında puan alabilen dördümlü likert tiptedir. Gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. Maddeler; 1: 'hiçbir zaman', 2: 'bazen', 3: 'sık sık', 4: 'her zaman' şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten en az 21 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği 2013 yılında Yılmaz tarafından yapılmıştır. İç tutarlılığı için yapılan analizde cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (53) (EK III). Çalışmada PBE Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,924 olarak hesaplanmıştır (Tablo 6).

2.3 ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırmanın, İzmir Kamu Hastaneler Birliği Güney Sekreterliği Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi ve İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Perinatoloji Servisi'nde 30 Mart 2014- 30 Mart 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

2.4 ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini; İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Güney Sekreterliği Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi (N:235) ve İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Perinatoloji Servisi'nde (N:2000) yatan riskli gebelik tanısı almış gebelerden oluşmaktadır.

2.5 ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örnekleme, evreni bilinen örneklem sayısını hesaplama formülü ile hesaplanmıştır.

$$n = \frac{N(t1-a)^2(p.q)}{S^2(N-1)+S^2(p.q)}$$

Yapılan hesaplama doğrultusunda %95 güven aralığında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nden yatan riskli gebelik tanısı almış 147 gebe, İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Servisi'nde yatan riskli gebe tanısı almış 323 gebenin örnekleme alınması gerektiği belirlenmiştir. Araştırma kapsamına belirlenen hastanelerden sırasıyla 159 ve 320 gebe araştırmanın örneklemini oluşturmuştur (n:479).

2.6 ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişkenler: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları.

Bağımsız değişkenler: riskli gebelik tanısı, kadının yaşı, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, eşinin mesleği, ailenin tipi, ailenin gelir durumu, önceki gebelik durumu, gebeliği isteme durumu, kronik hastalık varlığı, eşinin gebeliğe karşı tutumu, yaşayan çocuk sayısı, hastanede kalma süresi ve PBE puan ortalaması.

2.7 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Araştırmanın verileri İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Güney Sekreterliği Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi Ve İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Perinatoloji Servisi'nde 30 Mart 2014 – 30 Mart 2015 tarihleri arasında riskli gebelik tanısı almış, herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden toplanmıştır.

Gebelere; Gebe Tanılama Formu, PKDÖ ve PBE araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

2.8 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE BULGULARIN ANALİZİ

Araştırmada kullanılacak anket formları araştırmacı tarafından incelenip hata kontrolleri yapıldıktan sonra veriler bilgisayara geçirilerek dökümleri yapılmıştır. Araştırmanın verilerinin analizi bilgisayarda Statistical Package For Social Science (SPSS) 16.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amacına uygun olarak verilerin analizinde; sayı, yüzde, Student t test, Varyans analizi, Mann Whitney U analizi, Kruskal Wallis Varyans analizi ve Korelasyon analizleri yapılmıştır.

2.9 SÜRE VE OLANAKLAR

Eylül- Kasım 2013 tarihleri arasında araştırma planı yapılmış, ilgili literatür taranmış, tez konusu belirlenmiştir. Aralık 2013 tarihinde Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde tez önerisi olarak sunulmuştur. Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden tez onayı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı ve İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Güney ve Kuzey Sekreterliği'nden kurum izinleri alınarak, 30 Mart 2014 - 30 Mart 2015 tarihleri arasında veri toplama aşaması tamamlanmıştır. Veri toplama aşamasıyla eş zamanlı olarak araştırmacı tarafından verilerin kodlamaları yapılmıştır. Nisan-Mayıs aylarında istatistiksel analizler yapılmış ve bu tarihten sonra tez yazımı tamamlanmıştır.

Şekil 4: Araştırma Zaman Çizelgesi

Yapılan Çalışmalar	Tarihler							
	Eylül-Kasım 2013	Kasım 2013	Aralık 2013	Ocak 2014	Mart 2014-Mart 2015	Nisan –Mayıs 2015	Mayıs -Eylül 2015	Ekim 2015
Literatür inceleme ve konu seçimi								
Araştırma deseninin seçimi								
Tez önerisi								
Düzeltilmelerin yapılması								
Veri toplama aşaması								
Verilerin değerlendirilmesi, analizi								
Tez yazımı								
Tez savunması								

2.10 ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmada kullanılması planlanan PKDÖ için Türkçe geçerlik güvenirliğini yapmış olan Yard. Doç. Dr. Kerime Derya (Taşçı) Beydağ'dan (EK IV) ve Prenatal Bağlanma Envanteri için Türkçe geçerlik güvenirliğini yapmış olan Yard. Doç. Dr. Sema Dereli Yılmaz'dan (EK VI) mail yoluyla kullanım izni alınmıştır.

Araştırmanın yürütülmesi için; Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Verilerin toplanabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Güney Genel Sekreterliği ve Kuzey Genel Sekreterliği'nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan gebelere çalışmanın amacı araştırmacı tarafından açıklanıp katılımları için sözlü onamları alınmıştır.

BÖLÜM III

3. BULGULAR

3.1. RİSKLİ GEBELERİN VE EŞLERİNİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan riskli gebelere ve eşlerine ilişkin tanımlayıcı özellikler yer almaktadır.

3.1.1. Riskli Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Riskli Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler		Sayı	Yüzde	Ortalama
Tedavi Gördüğü Hastane	İzmir Kamu Hastaneler Birliği Güney Sekreterliği Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	159	33,2	
	İzmir Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	320	66,8	
Doğum Yeri (Bölge)	Marmara Bölgesi	39	8,1	
	Ege Bölgesi	227	47,4	
	Akdeniz Bölgesi	18	3,8	
	Karadeniz Bölgesi	19	4,0	
	İç Anadolu Bölgesi	37	7,7	
	Doğu Anadolu Bölgesi	61	12,7	
	Güney-Doğu Anadolu Bölgesi	55	11,5	
Yaş Grubu	Yurt Dışı	23	4,8	
	16-20 yaş	61	12,7	
	21-25 yaş	101	21,1	
	26-30 yaş	146	30,5	28,16±5,97
	31-35 yaş	118	24,6	
Eğitim Durumu	36 yaş ve üzeri	53	11,1	
	Okur-yazar değil / Okur yazar	72	15,0	
	İlkokul / Ortaokul	206	43,0	
	Lise ve Dengi	143	29,9	
Çalışma Durumu	Üniversite / Lisansüstü	58	12,1	
	Çalışıyor	108	22,5	
Medeni Durum	Çalışmıyor	371	77,5	
	Evli	451	94,2	
Evlilik yılı	Bekar	28	5,8	
	0-2 yıl	196	40,9	
	3-5 yıl	94	19,6	
	6-8 yıl	54	11,3	
	9-11 yıl	52	10,9	5,97±5,65
	12-14 yıl	31	6,5	
	15 yıl ve üzeri	52	10,8	

Sosyal Güvence	Yok	50	10,4
	SGK	395	82,5
	Özel sağlık sigortası /diğer	34	7,1
Aile Tipi	Çekirdek aile	337	70,4
	Geniş aile	135	28,2
	Parçalanmış aile	7	1,4
Gelir Durumu	Gelir giderden az	333	69,5
	Gelir gidere denk	138	28,8
	Gelir giderden fazla	8	1,7
TOPLAM		479	100

Tablo 1’de araştırmaya katılan riskli gebelerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bilgiler görülmektedir. Çalışmaya alınan riskli gebelerin %33.2’si İzmir Kamu Hastaneler Birliği Güney Sekreterliği Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde tedavi görmekte olup, %66.8’i İzmir Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde tedavi görmektedir (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan riskli gebelerin doğum yerlerinin %8.1’inin Marmara Bölgesi, %47.4’ünün Ege Bölgesi, %3.8’inin Akdeniz Bölgesi, %4.0’ünün Karadeniz Bölgesi, %7.7’sinin İç Anadolu Bölgesi, % 12,7’sinin Doğu Anadolu Bölgesi, %11.5’inin Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve %4.8’inin yurt dışı olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Araştırmaya katılan riskli gebelerin yaş ortalamalarının 28.16 ± 5.97 , evlilik yılları ortalamalarının 5.97 ± 5.65 olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin %15.0’i okur yazar değil/okur-yazar, %43.0’ü ilkokul/ortaokul mezunu, %29.9’u lise ve dengi okul mezunu, %12.1’i üniversite/lisans üstü okul mezunudur (Tablo 1).

Gebelerin %77.5’i çalışmamakta, %94.2’si evli olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin %10.4’ünün sosyal güvencesi bulunmamakta, %82.5’inin sosyal güvencesi Sosyal Güvenlik Kurumu’dur (SGK) (Tablo 1).

Gebelerin %70.4’ünün çekirdek aileye sahip olduğu, %69.5’i gelirinin giderden az olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 2: Riskli Gebelerin Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin ve Gebeliğe Karşı Tutumlarının Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler		Sayı	Yüzde
Eş eğitim durumu	Okur-yazar değil/ Okur-yazar	33	6,9
	İlkokul/Ortaokul	226	47,2
	Lise ve dengi okul	159	33,2
	Üniversite/ Lisansüstü	61	12,7
Eş çalışma durumu	Çalışıyor	427	89,1
	Çalışmıyor	52	10,9
Eşin gebeliğe karşı tutumu	İstekli	461	96,2
	İsteksiz/ Kararsız	18	2,8
TOPLAM		479	100

Araştırmaya alınan riskli gebelerinin eşlerinin %6.9'unun okur yazar değil/ okur yazar, %47.2'sinin ilkokul/ortaokul mezunu, %33.2'sinin lise ve dengi okul mezunu ve %12.7'sinin üniversite/lisansüstü okul mezunu olduğu belirlenmiştir. Eşlerin %89.1'inin çalışmakta olduğu, %96.2'sinin gebeliği istediği belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3: Riskli Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı

Doğurganlık Özellikleri		Sayı	Yüzde
Önceki gebelik özellikleri			
Gebelik Sayısı	1 gebelik	222	46,3
	2 gebelik ve üzeri	255	53,7
Doğum Sayısı	Yok	246	51,4
	1 doğum	113	23,6
	2 doğum ve üzeri	120	25,0
Yaşayan Çocuk Sayısı	Yok	260	54,3
	1 çocuk	113	23,6
	2 çocuk ve üzeri	106	22,1
Şimdiki Gebelik Özellikleri			
Gebeliği Planlama Durumu	Planlı	335	69,9
	Plansız	144	30,1
Gebelik Haftası	1-12 hafta	35	7,3
	13-24 hafta	139	29,0
	25-40 hafta	305	63,7
TOPLAM		479	100

Gebelerin %46.3'ünün ilk gebeliği, %53,2'sinin iki gebelik ve üzeri gebeliği olduğu; %51.4'ünün hiç doğum yapmadığı, %23.6'sının bir kez, %25.1'inin iki ve daha fazla doğum yaptığı belirlenmiştir. Gebelerin, %54.3'ünün yaşayan çocuğunun olmadığı, %23.6'sının yaşayan bir çocuğu olduğu, %22.1'inin iki ve üzeri yaşayan çocuğu olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Araştırmaya katılan riskli gebelerin %69.9'u gebeliğini planladığını ve %63.7'sinin 25-40 haftalık gebe olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 4: Riskli Gebelerin Şimdiki ve Önceki Gebeliklerindeki Problemlerin Dağılımı

Şimdiki ve Önceki Gebeliklerindeki Problemler			Sayı	Yüzde
Önceki Gebelikte Yaşama Problem	Yaşayan		91	19,0
	Yaşamayan		388	81,0
Önceki Gebelikte Yaşanan Problem*	Abortus		23	25,3
	Gestasyonel diyabetes mellitus		4	4,4
	Hiperemesis gravidarum		10	11,0
	Ölü doğum		17	18,7
	Pyelonefrit		1	1,1
	Üretiker		4	4,4
	Erken doğum tehdidi		16	17,6
	Hipertansiyon/preeklampsi/ eklampsi		5	5,5
	Polihidramnios/ oligohidramnios		3	3,3
	Akut Böbrek yetmezliği		2	2,2
	Ektopik gebelik		3	3,3
	Erken membran rüptürü		3	3,3
Şimdiki Gebelikte Yaşanan Problem	Gestasyonel diyabetes mellitus		37	7,7
	Çoğul gebelik + diyabetes mellitus/ hipertansiyon		19	4,0
	Erken doğum tehdidi		74	15,4
	Fetal anomali		35	7,3
	Gebelikte myom, kist		8	1,7
	Anemi		11	2,3
	Hiperemesis gravidarum		25	5,2
	Servikal yetmezlik		12	2,5
	Plasenta previa/ablasyo plesanta		32	6,7
	Kolestaz - üretiker		18	3,8
	Gastrointestinal sistem kanamaları		2	0,4
	Rh izoümmizasyon		3	0,6
	Hipertansiyon/preeklampsi/ eklampsi		58	12,1
	Enfeksiyon		21	4,4
	Erken membran rüptürü		52	10,9
	Ektopik gebelik		10	2,1

	Akut böbrek yetmezliği	12	2,5
	Antenatal Kanama	17	3,5
	Polihidramnios/oligohidroamnios	28	5,8
	Abortus immenens	1	0,2
	Travma	4	0,9
TOPLAM		479	100

*Sayı ve yüzde önceki gebeliğinde problem yaşayan gebeler (n=91) üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmaya alınan riskli gebelerin %81.0'inin önceki gebeliklerinde problem yaşamadıkları, bunun yanında %19.0'unun ise problem yaşadığı belirlenmiştir. Riskli gebelerin önceki gebeliklerinde yaşadıkları problemler, %25.3 abortus, %4.4 gestasyonel diyabetes mellitus, %11.0 hiperemesis gravidarum, %18.7 ölü doğum, %1.1 pyelonefrit, %4.4 üretiker, %17.6 erken doğum tehdidi, %5.5 Hipertansiyon/preeklampsi/ eklampsi, %3.3 polihidramnios/oligohidroamnios, %2.2 akut böbrek yetmezliği, %3.3 ektopik gebelik ve %3.3 oranında erken membran rüptürü olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Gebelerin şimdiki gebeliklerinde yaşadığı problemler ise gestasyonel diyabetes mellitus %7.7, çoğul gebelik ve + diyabetes mellitus/ hipertansiyon %4.0, erken doğum tehdidi %15.4, fetal problemler %7.3, gebelikte myom/kist %1.7, anemi %2.3, hiperemesis gravidarum %5.2, servikal yetmezlik %2.5, plasenta previa/ablasio plesanta %6.7, kolestaz-üretiker %3.8, gastrointestinal sistem kanamaları %0.4, Rh izoümmünizasyon %0.6, hipertansiyon/preeklampsi/ eklampsi %12.1, enfeksiyon %4.4, erken membran rüptürü %10.9, ektopik gebelik %2.1, akut böbrek yetmezliği %2.5, antenatal kanama %3.5, polihidramnios/oligohidroamnios 5.8, abortus immenens %0.2, travma %0.9 olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Riskli Gebelerin Hastaneye Yatış Sayıları ve Kronik Hastalık Görülme Durumları

Hastaneye Yatış Sayıları Ve Kronik Hastalık Görülme Durumları		Sayı	Yüzde	Medyan
Gebeliği Süresince Hastaneye Yatış Sayısı	1 kez	320	66,8	1,00
	2 kez	131	27,4	
	3 kez ve üzeri	28	5,8	
Şimdiki Gebeliğinde Hastanede Yatış Süresi	1-2 gün	258	53,9	2,00
	3-4 gün	146	30,5	
	5 gün ve üzeri	75	15,6	
Önceki Gebeliğinde Hastanede Yatış Süresi*	1-2 gün	86	52,4	1,00
	3-4 gün	37	22,6	
	5 gün ve üzeri	41	25,0	
Kronik Hastalık	Var	69	14,4	
	Yok	410	85,6	
Kronik Hastalık Türü**	Astım	9	13	
	Diyabetes mellitus +Kalp hastalığı +Hipertansiyon	2	3	
	Hipertiroidi/hipotiroidi	17	24,6	
	Sedef Hastalığı	2	3	
	Diyabetes Mellitus	11	15,9	
	Böbrek hastalıkları	3	4,3	
	Gen mutasyonları	2	2,9	
	Anemi- Talasemi	8	11,5	
	Epilepsi	2	3	
	Kalp hastalıkları	4	5,8	
	Hipertansiyon	9	13	
	TOPLAM		479	

*Sayı ve yüzdeler önceki gebeliğinde hastanede yatan gebeler üzerinden hesaplanmıştır.

**Sayı ve yüzdeler kronik hastalığı olan gebeler üzerinden hesaplanmıştır.

Gebelerin, %66.8'inin hastaneye ilk yatışları olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmaya alınan riskli gebelerin, hastanede yatış süresi meydana 2.0 gün ve önceki hastanede yatış süresi medyanı 1.0 gün olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Riskli gebelerin %85.6'sının kronik bir hastalığı bulunmadığı, %14.4'ünün kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan gebelerin ise Kronik hastalıklarının, astım, diyabetes mellitus, kalp hastalığı, hipertansiyon, hipertiroidi/hipotiroidi, sedef hastalığı, böbrek hastalıkları, gen mutasyonları, anemi/ talasemi, epilepsi, kalp hastalıkları, hipertansiyon olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

3.2. PRENATAL KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMASI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya alınan riskli gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması ve puan ortalamasına etki eden faktörlere ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 6: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ), PKDÖ Alt Ölçekleri ve Prenatal Bağlanma Envanteri'nin (PBE) Ortalama Değerleri ve Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayılarının Dağılımı

Ölçekler	N	Madde Sayısı	Puan Ortalaması	Ss	Min.-Max.	Cronbach Alfa
<u>PKDÖ Alt Ölçekleri</u>						
Alt Ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	479	10	29,95	5,53	15,00-40,00	0,819
Alt Ölçek 2. Gebeliğinin kabulü		14	26,42	8,60	14,00-56,00	0,887
Alt Ölçek 3. Annelik rolünün kabulü		15	22,43	5,52	15,00-41,00	0,764
Alt Ölçek 4. Doğuma hazır oluş		10	23,64	5,04	10,00-37,00	0,671
Alt Ölçek 5. Doğum korkusu		10	22,63	4,63	11,00-38,00	0,749
Alt Ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu		10	17,36	4,95	10,00-40,00	0,831
Alt Ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu		10	16,97	5,03	10,00-37,00	0,780
PKDÖ TOPLAM	479	79	159,43	27,05	104,00-252,00	0,929
PBE TOPLAM	479	21	3,04	0,51	1,10 – 4,00	0,924

PKDÖ ortalama puanı 104,00-252,00 arası ve PBE ortalama puanları 1,10-4,00 olarak hesaplanmıştır (Tablo 6).

Her iki ölçek puanları normal dağılım özelliği göstermemektedir (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk) ($p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) Arasındaki Korelasyon Katsayılarının Dağılımı

Ölçekler	N	R	p	Ss	- X
PKDÖ	479	- 457	0,000	27,05	159,43
PBE				0,51	3,04

PKDÖ ile PBE arasındaki ilişkinin varlığını belirlemek amacıyla yapılan Spearman's rho korelasyon analizi doğrultusunda negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = -0,457$; $p < 0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8: Riskli Gebelerin Tedavi Gördüğü Hastanelere Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Tedavi Görülen Hastane		U	Z	P
	Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	Ort.±Ss	Ort.±Ss			
Alt Ölçek 1	29,22±5,58	30,31±5,47	22796,0	-1,856	0,06
Alt Ölçek 2	27,22±8,78	26,02±8,49	23069,0	-1,66	0,09
Alt Ölçek 3	22,93±5,42	22,18±5,56	22989,0	-1,72	0,08
Alt Ölçek 4	23,57±5,20	23,68±4,97	24796,0	-0,45	0,65
Alt Ölçek 5	23,44±4,66	22,23±4,97	21694,0	-2,63	0,00
Alt Ölçek 6	16,98±4,47	17,55±5,16	24376,5	-0,74	0,45
Alt Ölçek 7	16,73±5,23	17,09±4,93	23834,0	-1,12	0,25
PKDÖ TOPLAM	160,12±27,47	159,08±26,87	24504,0	-0,65	0,51

Riskli gebelerin tedavi gördüğü hastanelere göre, PKDÖ ve alt ölçek puan ortalamaları arasında yapılan Mann Whitney U Analizi'nde İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Güney Sekreterliği Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören gebelerin alt ölçek 5. Doğum korkusu puan ortalamaları, İzmir Kamu Hastanesi Birliği Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören gebelerden istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 8). PKDÖ puan ortalaması ve diğer alt ölçekler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9: Riskli Gebelerin Doğum Yerine Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Doğum Yeri								X ²	p
	Marmara Bölgesi	Ege Bölgesi	Akdeniz Bölgesi	Karadeniz Bölgesi	İç Anadolu Bölgesi	Doğu Anadolu Bölgesi	Güney Doğu Anadolu Bölgesi	Yurt Dışı		
	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss		
Alt Ölçek 1	29,69±5,97	29,74±5,75	29,16±6,61	27,57±4,11	30,35±5,69	29,93±4,52	30,96±5,29	31,95±4,99	9,64	0,21
Alt Ölçek 2	24,43±8,24	25,71±8,59	23,33±5,56	23,78±4,99	26,45±7,47	28,22±9,98	29,76±8,63	28,52±8,53	22,59	0,00
Alt Ölçek 3	21,07±3,49	22,26±5,54	21,38±6,77	22,00±5,77	22,54±5,65	23,31±6,07	22,81±4,85	24,08±6,55	6,50	0,48
Alt Ölçek 4	22,33±5,48	23,45±5,22	22,72±5,68	24,57±3,94	23,10±5,52	23,98±4,40	24,63±4,46	25,30±4,48	11,21	0,13
Alt Ölçek 5	21,76±5,48	22,90±4,86	21,50±4,10	22,05±3,17	23,64±4,21	22,40±3,91	21,98±4,71	23,34±4,24	7,64	0,36
Alt Ölçek 6	16,64±2,98	16,46±4,62	17,94±7,41	16,52±3,67	16,94±4,53	19,06±5,33	19,25±5,41	19,39±5,34	30,34	0,00
Alt Ölçek 7	16,28±5,34	16,18±4,88	15,16±3,63	16,26±4,33	17,78±5,18	18,00±4,96	19,80±5,01	17,21±4,79	35,05	0,00
PKDÖ TOPLAM	152,23±28,03	156,74±27,38	151,22±24,94	152,78±18,59	160,83±26,40	164,93±28,42	169,21±23,44	169,82±26,11	23,62	0,00

Riskli gebelerin doğum yerleri ile PKDÖ ve alt ölçek puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucunda PKDÖ ortalama puanı ve alt ölçek 2 “Gebeliğinin kabulü”, alt ölçek 6 “Kendi annesi ile ilişkisinin durumu”, alt ölçek 7 “Eşi ile ilişkisinin durumu” arasında anlamlı oranda fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizinde;

Alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü puanlarında; “Marmara Bölgesi”nde doğan gebeler ile “Doğu Anadolu Bölgesi”, “Güney Doğu Anadolu Bölgesi” ve “Yurt dışında” doğan gebelerin puanları arasında; “Akdeniz Bölgesi”nde doğan gebeler ile “Güney Doğu Anadolu Bölgesi” ve “Yurt dışında” doğan gebelerin puanları arasında; “Karadeniz Bölgesi” ve “Ege Bölgesi”nde doğan gebeler ile “Güney Doğu Anadolu Bölgesi”nde doğan gebelerin puanları arasında;

Alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu puanlarında; “Marmara Bölgesi” ve “Ege Bölgesi”nde doğan gebeler ile “Doğu Anadolu Bölgesi”, “Güney Doğu Anadolu Bölgesi” ve “Yurt dışında” doğan gebelerin puanları arasında; “Karadeniz Bölgesi”nde doğan gebeler ile “Güney Doğu Anadolu Bölgesi”nde doğan gebelerin puanları arasında; “İç Anadolu Bölgesi”nde doğan gebeler ile “Doğu Anadolu Bölgesi”, “Güney Doğu Anadolu Bölgesi”nde doğan gebelerin puanları arasında;

Alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanlarında; “Marmara Bölgesi”nde doğan gebeler ile “Güney Doğu Anadolu Bölgesi”nde doğan gebelerin puanları arasında; “Ege Bölgesi”nde doğan gebeler ile “İç Anadolu Bölgesi”, “Doğu Anadolu Bölgesi” ve “Güney Doğu Anadolu Bölgesi”nde doğan gebelerin puanları arasında; “Akdeniz Bölgesi”nde doğan gebeler ile “Doğu Anadolu Bölgesi” ve “Güney Doğu Anadolu Bölgesi”nde doğan gebelerin puanları arasında; “Güney Doğu Anadolu Bölgesi”nde doğan gebelerin puanları ile “Karadeniz Bölgesi”, “Doğu Anadolu Bölgesi” ve “Yurt dışında” doğan gebelerin puanları arasında;

PDKÖ ortalama puanında; “Marmara Bölgesi”nde doğan gebeler ile “Doğu Anadolu Bölgesi”, “Güney Doğu Anadolu Bölgesi” ve “Yurt dışında” doğan gebelerin puanları arasında; “Ege Bölgesi”, “Akdeniz Bölgesi” ve “Karadeniz Bölgesi”nde doğan gebeler ile “Güney Doğu Anadolu Bölgesi” ve “Yurt dışında” doğan gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9).

Diğer alt ölçekler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10: Riskli Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Yaş Grubu					X ²	p
	16-20 yaş	21-25 yaş	26-30 yaş	31-35 yaş	36 yaş ve üzeri		
	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss		
Alt Ölçek 1	32,09±5,58	30,69±5,41	29,19±5,71	29,21±5,60	29,81±4,19	16,11	0,00
Alt Ölçek 2	26,90±6,83	27,57±9,33	25,51±8,51	25,76±7,88	27,66±10,44	8,38	0,07
Alt Ölçek 3	22,09±6,02	22,18±6,03	22,67±5,22	22,33±5,15	22,79±5,68	3,12	0,53
Alt Ölçek 4	26,21±5,60	24,79±5,62	22,69±4,75	22,97±4,33	22,62±4,05	25,41	0,00
Alt Ölçek 5	24,32±4,81	23,46±4,59	22,24±4,71	21,74±4,38	22,16±4,20	18,39	0,00
Alt Ölçek 6	18,01±5,53	17,26±5,31	16,60±4,05	17,00±4,14	19,69±6,56	10,03	0,04
Alt Ölçek 7	18,49±5,00	17,15±5,01	16,39±5,03	16,61±4,99	17,32±4,99	10,87	0,02
PKDÖ TOPLAM	168,14±24,50	163,13±27,91	155,31±27,07	155,65±25,44	162,07±28,82	18,58	0,00

Riskli gebelerin yaş grupları ile PKDÖ ve alt ölçek puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucunda; PKDÖ ortalama puanı, alt ölçek 1 “Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri”, alt ölçek 4 “Doğuma hazır oluş”, alt ölçek 5 “Doğum korkusu”, alt ölçek 6 “Kendi annesi ile ilişkisinin durumu” ve alt ölçek 7 “Eşi ile ilişkisinin durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U analizinde;

Alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri puanlarında; “16-20 yaş” arası olan gebeler ile “26-30 yaş”, “31-35 yaş” ve “36 yaş ve üzeri” olan gebelerin puanları arasında;

Alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş ve alt ölçek 5. Doğum korkusu puanlarında; “16-20 yaş” arası olan gebeler ile “26-30 yaş”, “31-35 yaş” ve “36 yaş ve üzeri” olan gebelerin puanları arasında; “21-25 yaş” olan gebeler ile “26-30 yaş”, “31-35 yaş” ve “36 yaş ve üzeri” olan gebeler arasında;

Alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu puanlarında; “36 yaş ve üzeri” olan riskli gebeler ile “21-25 yaş”, “26-30 yaş” ve “31-35 yaş” arası olan riskli gebelerin puanları arasında;

Alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanlarında; “16-20 yaş” arası olan riskli gebeler ile “26-30 yaş”, “31-35 yaş” ve “36 yaş ve üzeri” olan riskli gebelerin puanları arasında; “21-25 yaş” olan gebeler ile “26-30 yaş” arası olan riskli gebelerin puanları arasında;

PDKÖ ortalama puanı; “16-20 yaş” arası olan riskli gebeler ile “26-30 yaş” ve “31-35 yaş” arası olan riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 10).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11: Riskli Gebelerin Eğitim Durumlarına Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Eğitim Durumu				X ²	p
	Okur-yazar değil/Okur-yazar	İlkokul/Ortaokul	Lise ve dengi	Üniversite/Lisansüstü		
	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss		
Alt Ölçek 1	31,27±4,78	30,81±5,32	29,32±5,62	26,77±5,55	25,43	0,00
Alt Ölçek 2	28,81±8,99	27,28±8,96	25,62±8,37	22,37±5,29	24,78	0,00
Alt Ölçek 3	23,50±5,77	22,56±5,55	21,93±5,49	21,84±5,08	4,91	0,17
Alt Ölçek 4	24,80±4,74	24,17±4,97	23,32±5,07	21,10±4,76	21,39	0,00
Alt Ölçek 5	22,23±4,40	23,00±4,87	22,87±4,53	21,22±4,04	6,99	0,07
Alt Ölçek 6	20,38±6,00	17,48±4,87	16,65±4,15	14,94±3,68	38,75	0,00
Alt Ölçek 7	19,59±4,80	17,18±4,45	16,60±5,72	13,87±3,46	53,72	0,00
PKDÖ TOPLAM	170,62±25,09	162,51±26,96	156,34±26,98	142,15±20,07	42,41	0,00

Araştırmaya alınan riskli gebelerin eğitim durumlarına göre PKDÖ ve alt ölçekleri puanları arasında yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucunda; PKDÖ ortalama puanı, alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, alt ölçek 2. Gebeliğin Kabulü, alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş, alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Whitney U analizinde;

Alt Ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri ve alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü puanlarında; eğitim durumu “okur-yazar değil/okur-yazar” olan ve “ilkokul/ortaokul” mezunu olan riskli gebelerin puanları ile “lise ve dengi” ve “üniversite-lisansüstü” mezunu riskli gebelerin puanları arasında; “lise ve dengi” mezunu olan gebeler ile “Üniversite-Lisansüstü” mezunu riskli gebelerin puanları arasında;

Alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş puanlarında; eğitim durumu “okur-yazar değil/okur-yazar” olan riskli gebelerin puanları ile “lise ve dengi” ve “üniversite-lisansüstü” mezunu riskli gebelerin puanları arasında; “ilkokul/ortaokul” mezunu

olan riskli gebelerin puanları ile eğitim durumu “üniversite-lisansüstü” mezunu riskli gebelerin puanları arasında; arasında; “lise ve dengi” mezunu olan gebeler ile “üniversite-lisansüstü” mezunu riskli gebelerin puanları arasında;

Alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu puanlarında; eğitim durumu “okur-yazar değil/okur-yazar” olan riskli gebelerin puanları ile diğer grupların puanları arasında; “ilkokul/ortaokul” mezunu olan ve “lise ve dengi” mezunu olan gebeler ile “üniversite-lisansüstü” mezunu olanların puanları arasında;

Alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu ve PDKÖ ortalama puanlarında; eğitim durumu “okur-yazar değil/okur-yazar” olan riskli gebelerin puanları ile diğer grupların puanları arasında; “ilkokul/ortaokul” mezunu olanlar ile “lise ve dengi” ve “üniversite-lisansüstü” mezunu olanların puanları arasında; “lise ve dengi” okul mezunu olan riskli gebeler ile “üniversite-lisansüstü” mezunu riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 11).

Diğer değişkenler olan alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü ve alt ölçek 5. Doğum korkusu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12: Riskli Gebelerin Çalışma Durumlarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Çalışma Durumu		U	Z	P
	Çalışıyor	Çalışmıyor			
	Ort.±Ss	Ort.±Ss			
Alt Ölçek 1	28,82±5,75	30,28±5,42	17327,50	-2,14	0,03
Alt Ölçek 2	25,50±8,04	26,69±8,75	18390,00	-1,30	0,19
Alt Ölçek 3	21,93±5,15	22,57±5,62	18906,00	-,893	0,37
Alt Ölçek 4	23,00±4,73	23,83±5,12	18234,50	-1,42	0,15
Alt Ölçek 5	22,21±3,99	22,76±4,80	18915,50	-,88	0,37
Alt Ölçek 6	16,52±4,41	17,60±5,07	17529,50	-1,98	0,04
Alt Ölçek 7	16,75±5,87	17,04±4,76	18067,00	-1,55	0,11
PKDÖ TOPLAM	154,75±25,78	160,78±27,29	17128,50	-2,29	0,02

Riskli gebelerin çalışma durumlarına göre, PKDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında yapılan Mann Whitney U Analizi'nde çalışan ve çalışmayan riskli gebelerin PKDÖ ortalama puanı, alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri ve alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlı fark, çalışmayan riskli gebelerin belirlenen alt ölçekler ve PKDÖ toplam puanının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır ve bu da gebeliğe ve anneliğe uyumlarının daha düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 12).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13: Riskli Gebelerin Medeni Durumlarına Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Medeni Durum		U	Z	P
	Evli	Bekar			
	Ort.±Ss	Ort.±Ss			
Alt Ölçek 1	29,83±5,55	31,78±4,78	5025,00	-1,81	0,06
Alt Ölçek 2	26,23±8,52	29,42±9,48	4958,00	-1,91	0,05
Alt Ölçek 3	22,38±5,50	23,10±5,99	5862,00	-0,63	0,52
Alt Ölçek 4	23,63±5,02	23,82±5,51	6104,00	-0,29	0,76
Alt Ölçek 5	22,55±4,69	24,00±3,25	4786,00	-2,15	0,03
Alt Ölçek 6	17,20±4,93	19,92±4,61	3879,00	-3,43	0,00
Alt Ölçek 7	16,69±4,79	21,46±6,61	3419,00	-4,08	0,00
PKDÖ TOPLAM	158,55±27,00	173,53±24,09	4084,50	-3,13	0,00

Araştırmaya alınan riskli gebelerin medeni durumlarına göre PKDÖ ortalama puanı, alt ölçek 5. Doğum korkusu; alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu; alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bekar olan riskli gebelerin ölçek toplamı ve alt ölçeklerden aldıkları ortalama puanların daha yüksek olduğu, bunun sonucunda da gebeliğe ve anneliğe uyumunun evli olan gruba göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo13).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo13).

Tablo 14: Riskli Gebelerin Evlilik Yıllarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Evlilik Yılı			X ²	P
	0-4 yıl	5-9 yıl	10 yıl ve üzeri		
	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss		
Alt Ölçek 1	29,83±5,96	30,37±5,17	29,92±4,75	0,48	0,78
Alt Ölçek 2	25,36±7,43	28,08±10,41	27,64±9,38	3,68	0,15
Alt Ölçek 3	21,66±5,57	23,29±5,46	23,51±5,22	19,31	0,00
Alt Ölçek 4	24,56±5,36	22,27±4,34	22,53±4,30	19,74	0,00
Alt Ölçek 5	23,08±4,56	22,44±4,73	21,80±4,61	8,90	0,01
Alt Ölçek 6	16,87±4,93	16,85±4,12	18,74±5,23	18,17	0,00
Alt Ölçek 7	16,55±4,88	17,34±5,89	17,65±4,69	5,94	0,05
PKDÖ TOPLAM	157,94±25,95	160,66±30,00	161,83±27,37	0,97	0,61

Araştırmaya alınan riskli gebelerin evlilik yıllarına göre PKDÖ ve alt ölçekleri puanları arasında yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucunda; alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü; alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş; alt ölçek 5. Doğum korkusu; alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizinde;

Alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü ve alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş durumu puanlarında; evlilik yılı “0-4 yıl” arasında olan riskli gebeler ile “5-9 yıl” ve “10 yıl ve üzeri” olan riskli gebelerin puanları arasında;

Alt ölçek 5. Doğum korkusu puanlarında; evlilik yılı “0-4 yıl” arasında olan riskli gebeler ile “10 yıl ve üzeri” olan riskli gebelerin puanları arasında;

Alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu puanlarında; evlilik yılı “10 yıl ve üzeri” olan riskli gebeler ile “0-4 yıl” ve “5-9 yıl” olan riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 14).

Diğer değişkenler olan alt ölçek PKDÖ ortalama puanı, alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü, alt ölçek 7. Eşi

ile ilişkisinin durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15: Riskli Gebelerin Sosyal Güvencelerine Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Sosyal Güvence			X ²	P
	Yok	SGK	Özel sağlık sigortası /diğer		
	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss		
Alt Ölçek 1	31,34±4,76	29,68±5,62	31,00±5,12	4,45	0,10
Alt Ölçek 2	28,24±9,48	26,13±8,47	27,11±8,64	2,97	0,22
Alt Ölçek 3	24,00±6,19	22,26±5,51	22,08±4,26	3,89	0,14
Alt Ölçek 4	25,22±5,35	23,40±5,00	24,14±4,73	5,38	0,06
Alt Ölçek 5	23,50±5,00	22,49±4,56	23,00±4,79	1,79	0,40
Alt Ölçek 6	18,26±3,97	17,19±5,10	18,00±4,30	7,26	0,02
Alt Ölçek 7	17,66±4,30	16,67±4,97	19,44±6,03	11,51	0,00
PKDÖ TOPLAM	168,22±26,88	157,85±26,85	164,79±27,19	9,39	0,00

Araştırmaya alınan riskli gebelerin sosyal güvencelerine göre PKDÖ ortalama puanı ve alt ölçekleri puanları arasında yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucunda; PKDÖ ortalama puanı, alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizinde;

PKDÖ ortalama puanı ve alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu puanlarında; “sosyal güvencesi olmayan” riskli gebeler ile “SGK”ya bağlı olan riskli gebelerin puanları arasında;

Alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanlarında; “sosyal güvencesi olmayan” gebeler ve sosyal güvencesi “SGK” olan riskli gebeler ile “özel sağlık sigortası/diğer” olan riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 15).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16: Riskli Gebelerin Aile Tiplerine Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Aile tipi			X^2	P
	Çekirdek Aile	Geniş Aile	Parçalanmış Aile		
	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss		
Alt Ölçek 1	29,52±5,50	31,00±5,27	30,28±9,15	6,77	0,03
Alt Ölçek 2	25,06±7,44	28,99±9,70	42,14±12,06	22,46	0,00
Alt Ölçek 3	22,02±5,55	23,26±5,24	25,71±7,15	10,29	0,00
Alt Ölçek 4	23,53±5,07	23,86±4,97	24,85±5,45	0,56	0,75
Alt Ölçek 5	22,67±4,50	22,45±4,96	24,28±4,02	1,74	0,41
Alt Ölçek 6	16,64±4,36	18,91±5,58	22,14±8,97	21,95	0,00
Alt Ölçek 7	16,09±4,17	18,52±5,40	29,57±10,40	26,71	0,00
PKDÖ TOPLAM	155,56±24,68	167,02±28,79	199,00±41,09	24,31	0,00

Araştırmaya alınan riskli gebelerin aile tiplerine göre PKDÖ ortalama puanı ve alt ölçekleri puanları arasında yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucunda; PKDÖ ortalama puanı, alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, alt ölçek 2. Gebeliğin Kabulü, alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü, alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizinde;

Alt Ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri ve alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü puanlarında; “çekirdek aile” tipinde olan riskli gebeler ile “geniş aile” tipinde olan riskli gebelerin puanları arasında;

Alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanlarında; “çekirdek aile” tipinde olan riskli gebeler ile “geniş aile” ve “parçalanmış aile” tipinde olan riskli gebelerin puanları arasında; “geniş aile” tipinde olan riskli gebeler ile “parçalanmış aile” tipinde olan riskli gebelerin puanları arasında;

Alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu puanlarında; “çekirdek aile” tipinde olan riskli gebeler ile “geniş aile” ve “parçalanmış aile” tipinde olan riskli gebelerin puanları arasında;

PKDÖ ortalama puanı; “çekirdek aile” tipinde olan riskli gebeler ile “geniş aile” ve “parçalanmış aile” tipinde olan riskli gebelerin puanları arasında; “geniş aile” tipinde olan riskli gebeler ile “parçalanmış aile” tipinde olan riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 16).

Diğer değişkenler olan, alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş ve alt ölçek 5. Doğum korkusu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 17: Riskli Gebelerin Gelir Durumlarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Gelir Durumu			X ²	P
	Gelir giderden az	Gelir giderden denk	Gelir giderden fazla		
	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss		
Alt Ölçek 1	30,72±5,29	28,24±5,67	27,37±5,97	18,25	0,00
Alt Ölçek 2	27,46±9,09	23,89±6,84	26,62±5,95	18,42	0,00
Alt Ölçek 3	22,69±5,56	21,75±5,45	23,25±4,74	4,36	0,11
Alt Ölçek 4	24,34±4,82	22,11±5,28	21,00±3,02	20,27	0,00
Alt Ölçek 5	22,82±4,75	22,27±4,35	21,12±4,12	1,20	0,54
Alt Ölçek 6	18,04±4,83	15,96±4,92	13,12±2,58	32,85	0,00
Alt Ölçek 7	17,75±5,10	15,23±4,47	14,50±2,87	29,49	0,00
PKDÖ TOPLAM	163,85±27,01	149,47±24,78	147,00±16,37	28,61	0,00

Araştırmaya alınan riskli gebelerin gelir durumlarına göre PKDÖ ortalama puanı ve alt ölçekleri puanları arasında yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucunda; PKDÖ ortalama puanı, alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, alt ölçek 2. Gebeliğin Kabulü, alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş, alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U analizinde;

PKDÖ ortalama puanı, alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri ve alt ölçek 2 Gebeliğin kabulü puanlarında; “geliri giderden az” olan riskli gebeler ile “geliri gidere denk” olan riskli gebelerin puanları arasında;

Alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş, alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanlarında; “geliri giderden az” olan riskli gebeler ile “geliri gidere denk” ve “geliri giderden fazla” olan riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 17).

Diğer değişkenler olan, alt ölçek alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü ve alt ölçek 5. Doğum korkusu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 18: Riskli Gebelerin Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Eş Eğitim Durumu				X ²	p
	Okur-yazar değil/Okur yazar Ort.±Ss	İlkokul/Ortaokul Ort.±Ss	Lise ve dengi okul Ort.±Ss	Üniversite/Lisansüstü Ort.±Ss		
Alt Ölçek 1	31,36±5,24	31,14±5,24	28,93±5,34	27,42±5,92	28,35	0,00
Alt Ölçek 2	27,09±7,35	27,55±9,19	25,73±8,37	23,67±6,70	14,46	0,00
Alt Ölçek 3	24,06±5,60	22,49±5,28	22,03±5,84	22,34±5,46	5,17	0,16
Alt Ölçek 4	25,39±5,08	24,12±4,96	23,38±5,05	21,60±4,71	16,48	0,00
Alt Ölçek 5	22,63±4,56	22,85±4,79	22,71±4,53	21,60±4,26	4,06	0,25
Alt Ölçek 6	18,75±4,19	17,94±5,22	16,81±4,48	15,88±5,02	19,80	0,00
Alt Ölçek 7	18,54±4,78	17,61±5,09	16,83±5,12	14,14±3,47	31,53	0,00
PKDÖ TOPLAM	167,84±23,71	163,73±27,45	156,45±26,88	146,68±22,41	26,56	0,00

Araştırmaya alınan riskli gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına göre PKDÖ ortalama puanı ve alt ölçekleri puanları incelendiğinde; PKDÖ ortalama puanı; alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü, alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş, alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan

kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizinde;

Alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceler puanı açısından; eşleri “okur-yazar değil/okur-yazar” olan riskli gebeler ile “lise ve dengi okul” ve “üniversite/lisansüstü” eğitim mezunu gebelerin puanları arasında; “ilkokul-ortaokul” mezunu olan riskli gebeler ile “lise ve dengi okul” ve “üniversite/lisansüstü” eğitim mezunu gebelerin puanları arasında;

Alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü puanları açısından; eşleri “ilkokul-ortaokul” mezunu olan riskli gebeler ile “lise ve dengi okul” mezunu gebelerin puanları arasında; eşleri “üniversite/lisansüstü” eğitim mezunu olan riskli gebeler ile diğer gruplar arasında;

Alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş, alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve PDKÖ ortalama puanları açısından; eşleri “okur-yazar değil/okur-yazar” olan riskli gebeler ile “lise ve dengi okul” ve “üniversite/lisansüstü” eğitim mezunu gebelerin puanları arasında; eşleri “üniversite/lisansüstü” eğitim mezunu olan riskli gebeler ile diğer gruplar arasında;

Alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları açısından; eş eğitim durumu “okur-yazar değil/okur-yazar” olan riskli gebeler ile “lise ve dengi okul” ve “üniversite/lisansüstü” eğitim mezunu gebelerin puanları arasında; eş eğitim durumu “üniversite/lisansüstü” olan riskli gebeler ile “ilkokul-ortaokul” ve “lise ve dengi okul” mezunu gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 18).

Diğer değişkenler olan, alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü ve alt ölçek 5. Doğum korkusu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 19: Riskli Gebelerin Eşlerinin Çalışma Durumlarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamasının Dağılımı

Alt Ölçekler	Eş Çalışma Durumu		U	Z	P
	Çalışıyor	Çalışmıyor			
	Ort.±Ss	Ort.±Ss			
Alt Ölçek 1	29,83±5,55	30,88±5,25	10007,50	-1,16	0,24
Alt Ölçek 2	26,28±8,60	27,57±8,62	9698,00	-1,49	0,13
Alt Ölçek 3	22,25±5,49	23,84±5,61	9065,00	-2,16	0,03
Alt Ölçek 4	23,61±5,00	23,86±5,41	10938,00	-,17	0,86
Alt Ölçek 5	22,48±4,55	23,90±5,09	9353,00	-1,86	0,06
Alt Ölçek 6	17,20±4,69	18,67±6,60	9882,00	-1,29	0,19
Alt Ölçek 7	16,87±4,95	17,82±5,66	9975,50	-1,19	0,23
PKDÖ TOPLAM	158,55±26,86	166,57±27,74	9125,00	-2,09	0,03

Eşleri çalışan riskli gebelerin PKDÖ toplam puanı ve alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü puanları ile eşleri çalışmayan gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Eşleri çalışan gebelerin gebeliğe ve anneliğe uyumunun eşleri çalışmayan gebelere göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 19).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 20: Riskli Gebelerin Eşlerinin Gebeliklerine Karşı Tutumlarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Eşin Gebeliğe Tutumu		U	Z	P
	Gebeliğimi istiyor	Gebeliğimi istemiyor/ Kararsız			
	Ort.±Ss	Ort.±Ss			
Alt Ölçek 1	29,88±5,54	31,66±5,06	3388,00	-1,32	0,18
Alt Ölçek 2	25,91±8,06	39,44±11,62	1499,50	-4,60	0,00
Alt Ölçek 3	22,18±5,35	28,77±6,26	1681,00	-4,29	0,00
Alt Ölçek 4	23,54±5,03	26,11±4,92	2973,50	-2,04	0,04
Alt Ölçek 5	22,61±4,65	23,22±3,94	3736,00	-0,71	0,47
Alt Ölçek 6	17,23±4,88	20,77±5,56	2157,00	-3,47	0,00
Alt Ölçek 7	16,69±4,72	24,16±7,15	1496,50	-4,61	0,00
PKDÖ TOPLAM	158,07±26,10	194,16±28,33	1496,50	-4,60	0,00

Eşi gebeliği isteyen riskli gebelerin PKDÖ toplam puanı, alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü, alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü, alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş, alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları ile eşleri gebeliği istemeyen/karsız olan riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Eşleri gebeliği istemeyen/kararsız olan gebelerin, gebeliğe ve anneliğe uyumlarının eşleri gebeliği isteyen gruba göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 20).

Alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri ve alt ölçek 5. Doğum korkusu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 21: Riskli Gebelerin Gebelik Sayılarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Gebelik sayısı		U	Z	P
	1 kez	2 kez ve üzeri			
	Ort.±Ss	Ort.±Ss			
Alt Ölçek 1	29,36±6,15	30,48±4,89	25733,50	-1,71	0,08
Alt Ölçek 2	25,06±7,22	27,61±9,53	24895,00	-2,27	0,02
Alt Ölçek 3	21,46±5,31	23,24±5,59	22382,50	-3,95	0,00
Alt Ölçek 4	24,71±5,55	22,72±4,34	22467,50	-3,89	0,00
Alt Ölçek 5	23,29±4,83	22,03±4,37	23308,00	-3,33	0,00
Alt Ölçek 6	16,24±4,82	18,34±4,86	19007,50	-6,21	0,00
Alt Ölçek 7	16,17±4,92	17,67±5,03	23042,00	-3,51	0,00
PKDÖ TOPLAM	156,32±26,50	162,12±27,35	25316,00	-1,99	0,04

Gebelik sayısı 1 kez olan riskli gebelerin PKDÖ toplam puanı, alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü, alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü, alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş, alt ölçek 5. Doğum korkusu, alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları ile gebelik sayısı 2 kez ve üzeri olan riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). İlk gebeliği olan gebelerin gebeliği, annelik rolünü kabulü, kendi annesi ve eşi ile ilişkisinin daha uyumlu olduğu ve genelde annelik rolü ve gebeliğe uyumunun daha iyi olduğu görülmektedir. Gebelik sayısı iki ve üstü olan gebelerin ise doğuma hazır oluş (alt ölçek 4) ve doğum korkusuna (alt ölçek 5) uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 21).

Alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri ve açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 22: Riskli Gebelerin Doğum Sayılarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Doğum sayısı			X ²	P
	Yok	1 kez	2 kez ve üzeri		
	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss		
Alt Ölçek 1	29,53±5,95	30,29±4,88	30,49±5,15	0,06	0,79
Alt Ölçek 2	24,82±7,00	25,68±7,89	30,40±10,75	10,73	0,00
Alt Ölçek 3	21,39±5,45	22,15±5,01	24,82±5,44	18,65	0,00
Alt Ölçek 4	24,53±5,65	22,57±3,84	22,83±4,37	0,13	0,71
Alt Ölçek 5	23,13±4,71	22,34±3,89	21,88±5,00	2,48	0,11
Alt Ölçek 6	16,30±4,63	17,40±4,74	19,50±5,11	9,83	0,00
Alt Ölçek 7	16,07±4,71	17,27±5,40	18,55±4,94	5,94	0,01
PKDÖ TOPLAM	155,79±25,42	157,72±23,93	168,49±30,91	7,58	0,00

Araştırmaya alınan riskli gebelerin doğum sayılarına göre PKDÖ ve alt ölçekleri puanları incelendiğinde; PKDÖ ortalama puanı, alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü, alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü, alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizinde;

PKDÖ ortalama puanı, alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü, alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları açısından; “iki kez ve üzeri” doğum yapan riskli gebeler ile “doğum yapmayan” ve “1 kez” doğum yapan riskli gebeler arasında;

Alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü ve alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu puanları açısından; “doğum yapmayan” riskli gebeler ile “1 kez” ve “2 kez ve üzeri” doğum yapan riskli gebeler arasında; “1 kez” doğum yapan riskli gebeler ile “2 kez ve üzeri” doğum yapan riskli gebeler arasında; istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 22).

Diğer değişkenler olan, alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş ve alt ölçek 5. Doğum korkusu açısından

gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 23: Riskli Gebelerin Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Yaşayan Çocuk Sayısı			X^2	P
	Yok	1 çocuk	2 çocuk ve üzeri		
	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss		
Alt Ölçek 1	29,58±5,90	30,42±4,78	30,34±5,31	0,02	0,88
Alt Ölçek 2	24,76±6,85	25,66±7,96	31,29±11,04	14,36	0,00
Alt Ölçek 3	21,38±5,40	22,00±5,06	25,45±5,22	29,13	0,00
Alt Ölçek 4	24,52±5,53	22,44±3,84	22,77±4,50	0,21	0,64
Alt Ölçek 5	22,96±4,65	22,38±3,91	22,08±5,21	1,45	0,22
Alt Ölçek 6	16,33±4,53	17,44±4,75	19,81±5,29	12,22	0,00
Alt Ölçek 7	16,06±4,62	17,27±5,36	18,90±5,10	7,92	0,00
PKDÖ TOPLAM	155,62±24,83	157,64±24,17	170,66±31,93	10,54	0,00

Araştırmaya alınan riskli gebelerin yaşayan çocuk sayılarına göre PKDÖ ve alt ölçekleri puanları incelendiğinde; PKDÖ ortalama puanı, alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü, alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü, alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizinde;

PKDÖ ortalama puanı, alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü, alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları açısından; “iki çocuk ve üzeri”ne sahip olan riskli gebeler ile “çocuk sahibi olmayan” ve “bir çocuk sahibi” olan riskli gebeler arasında;

Alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu puanları açısından; çocuk sahibi olmayan” riskli gebeler ile “bir çocuk sahibi” olanlar arasında; “iki çocuk ve üzeri”ne sahip olan riskli gebeler ile “çocuk sahibi olmayan” ve “bir çocuk sahibi” olan riskli gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 23).

Diğer değişkenler olan, alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş ve alt ölçek 5. Doğum korkusu açısından

gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 24: Riskli Gebelerin Gebeliklerini Planlanma Durumlarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Gebeliği Planlama		U	Z	P
	Planlayan	Planlamayan			
	Ort.±Ss	Ort.±Ss			
Alt Ölçek 1	29,73±5,63	30,45±5,27	22608,00	-1,09	0,27
Alt Ölçek 2	24,17±6,23	31,64±10,83	14376,50	-7,02	0,00
Alt Ölçek 3	21,40±5,14	24,82±5,64	15034,00	-6,55	0,00
Alt Ölçek 4	23,62±5,25	23,69±4,52	23910,50	-0,15	0,88
Alt Ölçek 5	22,53±4,50	22,87±4,91	23191,50	-0,67	0,50
Alt Ölçek 6	16,51±4,16	19,34±5,98	16639,00	-5,40	0,00
Alt Ölçek 7	16,08±4,21	19,04±6,09	17109,00	-5,06	0,00
PKDÖ TOPLAM	154,07±22,69	171,88±31,93	16205,50	-5,69	0,00

Gebeliği planlı olan riskli gebelerin PKDÖ toplam puanı, alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü, alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü, alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları ile gebeliği plansız olan riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Gebeliklerini planlayan gebelerin gebeliğe ve anneliğe uyumlarının planlamayan gebelere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 24).

Alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş ve alt ölçek 5. Doğum korkusu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 25: Riskli Gebelerin Gebelik Haftasına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Gebelik Haftası			X ²	P
	1-12 hafta	13-24 hafta	25-40 hafta		
	Ort. ±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss		
Alt Ölçek 1	31,22±4,86	29,80±5,67	29,87±5,53	2,58	0,27
Alt Ölçek 2	32,68±10,18	26,94±8,72	25,46±8,04	21,45	0,00
Alt Ölçek 3	24,28±7,13	22,14±5,70	22,34±5,20	2,25	0,32
Alt Ölçek 4	26,42±5,04	24,20±4,97	23,06±4,95	17,14	0,00
Alt Ölçek 5	23,71±4,74	22,24±4,62	22,69±4,61	3,09	0,21
Alt Ölçek 6	18,85±6,32	17,34±4,32	17,20±5,02	2,58	0,27
Alt Ölçek 7	18,11±4,96	17,10±4,90	16,79±5,09	4,07	0,13
PKDÖ TOPLAM	175,31±30,78	159,79±27,76	157,43±25,72	12,57	0,00

Araştırmaya alınan riskli gebelerin gebelik haftasına göre PKDÖ ve alt ölçekleri puanları incelendiğinde; PKDÖ ortalama puanı, alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü, alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizinde;

Alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü ve alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş puanları açısından; “1-12 haftalık” gebeliği olan riskli gebeler ile “13-24 haftalık” ve “25-40 haftalık” gebeliği olanlar arasında; “13-24 haftalık” gebeliği olan riskli gebeler ile “25-40 haftalık” gebeliği olanlar arasında;

PKDÖ ortalama puanı açısından; “1-12 haftalık” gebeliği olan riskli gebeler ile “13-24 haftalık” ve “25-40 haftalık” gebeliği olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 25).

Diğer değişkenler olan, alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü, alt ölçek 5. Doğum korkusu, alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Tablo 26: Riskli Gebelerin Önceki Gebeliklerinde Problem Yaşama Durumlarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Önceki Gebelikte Problem Yaşama Durumu		U	Z	p
	Problem Yaşayan	Problem Yaşamayan			
	Ort.±Ss	Ort.±Ss			
Alt Ölçek 1	31,15±4,58	29,67±5,69	15092,00	-2,15	0,03
Alt Ölçek 2	27,47±9,28	26,17±8,43	16602,50	-0,88	0,37
Alt Ölçek 3	22,60±6,45	22,38±5,29	17032,00	-0,52	0,60
Alt Ölçek 4	22,73±4,73	23,85±5,09	15717,00	-1,63	0,10
Alt Ölçek 5	22,01±4,83	22,78±4,57	15294,00	-1,99	0,04
Alt Ölçek 6	17,87±4,61	17,24±5,02	15474,00	-1,84	0,06
Alt Ölçek 7	17,26±4,30	16,90±5,19	16375,50	-1,07	0,28
PKDÖ TOPLAM	161,12±26,91	159,03±27,10	17126,00	-0,44	0,65

Önceki gebeliğinde problem yaşayan riskli gebelerin alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri ve alt ölçek 5. Doğum korkusu durumu puanları ile önceki gebeliğinde problem yaşamayan riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Önceki gebeliğinde problem yaşamayan gebelerin kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşüncelerinin (alt ölçek 1) daha uyumlu olduğu ancak doğum korkusuna (alt ölçek 5) uyumunun daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 26).

PKDÖ toplam puanı, alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü, alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü, alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş, alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 27: Riskli Gebelerin Gebeliği Süresince Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Hastaneye Yatış Sayısı			X ²	P
	1 kez	2 kez	3 ve üzeri		
	Ort. ±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss		
Alt Ölçek 1	29,96±5,43	29,75±5,84	30,71±5,22	0,41	0,81
Alt Ölçek 2	26,33±8,51	26,74±8,99	25,96±7,98	0,15	0,92
Alt Ölçek 3	22,73±5,69	21,80±5,17	21,89±5,05	2,27	0,32
Alt Ölçek 4	23,95±5,29	22,84±4,50	23,82±4,16	4,31	0,11
Alt Ölçek 5	22,58±4,59	22,76±4,55	22,67±5,51	0,41	0,81
Alt Ölçek 6	17,17±4,64	18,06±5,74	16,25±3,94	2,84	0,24
Alt Ölçek 7	16,90±4,64	17,32±6,07	16,17±3,95	0,39	0,82
PKDÖ TOPLAM	159,64±26,50	159,32±29,02	157,50±24,42	0,54	0,76

Araştırmaya alınan riskli gebelerin hastaneye yatış sayılarına göre PKDÖ ve alt ölçekleri puanları incelendiğinde; değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 27).

Tablo 28: Riskli Gebelerin Kronik Hastalık Varlığına Göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Kronik Hastalık Varlığı		U	Z	P
	Olan	Olmayan			
	Ort.±Ss	Ort.±Ss			
Alt Ölçek 1	30,40±5,12	29,87±5,60	12078,00	-1,94	0,05
Alt Ölçek 2	28,28±9,15	26,10±8,47	13436,50	-,66	0,50
Alt Ölçek 3	23,02±5,47	22,32±5,53	11994,50	-2,02	0,04
Alt Ölçek 4	23,71±5,08	23,63±5,04	12818,00	-1,25	0,21
Alt Ölçek 5	22,82±4,16	22,60±4,71	13849,00	-0,27	0,78
Alt Ölçek 6	19,44±6,70	17,01±4,50	13490,00	-0,61	0,53
Alt Ölçek 7	17,14±4,19	16,94±5,16	11031,00	-2,93	0,00
PKDÖ TOPLAM	164,85±25,82	158,51±27,17	13046,00	-1,03	0,30

Kronik hastalığı olan riskli gebelerin alt ölçek 1. Kendi bebeğinin sağlığı hakkında düşünceleri, alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları ile kronik hastalığı olmayan riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan

gebelerin bu durumlara uyumunun olmayan gebelere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 28).

PKDÖ toplam puanı, alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri ve alt ölçek 5. Doğum korkusu durumu, alt ölçek 2. Gebeliğın kabulü, alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş, alt ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 28).



BÖLÜM IV

4.TARTIŞMA

Riskli gebelerde gebeliğe uyumun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular literatür ile tartışılmıştır.

4.1. RİSKLİ GEBELERİN VE EŞLERİNİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Bu bölümde, riskli gebelerin ve eşlerinin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların literatür ile karşılaştırılması yapılmıştır.

Çalışmaya alınan riskli gebelerin % 33.2'si İzmir Kamu Hastaneler Birliği Güney Sekreterliği Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi görmekte olup, %66.8'i İzmir Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi görmektedir. Araştırma kapsamına alınan riskli gebelerin doğum yerlerinin %8.1'inin Marmara Bölgesi, %47.4'ünün Ege Bölgesi, %3.8'inin Akdeniz Bölgesi, %4.0'ünün Karadeniz Bölgesi, %7.7'sinin İç Anadolu Bölgesi, % 12,7'sinin Doğu Anadolu Bölgesi, %11.5'inin Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve %4.8'inin yurt dışı olduğu görülmüştür. Gebelerin yaş ortalamalarının $28,08 \pm 6,2$, evlilik yılları ortalamalarının $5,97 \pm 5,65$ olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %15.0'i okur yazar değil/okur-yazar, %43.0'ü ilkokul/ortaokul mezunu, %29.9'u lise ve dengi okul mezunu, %12.1'i üniversite/lisans üstü okul mezunudur. Gebelerin %22.5'i gelir getiren bir işte çalışmakta, %77.5'i çalışmamaktadır. Gebelerin %94.2'si evli, %5.8'i bekar olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin %10.4'ünün sosyal güvencesi bulunmamakta, %82.5'inin sosyal güvencesi Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve %7.1'nin sosyal güvencesi özel sigortasıdır. Gebelerin %70.4'ünün çekirdek aileye, %28.2'sinin geniş aileye, %1.5'inin parçalanmış aileye sahip olduğu saptanmıştır. Gebelerin %69.5'i gelirinin giderden az olduğunu, %28.8'i gelirinin gidere denk olduğunu, %1.7'si gelirinin giderden fazla olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 (TNSA 2013)'te (47); kadınların yaşa özel doğurganlık hızı oranlarının en yüksek 25-29 grubunda olduğunu; kadınların %36'sının en az ortaokul, %21'inin en az lise ve %93'ünün okuma yazma bilmekte olduğu; %35'inin çalışmakta olduğunu fakat %50'sinin sosyal güvencesi

olmadığı; %50'sinin geniş ailede yaşadığı; doğurgan çağıdaki kadınların %68'inin evli, %28'inin bekar, %4'ünün boşanmış ya da ayrı yaşıyor veya eşi ölmüş olduğunu belirtilmiştir. Evlilik dışında çocuk doğurmak Türkiye'de yaygın olmadığı için evlenmemiş kadın nüfusun oranı doğurganlık düzeylerini doğrudan etkilemektedir (47). Çalışmanın İzmir ilinde yapılması nedeniyle Ege Bölgesi doğumlu gebelerin sayısı çalışmada %50'ye yakındır, bu nedenle TNSA 2013 verilerinin geneliyle uyuşmadığı görülmektedir.

Demirbaş ve Kadioğlu'nun (2014) 'Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyum ve İlişkili Faktörler' konulu çalışmasında araştırmaya alınan gebelerin %56.2'si 18-29 yaş, %43.8'i ise 30-44 yaş grubunda; gebelerin %42.1'si ilkokul veya ortaokul mezunu, %57.9'unun lise veya üniversite mezunu olduğu; %30.0'unun çalıştığı; kadınların %50.5'inin beş yıldan az süredir evli, %49.5'inin ise beş yıl veya daha fazla süredir evli; gebelerin %87.7'sinin çekirdek aileye ve %75.9'unun orta veya düşük gelir durumuna sahip olduğu; gebelerin %92.3'ünün sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır (34).

Güler'in (2013) 'Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Değerlendirilmesi' konulu çalışmasında, araştırmaya alınan gebelerin yaş ortalamasının $30,51 \pm 5,27$, %3.2'sinin 20 yaş ve altı, %12.5'sinin 21-25 yaş, %36.8'inin 26-30 yaş, % 28.9'unun 31-35 yaş, %15.4'ünün 36-40 yaş, %3.2'nin 41 yaş ve üzerinde olduğu; %26.8'in okur-yazar olmadığı, %23.6'nın lise mezunu, %33.2'sinin üniversite mezunu, %16.8'nin ilkokul mezunu olduğu; gebelerin %54.6'nın çalışmadığı, %45.4'nün çalıştığı; gelir düzeylerinin %36.4'nün iyi, %36.1'nin orta derece, %27.5'in kötü olduğu saptanmıştır (58).

Yılmaz ve Pasinoğlu'nun (2014) 'Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' konulu çalışmada gebelerin %36.9'unun 20-24 yaş aralığında, %45.6'sının eğitim durumunun ilköğretim ve altında olduğu, %74.3'ünün çalışmadığı, gebelerin %61.4'ünün gelir düzeyin orta düzeyde ve %73.9'nun çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır (59).

Araştırmaya alınan riskli gebelerinin eşlerinin %6.9'unun okur yazar değil/ okur yazar, %47.2'sinin ilkokul/ortaokul mezunu, %33.2'sinin lise ve dengi okul mezunu ve %12.7'sinin üniversite/lisansüstü okul mezunu olduğu belirlenmiştir. Eşlerin %89.1'inin çalışmakta olduğu, %10.9'nun çalışmadığı saptanmıştır.

Gebelerin eşlerinin, %96.2'sinin gebeliği istediği, %1.9'unun istemediği ve %1.9'unun kararsız olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Mutlugüneş ve Mete'nin (2013) 'Gebelerin Bulantı Kusma, Gebelik Kabulü ve Annelik Kabulü Arasındaki İlişki' konulu çalışmasında gebe eşlerinin %1.7'sinin okur yazar değil/okur yazar, %68.6'sının ilkokul/ortaokul mezunu, %%25.0'inin lise ve dengi okul mezunu ve %4.7'sinin yüksek okul/fakülte mezunu olduğu; %95.3'ünün çalıştığı ve %4.7'sinin çalışmadığı saptanmış olup, gebelerin eşlerinin %79.3'ünün gebeliği istediği, %3'ünün istemediği, %1.4'ünün istenmeyen fakat kabullenilen, %16.3'ünün ileriki bir zamanda olmasını istediği belirlenmiştir (46).

Mutlugüneş ve Mete'nin (2013) çalışmasında, eşlerin gebeliği isteme durum gruplaması farklı şekilde ele alındığı için araştırmadan elde edilen bulgular farklılık göstermektedir. Araştırma sonuçları, diğer araştırma sonuçlarıyla genel olarak benzerlik göstermektedir.

Gebelerin %46.3'ünün ilk gebeliği, %53.2'sinin iki gebelik ve üzeri gebeliği olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Yılmaz ve Pasinoğlu'nun (2014) 'Gebelerde Algılanan Sosyal Destek İle Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' adlı çalışmasında gebelerin %43.2'sinin ilk gebeliği, %56.9'unun iki gebelik ve üzeri gebeliği olduğu saptanmıştır (59).

Araştırmaya alınan riskli gebelerin %51.4'ünün hiç doğum yapmadığı, %23.6'sının bir kez, %25.1'inin iki ve daha fazla doğum yaptığı belirlenmiştir (Tablo 3). Kaplan, Bahar ve Sertbaş'ın (2007) 'Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi' adlı çalışmada, çalışmaya katılan gebelerin %30.9'un hiç doğum yapmadığı, %69.1'in ise iki ve üzeri doğum yaptığı bildirilmiştir (60).

Gebelerin, %54.3'ünün yaşayan çocuğunun olmadığı, %23.6'sının yaşayan bir çocuğu olduğu, %22.1'inin iki ve üzeri yaşayan çocuğu olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Yılmaz ve Beji'nin (2010) 'Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler' konulu çalışmasında, çalışmaya katılan gebelerin %51.2'sinin hiç çocuk sahibi olmadığı bulunmuştur (19).

Araştırmaya katılan riskli gebelerin %69.9'u gebeliğini planladığını, bunun yanında %30.1'i gebeliğini planlamadığını ifade etmiştir (Tablo 3). Güler'in (2013)

‘Gebelik Dönemimdeki Stresörlerin Değerlendirilmesi’ adlı tezinde gebelerin %69.3’ünün gebeliği planladığı, %30.2’sinin planlamadığı bulunmuştur (58).

Riskli gebelerin, %7.3’ünün 1-12 haftalık, %29.0’unun 13-24 haftalık ve %63.7’sinin 25-40 haftalık gebe olduğu görülmüştür (Tablo 3). Altıparmak’ın (2006) ‘Gebeliğin Sosyo-Demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi’ adlı çalışmasında çalışmaya katılan gebelerin %6.1’ü 1-12 haftalık, %42.0’ı 13-24 haftalık ve %51.9’u 25-40 haftalık gebe olarak değerlendirilmiştir (61).

Araştırmaya alınan riskli gebelerin %81.0’i önceki gebeliklerinde problem yaşamadıkları, bunun yanında %19.0’unun ise problem yaşadığı belirlenmiştir.

Riskli gebelerin önceki gebeliklerinde yaşadıkları problemler, abortus, gestasyonel diyabetes mellitus, hiperemesis gravidarum, ölü doğum, pyelonefrit, üretiker, erken doğum tehdidi, polihidramnios/oligohidroamnios, akut böbrek yetmezliği, ektopik gebelik ve erken membran rüptürü olduğu saptanmıştır. Gebelerin şimdiki gebeliklerinde yaşadığı problemler ise gestasyonel diyabetes mellitus, çoğul gebelik ve diyabetes mellitus/ hipertansiyon, erken doğum tehdidi, fetal problemler, gebelikte myom/kist, anemi, hiperemesis gravidarum, servikal yetmezlik, plasenta previa/ablasyo plesanta, kolestaz-üretiker, gastrointestinal sistem kanamaları, Rh izoümmünizasyon, hipertansiyon/preeklampsi/ eklampsi, enfeksiyon, erken membran rüptürü, ektopik gebelik, akut böbrek yetmezliği, antenatal kanama, polihidramnios/oligohidroamnios, abortus imminens, travma olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Baklaya ve arkadaşlarının (2014) ‘Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunların İncelenmesi’ adlı çalışmasında, çalışmaya katılan gebelerin önceki gebeliklerinde yaşadıkları problemler, hiperemesis gravidarum, spontan düşük, infertilite, antepartum kanama, gebeliğe bağlı hipertansif hastalıklar, erken membran rüptürü, ölü doğum olarak belirtilmiştir. Kadınların şimdiki gebeliklerinde yaşanan problemler ise, anemi, erken doğum tehdidi, gestasyonel hipertansif sorunlar, vulva bacakta varis, antepartum kanama, genital enfeksiyonlar, hiperemesis gravidarium olarak saptanmıştır (39).

Baklaya ve ark. (2014) yaptıkları çalışmanın bulguları araştırma bulgularıyla kısmen uyumluluk göstermektedir. Tanıların ve sayısal değerlerin farklı olmasının nedeni Baklaya ve ark. tanılarda bir kişinin birden çok cevap vermesi ve örneklemin sağlık ocaklarına başvuran gebelerden oluşması olarak düşünülebilir.

Oruçlu'nun (2011) 'Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniğinde Yatan Riskli Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Stresle Baş Etme Düzeyleri Arasındaki İlişki' adlı tez çalışmasında, riskli gebelerin tanıları, antenatal kanama, preterm eylem, polihidramnios/oligohidroamnios, pyelonefrit, hipertansiyon, inrtauterin gelişme geriliği, eklampsi/preklempsi, prezentasyon anomalileri, hiperemesis gravidarum, posterm gebelik, gestasyonel diyabetes mellitus, grand multiparite, çoğul gebelik, Rh izoümmünizasyonu olduğu saptanmıştır (3).

Araştırma diğer araştırmalarla benzerlik göstermekte fakat farklı tanılar ve sayısal olarak farklılıklar bulunmaktadır. Bunun nedeninin Oruçlu'nun tezinde örneklem olarak tek hastaneyi alması düşünülebilir.

Gebelerin, %65.3'ü hastaneye ilk yatışları olduğunu, %27.3'ü ikinci kez, %4.0'ü üçüncü kez, %0.8'i dördüncü kez, %1'i ise beş ve üzeri yatış yaptıkları saptanmıştır. Riskli gebelerin %85.6'sının kronik bir hastalığı bulunmadığı, %14.4'ünün ise kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya alınan riskli gebelerin, hastanede yatış süresi meydana 2.0 gün ve önceki hastanede yatış süresi medyanı 1.0 gün olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Pamuk ve Arslan'nın (2009) 'Hastanede Yatan Riskli Gebelerde Hastane Stresörlerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi' konulu çalışmalarında hastanede ortalama kalış süresi 19.27 ± 18.28 olarak bulunmuş ve gebelerin %44.3'ünün daha önce hastanede yattıklarını belirtmiştir (31).

Araştırmanın bulguları Pamuk ve Aslan'ın çalışması ile karşılaştırıldığında, sayısal olarak farklılık göstermektedir çünkü Pamuk hastanede yatma süresini toplam yatış günü sayısından hesaplamış ve hastanede ikinci ve üçüncü yatışları ayrı olarak gruplandırma yapmamıştır.

4.2. PRENATAL KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA ETKİ EDEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Çalışmada, PKDÖ Cronbach Alfa katsayısı 0,929 olarak belirlenmiştir. PBE'ne ait Cronbach Alfa katsayısı 0,924 olarak hesaplanmıştır. PKDÖ puan ortalaması 159,43 ve PBE puan ortalaması 3,04 olarak hesaplanmıştır (Tablo 6).

PKDÖ ile PBE arasındaki ilişkinin varlığını belirlemek amacıyla yapılan Spearman's rho korelasyon analizi doğrultusunda negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = -0,457$; $p < 0,05$) (Tablo 7).

Bu ilişkiye göre, PKDÖ puanları azalan gebelerin PBE puanları artmaktadır. Bu bulgu, gebeliğe uyumu iyi olan gebelerin prenatal bağlanmasının da olumlu olduğunu göstermektedir. H_1 kabul edilmiştir. Literatürde bu iki ölçekle ilgili yapılmış bir korelasyon bulunmamaktadır.

Literatüre göre anne bebek bağlanmasının prenatal dönemde başlamaktadır, bu nedenle prenatal dönemdeki etmenler prenatal bağlanmayı etkilemektedir (56). Yılmaz ve Beji'nin (2010) 'Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler' konulu çalışmasında, otuz beş yaş üstü gebe kalan, öğrenim düzeyi düşük olan, çalışmayan, gebeliği planlı olmayan ve multipar gebelerin bağlanma düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (19).

Metin'in (2014) 'Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki' adlı tez çalışmasında PBE ve Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği kullanmış ve gebelerin eğitim düzeyi arttıkça prenatal bağlanma puanının arttığını ve 1-2 yıl arasında evli olan gebelerde prenatal bağlanmanın yüksek olduğunu, gebelerde sosyal destek arttıkça prenatal bağlanmanın arttığını saptamıştır (57). Bakır ve arkadaşlarını (2014) 'Yüksek Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler' adlı çalışmasında, gebelerin yaş, öğrenim ve çalışma durumlarının, gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısının, düşük öyküsü ve gebe olduğunda yaşadığı duygunun prenatal bağlanmada etkili olduğunu bulmuşlardır (33).

Literatürden elde edilen çalışma sonuçları doğrultusunda, sosyodemografik bulguların, gebeliğe uyumu ve dolaylı yoldan prenatal bağlanmayı etkilediği söylenebilir.

PKDÖ ve alt ölçek puan ortalamaları arasında yapılan Mann Whitney U Analizi'nde İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Güney Sekreterliği Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören gebelerin alt ölçek 5. Doğum korkusu puan ortalamaları ($23,44 \pm 4,66$), İzmir Kamu Hastanesi Birliği Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören riskli gebelerin puan ortalamalarından ($22,23 \pm 4,97$) oranda yüksek bulunmuştur (Tablo 8). Bunun nedeninin İzmir Kamu Hastaneler Birliği Güney Sekreterliği Katip Çelebi

Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yeni doğan ünitesinin bulunmaması olarak düşünülebilir. Literatürde hastanenin doğum korkusuna etkisi ile ilgili yapılmış bir araştırma bulunamamıştır.

Riskli gebelerin doğum yerleri ile PKDÖ ve alt ölçek puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucunda PKDÖ ortalama puanı ve alt ölçek 2 “Gebeliğinin kabulü”, alt ölçek 6 “Kendi annesi ile ilişkisinin durumu”, alt ölçek 7 “Eşi ile ilişkisinin durumu” arasında anlamlı oranda fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Alt Ölçek 2. Gebeliğin Kabulü; PKDÖ’de; düşük puan ortalaması gebeliğe uyumun arttığını göstermektedir. Bu bulgulara dayanarak; Akdeniz Bölgesi’nde doğan gebelerin puan ortalaması 23.33 ± 5.56 olarak hesaplanmış ve diğer bölgelerde doğan riskli gebelere göre daha düşük bulunmuştur. Ege Bölgesi’nde doğan gebelerin alt ölçek 2 ortalama puanları 25.71 ± 8.59 , Güney Doğu Anadolu Bölgesi’nde doğan riskli gebelerin alt ölçek 2 puan ortalamaları ise 29.76 ± 8.63 olarak hesaplanmış ve iki bölge arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu bulgulara dayanarak gebeliğin kabulünün doğum yerine göre farklılık gösterdiğini söylenebilir.

Alt Ölçek 6. Kendisi annesi ile ilişkisinin durumu; alt ölçek 6. puanları incelendiğinde diğer gruplara göre en düşük puan ortalamasının Ege Bölgesi’nde (16.46 ± 4.62) doğan riskli gebelere ait olduğu saptanmıştır. Ege Bölgesi’nin puan ortalaması 16.46 ± 4.62 ile Doğu Anadolu Bölgesi’nde doğan riskli gebelerin puan ortalaması 19.06 ± 5.33 ve Güney Doğu Anadolu Bölgesi’nde doğan gebelerin puan ortalaması 19.25 ± 5.41 arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu bulgulara göre, riskli gebelerin kendi anneleriyle ilişkilerinin doğum yerine göre farklılık gösterdiği görülmektedir.

Alt Ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu; Alt ölçek 7 puanları incelendiğinde Akdeniz Bölgesi doğumlu riskli gebelerin puan ortalamasının 15.16 ± 3.63 diğer bölgelerde doğan riskli gebelere göre en düşük olduğu hesaplanmıştır. Ayrıca Güney Doğu Anadolu Bölgesi’nde doğan riskli gebelerin puan ortalaması (19.80 ± 5.01), Marmara Bölgesinde doğan riskli gebelerin puan ortalaması (16.28 ± 5.34) ve Ege Bölgesi’nde doğan riskli gebelerin puan ortalaması (16.18 ± 4.88) ile Akdeniz Bölgesi’nde doğanların puan ortalamaları ($15,16\pm3.63$) arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Bu bulgulara dayanarak eş ile ilişkinin doğum yerlerine göre farklılık gösterdiği söylenebilir.

PKDÖ Genel Puan Ortalaması'nda Akdeniz Bölgesi'nde doğan riskli gebelerin puan ortalaması, diğer bölgelere göre en düşük puan ortalaması (151.22 ± 24.94) olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular, doğum yerinin gebeliğe uyumu etkilediği şeklinde yorumlanabilir. H_2 kabul edilmiştir.

Yılmaz ve Pasinoğlu (2014) 'Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' adlı çalışmada gebelerin doğum yerlerini; il, ilçe ve köy olarak gruplandırmış ve istatistiksel olarak doğum yeriyle ilgili anlamlı fark elde edilmediğini belirtmişlerdir (59). Güler (2013) 'Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Değerlendirilmesi' adlı yüksek lisans tezinde ise doğum yerini bağımsız bir değişken olarak ele almamıştır (58).

Literatür incelendiğinde doğum bölgelerine göre gebeliğe uyum ile ilgili yapılmış bir araştırma bulunamamıştır.

PKDÖ Genel Puan Ortalamasında; 31-35 yaş riskli gebelerin puanı 25.44 ± 2.34 olarak hesaplanmış ve diğer yaş gruplarına göre en düşük puanı almıştır (Tablo 10).

Alt ölçek 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri puan ortalamaları incelendiğinde; 26-30 yaş arası gebelerin 29.19 ± 5.71 olarak hesaplanmış ve diğer gruplara göre en düşük puan olduğu görülmüştür (Tablo 10).

Alt ölçek 4. Doğum hazır oluş ile ilgili puan ortalamaları incelendiğinde; 26-30 yaş arası gebelerin puan ortalamaları 22.69 ± 4.75 olarak hesaplanmış ve diğer yaş gruplarına göre en düşük puan olduğu görülmüştür.

Alt ölçek 5. Doğum korkusu alt ölçeğinin puan ortalamaları incelendiğinde; 31-35 yaş grubu riskli gebelerin puan ortalamaları 17.00 ± 4.14 olarak hesaplanmış ve diğer gruplara göre en düşük puan olduğu görülmüştür.

Alt Ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu alt ölçeğin puan ortalaması incelendiğinde; 26-30 yaş riskli gebelerin puan ortalamaları 16.60 ± 4.05 olarak hesaplanmış ve diğer yaş gruplarına göre en düşük olduğu görülmüştür.

Alt Ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu alt ölçeğin puan ortalaması incelendiğinde; 26-30 yaş gebelerin puan ortalamaları 16.39 ± 5.03 olarak hesaplanmış ve diğer yaş gruplarına göre en düşük olduğu görülmüştür.

Literatüre göre en iyi çocuk sahibi olma yaşı 20-35 arasındadır (1). Bu bulgulara dayanarak yaş etmeninin gebeliğe uyumu, gebenin kendi ve bebeği ile ilgili düşüncelerini, doğuma hazır oluşu, doğum korkusunu, kendi annesiyle ilişkisini ve eşi ile ilişkisini etkilediği söylenebilir. H_3 kabul edilmiştir.

Güler (2013) ‘Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Değerlendirilmesi’ adlı yüksek lisans tezinde yaş grupları arasında PKDÖ puanları ile gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, doğum korkusu, kendi annesi ile ilişkisinin durumu alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamıştır (58). Güler (2013)’in çalışmasının bulguları, araştırmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Yılmaz ve Pasinoğlu ise (2014) ‘Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ adlı çalışmalarında, PKDÖ’nin iki alt boyutundan gebeliğin kabulü ve annelik rolünün kabulünü incelemiş ve yaş etmeninin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulmuşlardır (59). Bu bulgu araştırma ile aynı özellikleri göstermemektedir.

PKDÖ ortalama puanı ve alt ölçekler, 1. Kendi ve bebeğin durumu ile ilgili düşünceleri, 2. Gebeliğin kabulü, 4. Doğuma hazır oluş, 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve 7. Eşi ile ilişkisinin durumunun eğitim durumu ile istatistiksel olarak anlamlı fark yarattığı görülmüştür (Tablo 11, $p<0.05$) ve her bir ölçekte üniversite/lisansüstü mezunu olan riskli gebelerin puan ortalamaları en düşük olarak hesaplanmıştır. Eğitim durumu arttıkça ölçek toplam ve alt ölçek ortalama puanlarının düştüğü yani gebeliğe ve anneliğe uyumun arttığı görülmektedir.

Demirtaş ve Kadioğlu (2014) ‘Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyum ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi’ adlı çalışmada lise veya üniversite mezunu olan kadınların gebeliğe ve anneliğe uyumlu olduklarını saptamıştır ($p<0,01$) (58). Araştırma ile aynı doğrultudadır.

Yılmaz ve Pasinoğlu ise (2014) ‘Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ adlı çalışmalarında, PKDÖ’nin iki alt boyutundan gebeliğin kabulü ve annelik rolünün kabulünü incelemiş ve eğitim durumu ile aralarında istatistiksel bir anlam saptanmadığı belirtilmiştir. Araştırmada annelik rolünü kabul alt başlığında eğitim ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (35). Stark’ın 2001 yılında yaptığı çalışmada gebelerin eğitim durumları arttıkça anneliğe uyumunun arttığını saptamıştır (17).

Araştırma bulguları Yılmaz, Pasinoğlu (2014) ve Stark (2001)’in çalışmaları ile aynı doğrultudadır fakat çalışmada, gebeliğin kabulü alt ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bulunmasına karşın diğer çalışmalar ile uyuşmadığı görülmektedir. Gebeliğin kabulü alt boyutunda elde edilen farkın, Yılmaz ve Pasinoğlu (2014) araştırmasını hastanede yatan riskli gebeler değil, rutin kontrole gelen sağlıklı gebeler ile yapması

ve Stark (2001)'ın sadece 3. trimester gebelerle sınırlı tutmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Literatüre göre, gebeler, eğitim seviyesi arttıkça doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha çok yararlanmaktadırlar (1). Bu bilgi göz önüne alındığında doğum öncesi bakım hizmetlerini kullanma arttıkça prenatal bakım artmakta ve gebeliğe uyum artmakta olarak düşünülebilir. **H₄** kabul edilmiştir.

PKDÖ puan ortalaması çalışan riskli gebelerde 154.75 ± 25.78 , alt ölçeklerinde ise puan ortalamaları; Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri 28.82 ± 5.75 , Kendi annesi ile ilişkisinin durumu 16.52 ± 4.41 olarak hesaplanmıştır ($p < 0.05$). Bu bulgulara göre çalışma durumu gebeliğe uyumu etkilemekte ve çalışan gebelerde çalışmayanlara göre gebelik uyumunun daha iyi olduğu söylenebilir.

Demirtaş ve Kadioğlu (2014) 'Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi' adlı çalışmalarında çalışan gebelerin gebeliğe ve anneliğe uyumunun daha iyi olduğunu bulmuştur ($p < 0,05$) (34). Güler (2013) 'Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Değerlendirilmesi' adlı yüksek lisans tezinde PKDÖ ve tüm alt ölçeklerin gebelerin çalışma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır ($p < 0,05$). Çalışan gebelerin PKDÖ genel toplam ve alt ölçekler puan ortalamalarının çalışmayanlara göre daha düşük olduğunu belirtmiştir (58).

Her iki çalışma, araştırma bulgularını desteklemektedir. Ayrıca; Şahsıvar (2007) 'Riskli Gebelerde Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi' adlı çalışmasında çalışan gebelerde çalışmayanlara göre gebelikte yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (62). Çalışma hayatına atılan gebelerin sosyal güvencesi olması ve ekonomik özgürlüğünün olması toplumsal konumunu yükseltmektedir (1). Bu doğrultuda gebe, kendi sağlığı ve bebeğinin sağlığı hakkında ekonomik özgürlüğü ve doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha iyi faydalanacağı göz önüne alınırsa gebeliğe uyumu artmaktadır denebilir. **H₅** kabul edilmiştir.

Araştırmada evli olan gebelerde riskli PKDÖ genel puan ortalaması 158.55 ± 27.00 ve alt ölçekler, 5. Doğum korkusu puan ortalaması 22.55 ± 4.69 , 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu 17.20 ± 4.93 , 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puan ortalaması 16.69 ± 4.79 olarak hesaplanmıştır. Evli olan riskli gebeleri bekarlara göre PKDÖ toplam ve alt ölçek ortalama puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür

(Tablo 13, $p<0.05$). Bu bulgular; evli olan riskli gebelerde evli olmayanlara göre gebeliğe uyumun daha iyi olduğunu göstermektedir.

Literatürde PKDÖ ile yapılan çalışmalarda sosyodemografik özelliklerden medeni hal ile karşılaştırmanın yapılmadığı belirlenmiştir.

Chou ve ark. (2008) ‘Bulantı ve Kusmanın Stres, Sosyal Destek, Gebelik Planı ve Psikososyal Adaptasyona Etkisi’ adlı çalışmalarında sosyal desteği yüksek olan gebelerin gebeliğe uyum puan ortalamalarının daha düşük olduğunu saptamıştır (63). Yanikkerem, Altıparmak ve Karadeniz (2006) ‘Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi’ adlı çalışmasında, gebelerin, gebelik boyunca desteği en çok eşlerinden aldığını ve hiç kimseden destek almayan gebelerin toplam gebelik sorun puan ortalamasının daha yüksek olduğunu saptamışlardır (64).

Yekenkunrıl ve Mete (2012) ‘Gebelikte Bulantı Kusma, Evlilik Uyumu ve Eş İlişkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ adlı çalışmasında gebelikte bulantı kusma ve evlilik uyumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki olduğunu saptamışlardır (32). Taşçı (2004) ‘Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan ve Almayan Gebelerin Evlilik Uyum Düzeylerinin Karşılaştırması’ adlı çalışmasında, hiperemesis tanısı alan gebelerin evlilik uyumlarının, gebelikte bulantı kusma yaşamayan gebelerden önemli oranda düşük olduğunu saptamıştır (65).

Literatürde gebeliğe uyumu sosyal desteğin etkilediği belirtilmektedir. Gebelerin en büyük destekçisinin eşleri olduğunu bilinmektedir, buna göre gebeliğe uyumu medeni durumun etkilediği söylenilebilir. H_6 kabul edilmiştir.

Riskli gebelerin evlilik yılları ile PKDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat, alt ölçekler 3. annelik rolünü kabul, 4 Doğuma hazır oluş, 5. Doğum korkusu, 6. Kendi annesi ile ilişki durumu ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 14, $p<0.05$).

Bowen ve Muhajarine (2006) ‘Antenatal Depresyon’ adlı çalışmasında evlilik süresinin, gebelikte yaşanan sorunlar ile pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (66). Çalık ve Aktaş (2011) ‘Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi’ adlı makalelerinde evlilik süresinin gebelikte yaşanan sorunları ve depresyon riskini artırdığını belirtmişlerdir (33).

Demirbaş ve Kadioğlu (2014) ‘Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi’ adlı çalışmalarında evlilik süresinin gebeliğe uyumunu etkilemediğini saptamıştır ($p>0.05$) (34).

Ölçeğin geneli ele alınacak olursa evlilik yılının gebeliğe uyumu etkilemediği söylenebilir. Bu bulgu Demirbaş ve Kadioğlu'nun çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Fakat Bowen ve Muhajarine (2006) ile Çalık ve Aktaş (2011)'in çalışmalarındaki bulgulara dayanarak evlilik süresinin dolaylı yoldan gebeliğe uyumu etkilediği söylenebilir.

PKDÖ genel puan ortalaması, alt ölçekler, 6. kendi annesiyle ilişkisinin durumu ve 7. Eşi ile ilişkisinin puan ortalamalarının, sosyal güvenceleri SGK yada özel sağlık sigortası olan riskli gebelerde, sosyal güvencesi olmayanlara göre düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 15 , $p<0.05$). Bu bulgulara göre sosyal güvencesi olan gebelerin olmayanlara göre gebeliğe uyumunun daha iyi olduğu söylenebilir. **H₇** kabul edilmiştir.

Demirbaş ve Kadioğlu (2014) 'Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi' adlı çalışmasında sosyal güvencesi olan gebelerin gebeliğe ve anneliğe daha uyumlu olduklarını belirtmişler (34). Demirbaş ve Kadioğlu'un (2014) çalışmasındaki sosyal güvence bulgusu araştırma ile örtüşmektedir.

Sosyal güvencenin sağlık harcamaları ve özellikle doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım için önemli olduğunu düşünüldüğünde, araştırmaya alınan gebelerin riskli gebe ve hastanede tedavi olduğu göz önüne alındığında sosyal güvence varlığının riskli gebelerde gebeliğe uyumu etkilediği söylenebilir. Bu bulgu literatürle örtüşmektedir.

PKDÖ genel puan ortalaması, alt ölçekler, 2. Gebeliğin kabulü, 3. Annelik rolünün Kabulü, 6. Kendi annesiyle ilişkisinin durumu ve 7. Eşi ile ilişkisinin puan ortalamalarına bakıldığında çekirdek ailede yaşayan riskli gebelerin, geniş aile ve parçalanmış ailede yaşayan riskli gebelere göre alt ölçek puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. PKDÖ ortalama puanı çekirdek ailede yaşayan riskli gebelerde 155.56 ± 24.68 olarak hesaplanmıştır (Tablo 16, $p<0.05$). Bu bulgulara göre aile tipinin gebeliğe uyumu etkilediği ve çekirdek ailede yaşayan riskli gebelerin gebeliğe uyumun diğer riskli gebelere göre daha iyi olduğu söylenebilir. **H₈** kabul edilmiştir.

Demirbaş ve Kadioğlu (2014) 'Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi' adlı çalışmasında çekirdek aileye

sahip olan gebelerin gebeliğe ve anneliğe uyumun daha iyi olduğunu saptanmıştır ($p<0,05$) (34). Araştırma bulguları benzerlik göstermektedir.

Yılmaz ve Pasinoğlu ise (2014) ‘Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ adlı çalışmasında, PKDÖ’nin gebeliğin kabulü ve annelik rolünün kabulü iki alt boyutu incelenmiş ve aile tipi ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (59). Bu bulgu araştırma ile benzerlik göstermemektedir. Çalışma sonuçları arasındaki uyumsuzluğun, Yılmaz ve Pasinoğlu’nun (2014) çalışmasında riskli gebe bulunmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

PKDÖ genel puan ortalaması, alt ölçek 1 Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü, alt ölçek 4. Doğuma hazır oluş, alt ölçek 6. kendi annesiyle ilişkisinin durumu ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin puan ortalamalarına bakıldığında geliri giderden az olan riskli gebelerin, geliri gidere denk ya da geliri giderden fazla olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. PKDÖ genel puan ortalaması gelir giderden az olan gebelerde $163,85\pm 27,01$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 16, $p<0,05$). Bu bulgulara göre gebeliğe uyumun gelir durumundan etkilendiği ve gelir durumu arttıkça gebeliğe uyumun da arttığı söylenebilir. H_9 kabul edilmiştir.

Demirbaş ve Kadioğlu (2014) ‘Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi’ adlı çalışmasında yüksek veya iyi gelir durumuna sahip gebelerin gebeliğe ve anneliğe uyumun daha iyi olduğunu saptamışlardır ($p<0,05$) (34). Riskli gebelerde hastaneye yatış, gebeliğin getirdiği masraflar, postpartum dönemde bebeğin doğumu ve gebenin hayatının değişmesi ile ortaya çıkan masraflar göz önüne alındığında gelir durumunun gebeliğe uyumda etkili olduğu söylenebilir.

PKDÖ genel puan ortalaması, alt ölçekler 1 Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, 2. Gebeliğin kabulü, 4. Doğuma hazır oluş, 6. kendi annesiyle ilişkisinin durumu ve 7. Eşi ile ilişkisinin puan ortalamalarına bakıldığında, eşlerin eğitim durumu arttıkça puan ortalamalarının düştüğü görülmektedir. PKDÖ genel puan ortalaması eşleri üniversite/yüksek lisans mezunu olan riskli gebelerde $146,68\pm 22,41$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 18, $p<0,05$). Bu bulgular ışığında gebeliğe uyumun eş eğitim durumundan etkilendiği ve eşin eğitim durumu arttıkça gebeliğe uyumun arttığı söylenebilir. H_{10} kabul edilmiştir.

Yılmaz ve Pasinoğlu (2014) ‘Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ adlı çalışmada, PKDÖ’nin iki alt boyutundan gebeliğin kabulü ve annelik rolünün kabulünü ile eşin eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu saptamışlardır ($p<0.05$). Gebeliğin kabulü ortalama puanlarını üniversite mezunu olan eşlerde $23,0\pm 7.4$ olarak hesaplamışlardır (59). Araştırmada, alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü eşlerinin üniversite/lisansüstü mezunu olan riskli gebelerde puan ortalaması $23,67\pm 6,70$ olarak hesaplanmıştır. Alt ölçek 2. Gebeliğin kabulü Yılmaz ve Pasinoğlu’nun araştırması ile benzerlik göstermektedir.

PKDÖ genel puan ortalaması ve alt ölçek 3. annelik rolünün kabulü puan ortalamalarının eşleri çalışan riskli gebelerde çalışmayanlara göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 19, $p<0.05$). Bu bulgulara göre eşin çalışmasının gebeliğe uyumu etkilediği ve eşleri çalışan riskli gebelerin çalışmayanlara göre gebelik uyumun ve annelik rolüne adaptasyonlarının daha iyi olduğu söylenebilir. **H₁₁** kabul edilmiştir.

Literatürde gebeliğe ve anneliğe uyum ile ilgili çalışmalarda eşin çalışma durumunu arasındaki ilişki incelenmemiştir. Yılmaz ve Pasinoğlu (2014) ‘Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ adlı çalışmada, PKDÖ’nin iki alt boyutundan gebeliğin kabulü ve annelik rolünün kabulü ile eşin mesleği arasında anlamlı bir fark saptanmadığı belirtilmiştir (59). Bu bulgu çalışma ile uyumlu değildir. Sonuçlar arasındaki farkın Yılmaz ve Pasinoğlu (2014)’nın eşlerin çalışmama durumlarını ele almamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Eşi gebeliği isteyen riskli gebelerin PKDÖ toplam puanı, alt ölçekler 2. Gebeliğin kabulü, 3. Annelik rolünün kabulü, 4. Doğuma hazır oluş, 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları ile eşleri gebeliği istemeyen/karsız olan riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Eşleri gebeliği istemeyen/kararsız olan gebelerin gebeliğe ve anneliğe uyumlarının eşleri gebeliği isteyen gruba göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 20). **H₁₂** kabul edilmiştir.

PKDÖ ile yapılan çalışmalarda eşlerin gebeliğe karşı tutumuyla ilgili herhangi bir veriye rastlanmamıştır fakat gebeliğe uyumu etkileyen faktörler arasında sosyal desteğin önemli olduğu bilinmektedir. Chou ve arkadaşları (2007) ve Kou ve

arkadaşları (2007), hiperemezis garvidarum tanılı riskli gebelerle yaptıkları çalışmalarda sosyal desteği yüksek gebelerin gebeliğe uyumunun arttığını belirtmişlerdir (63,67). Gebenin en yakın destekçisi eşidir bu doğrultuda çalışmadan elde edilen veriler literatür ile benzerlik göstermektedir.

Gebelik sayısı bir kez olan riskli gebelerin PKDÖ toplam puanı, alt ölçekler 2. Gebeliğin kabulü, 3. Annelik rolünün kabulü, 4. Doğuma hazır oluş, 5. Doğum korkusu, 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları ile gebelik sayısı iki kez ve üzeri olan riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). İlk gebeliği olan gebelerin gebeliği, annelik rolünü kabulü, kendi annesi ve eşi ile ilişkisinin daha uyumlu olduğu ve genelde annelik rolü ve gebeliğe uyumunun daha iyi olduğu görülmektedir. Gebelik sayısı iki ve üstü olan gebelerin ise doğuma hazır oluş ve doğum korkusuna uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 21). H_{13} kabul edilmiştir.

Demirbaş ve Kadioğlu (2014) ‘Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi’ adlı çalışmada gebelik sayısı ve gebeliğe uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamamıştır ($p>0.05$) (34). Demirbaş ve Kadioğlu (2014)’nın çalışma grubunda sadece sağlıklı gebeler bulunmaktadır, bunun da iki çalışmanın bulguları arasındaki farkı oluşturduğu söylenebilir.

Güler (2013) ‘Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Değerlendirilmesi’ adlı yüksek lisans tezinde, gebelik sayısı ile gebeliğe uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamıştır ($p<0.05$) (58). Yılmaz ve Pasinoğlu (2014) ‘Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ adlı çalışmalarında, PKDÖ’nin iki alt boyutundan gebeliğin kabulü ve annelik rolünün kabulü ve gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamıştır ($p<0.05$) (59). Araştırma bulguları, genel olarak literatür ile örtüşmektedir.

Araştırmaya alınan riskli gebelerin doğum sayılarına göre PKDÖ ve alt ölçekler puanları incelendiğinde; PKDÖ ortalama puanı, 2. Gebeliğin kabulü, 3. Annelik rolünün kabulü, 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Hiç doğum yapmamış riskli gebelerin PKDÖ ortalama puanlarının, bir kez ve üzeri doğum yapmış riskli gebelerin ortalama puanlarından

daha düşük olduğu gör÷lmektedir (Tablo 22). Bu bulgulara göre doğum sayısının gebeliğe uyumu etkilediği söylenebilir. H_{14} kabul edilmiştir.

Yılmaz ve Pasinoğu (2014) ‘Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ adlı çalışmalarında, gebeliğin kabulü ve doğum sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamıştır (59). Bu bulgu araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya alınan riskli gebelerin yaşayan çocuk sayılarına göre PKDÖ ve alt ölçekleri puanları incelendiğinde; PKDÖ ortalama puanı, alt ölçekler 2. Gebeliğin kabulü, 3. Annelik rolünün kabulü, 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) Yaşayan çocuk sayısı arttıkça PKDÖ ortamları puanları yükselmektedir (Tablo 23). H_{15} kabul edilmiştir.

Güler (2013) ‘Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Deđerlendirilmesi’ adlı yüksek lisans tezinde yaşayan çocuk sayısının PKDÖ ve alt boyutları arasında yaptığı korelasyonda çalışma ile aynı bulguları saptanmıştır (58). Bu bulgulara göre yaşayan çocuk sayısının gebeliğe uyumu etkilediğini ve çocuk sayısı arttıkça gebeliğe uyumun azaldığı söylenebilir. Evdeki çocuk sayısının artması hastanede yatan riskli gebelerde onların sağlığı ve bakımı hakkında endiše duymalarına neden olacaktır, buda gebeliğe uyumu etkilemektedir denebilir.

Gebeliği planlı olan riskli gebelerin PKDÖ toplam puanı, alt ölçekler 2. Gebeliğin kabulü, 3. Annelik rolünün kabulü, 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları ile gebeliği plansız olan riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Gebeliklerini planlayan gebelerin gebeliğe ve anneliğe uyumlarının planlamayan gebelere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 24). H_{16} kabul edilmiştir.

Demirbaş ve Kadioğu (2014) ‘Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi’ adlı çalışmasında gebeliği isteme/planlama durumu ile gebeliğe uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$) (34). Yılmaz ve Pasinoğu (2014) ‘Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ adlı çalışmasında, gebeliği planlama ile gebeliğin kabulü ve annelik rolünün kabulü arasında istatistiksel olarak fark saptamıştır ($p<0,05$) (59). Güler (2013)’in ‘Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Değerlendirilmesi’ adlı yüksek lisans tezinde PKDÖ ve alt

boyutları arasında yapılan analiz sonucunda gebeliğin planlanması ile tüm alt ölçekler ve PKDÖ ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (58). Çalışma bulguları ve literatürde ki araştırmalara dayanarak gebeliği planlamanın gebeliğe uyumu olumlu etkilediği söylenebilir.

Araştırmaya alınan riskli gebelerin gebelik haftasına göre PKDÖ ve alt ölçekleri puanları incelendiğinde; PKDÖ ortalama puanı, alt ölçekler 2. Gebeliğin kabulü, 4. Doğuma hazır oluş puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 25). Gebelik haftası arttıkça gebeliğin kabulü, doğuma hazır oluş ve gebeliğe uyumun arttığı görülmektedir. H_{17} kabul edilmiştir. Literatüre göre gebeliğe uyum gebelik haftasının artmasıyla artmaktadır(1,8, 12). Buna göre çalışma bulguları literatürü desteklemektedir.

Demirbaş ve Kadioğlu (2014) ‘Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi’ ve Yılmaz ve Pasinoğlu (2014) ‘Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ adlı çalışmalarında, gebelik haftası ile gebelik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (34,59). Bu çalışmalardan elde edilen bulgular, araştırma sonuçları ve literatür ile benzerlik göstermemektedir.

Önceki gebeliğinde problem yaşayan riskli gebelerin Alt ölçekler, 1. Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri ve 5. Doğum korkusu durumu puanları ile önceki gebeliğinde problem yaşamayan riskli gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 26). Önceki gebeliğinde problem yaşamayan gebelerin kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşüncelerinin daha uyumlu olduğu ancak doğum korkusuna uyumunun daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Yılmaz ve Pasinoğlu (2014) ‘Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ adlı çalışmasında önceki gebeliklerinde düşük ve küretaj yaşamış gebeler ile annelik rolünün kabulü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (59). Güler (2013) ‘Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Değerlendirilmesi’ adlı yüksek lisans tezinde önceki gebeliklerinde problem yaşayan gebelerin PKDÖ ve alt boyut puanlarının önceki gebeliklerinde problem yaşamayanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir (58). Güler’in çalışması çalışma bulgularıyla alt ölçek 2 ve alt ölçek 5 ile benzerlik göstermektedir. Önceki gebeliklerde yaşanan problemler riskli gebelerde gebeliğe uyum aşamasında stres faktörüdür (42). Çalışma bulgularına göre; önceki

gebeliğinde problem yaşayan riskli gebelerin şimdiki gebeliklerinde bebekleri ve kendileri hakkındaki endişe duydukları ve doğum korkusu yaşadıkları söylenebilir.

Araştırmaya alınan riskli gebelerin hastaneye yatış sayılarına göre PKDÖ ve alt ölçekleri puanları incelendiğinde; değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 27).

Oskay ve Coşkun (2012) ‘Hastanede Yatak İstirahatindeki Yüksek Riskli Gebelerde Ortaya Çıkan Sorunların Giderilmesinde Verilen Kapsamlı Hemşirelik Bakımının Etkinliği’ adlı çalışmalarında, hastanede kısmi ya da kesin yatak istirahatinin ve süresinin kontrol ve deney grubunda fark etmediğini ve psikolojik ve fiziksel yakınlar ile ilişkileri açısından istatistiksel bir farklılık olmadığını saptamışlardır (38).

Arslan ve Hediye (2005) ‘Kısmi Yatak İstirahati ile Hastanede Yatan Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Sorunlar’ adlı çalışmalarında 52 riskli gebe ile çalışmış ve 10 gebenin daha önceden hastaneye yattıklarını belirtmişlerdir, fakat hastaneye kaçınıcı yatışları olduğunu incelememişlerdir(30). Altınçelep (2011) ‘Gebelerdeki prenatal distres düzeyinin belirlenmesi’ adlı tezinde hastanede yatarak tedavi gören gebelerin hastanede yatmayan gebelere göre prenatal stresin yüksek olduğunu saptamıştır (68). Riskli gebeliklerle ilgili yapılan çalışmalarda hastaneye yatış süresi incelenmiş fakat kaçınıcı yatış olduğu incelenmemiştir. Bu nedenle bu bölüm tartışılmamıştır.

Kronik hastalığı olan riskli gebelerin, alt ölçek 3. Annelik rolünün kabulü ve alt ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kronik hastalığı olan gebelerin bu durumlara uyumunun, olmayan gebelere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Güler (2013) ‘Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Değerlendirilmesi’ adlı yüksek lisans tezinde kronik hastalığı olan gebelerin gebeliğin kabulünün olmayan gebelere göre daha düşük olduğunu saptamıştır (58). Her iki çalışmada da PKDÖ ortalama puanı ve kronik hastalık arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Bu bulgulara göre kronik hastalık varlığı, genel olarak gebeliğe uyumu etkilenmemekte ancak alt ölçeklerden annelik rolünün kabulü ve eş ile ilişkinin durumunu etkilemektedir şeklinde yorumlanabilir.

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 SONUÇ

Riskli gebelerde gebeliğe uyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada saptanan bulgular doğrultusunda elde edilen sonuçlar;

- ✓ Riskli gebelerde gebeliğe uyumu birçok faktör etkilemektedir. Gebeliğe uyumu etkileyen sosyodemografik faktörlerin; gebenin tedavi gördüğü hastane, gebenin doğum yeri, gebenin yaşı, gebenin eğitim durumu, gebenin çalışma durumu, gebenin medeni durumu, evlilik yılı, gebenin sosyal güvence varlığı, gebenin yaşadığı aile tipi, gebenin gelir durumu, gebelerinin eşlerinin eğitim durumu, gebelerin eşlerinin çalışma durumu ve eşlerinin gebeliğe karşı tutumu olduğu görülmüştür.
- ✓ Gebeliğe uyumu etkileyen obstetrik faktörlerin; gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliği planlama durumu, gebelik haftası, önceki gebeliklerinde problem yaşama durumu olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Hastaneye yatış süresinin riskli gebelerde gebeliğe uyumu etkilemediği bulunmuştur.
- ✓ Riskli gebelerde PKDÖ ve PBE arasında negatif yönde düşük bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu doğrultuda PKDÖ puanları artarken PBE puanları azalmaktadır. Yani gebeliğe uyum artarken prenatal bağlanmada artmaktadır.

5.2 ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- ✓ Riskli gebelerle yapılan çalışmalar artırılması,
- ✓ Prenatal dönemde gebeliğe uyum ile ilgili çalışmaların artırılması,
- ✓ Bu çalışmanın Türkiye'nin diğer il ve bölgelerinde de yapılması,
- ✓ Prenatal dönemde gebeliğe uyumu etkileyen faktörlerin sağlık çalışanlarıyla tartışılıp, prenatal ve postpartum döneme uyumu arttırmak adına çalışmalar yapılması ve çalışmalar doğrultusunda hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesi,
- ✓ Hemşirelik bakımı ile anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, önceden var olan ya da bu dönemde oluşabilecek sağlık

sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla maternal-fetal ve neonatal mortalite ve morbiditenin en aza indirilmesi önerilir.



BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

1. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.11. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık;2012.
2. Beydağ K.D. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. TSK Hekimlik Bülteni 2008;6(6):479-484.
3. Oruçlu D. Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniğinde Yatan Riskli Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Stresle Baş Etme Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı;2011.
4. Özkan A, Arslan H. Gebeliğe Karar Verme, Fizyolojik Yakınmaları Algılama ve Eğitim Gereksinimleri. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2007;38:155-161.
5. Eskici L, Demir Akca A.S, Atasoy N, Arıkan İ, Harma Mehmet. Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğunun Obstetrik Sonuçları ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. Anatol J Clin Investing 2012;6(1):10-16.
6. Coşkun A. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları El Kitabı 1. Baskı. İstanbul: Koç Üniversitesi ;2012:167-193.
7. Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı.1. Baskı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık;2008; s.453-563.
8. Kömürcü N. Doğum Öncesi Dönem. Perinatoloji Hemşireliği. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Sağlık Müdürlüğü; 2010: s:71-276.
9. Altın Ergil G. Perinatal Depresyon Tedavisinde Kişilerarası Terapi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012;4(2): 188-203.
10. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek İle Problem Çözme Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003;4:98-105.
11. Karaçam Z, Ançel Depression, Anxiety and Influencing Factors in Pregnancy: A Study Turkish Population. Midwifery 2009;25:344-356.
12. Murray S.S, Mckinney E.S. Foundations Of Maternal-Newborn Nursing. In: Psychosocial Adaptations To Pregnancy. USA: Elsevier 4th Ed. 2006: p:150-171.
13. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2001; 23(1):61-64.

14. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma Biçemi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye'den Bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17(4):252-258.
15. Duyan V, Kapısız S.G, Yakut H.İ. Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri'nin Bir Grup Gebe Üzerinde Türkçeye Uyarlama Çalışması. The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology 2013;10(39):1609-1614.
16. Özkan M, Kaçmaz N, Anuk D, İbrahimoğlu L. Yüksek Riskli Gebelerde Psikiyatrik Morbidite. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası. 2004;67(4):210-217.
17. Stark MA. Relationship of Psychosocial Tasks of Pregnancy and Attentional Functioning in The Third Trimester. John Wiley & Sons, Inc 2001;24:194-202.
18. Karaçam Z, Şen E. Yüksek Riskli Gebelerin Evde Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2012;80-91.
19. Yılmaz S, Beji N.K. Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. Genel Tıp Dergisi 2010;20(3):99-108.
20. Gözüyeşil Y. E, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3(9):39-66.
21. Gümüş B. A, Çevik N, Hyusni H. S, Biçen Ş, Keskin G, Malak T. A. Gebelikte Benlik Saygısı Ve Beden İmajı İle İlişki Özellikleri. Anatol J Clin Investing 2011;5(1):7-4.
22. Sunal N, Demiray A. Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):99-110.
23. Daştan Bostancı N, Deniz N, Şahin B. Kars'ta Gebelerin Ev Ziyareti ile Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2015;6(2):71-78.
24. Yücel P, Çayır Y, Yücel M. Birinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu. Klinik Psikiyatri 2013;16(17):7-17.
25. Şen S, Çetişli Egeliolu N, Saruhan A. Göçün Gebelikteki Depresyon, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destekle İlişkisi. International Journal of Human Sciences 2012;9(2):1-13.

26. Tortumluoğlu G, Okanlı A, Erci B. Gebelerin Aile Ortamını Algılamaları İle Özbakım Gücü Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;6(1):24-36.
27. Serçekuş P, Okumuş H. Yüksek Riskli Gebelerde Uzun Süre Hastanede Yatmanın Etkileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7(3):107-111.
28. Körükcü Ö, Kabukcuoğlu K. Preterm Eriken Membran Ruptürü Olan Gebelerin Anneliğe Geçişlerinin Meleis'in Geçiş Teorisine Göre İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17(4): 253-260.
29. Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin Ruhsal Belirti Dağılımlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005;21(1):115-126.
30. Hediye A, Korkmaz N. Kısmi Yatak İstirahati İle Hastanede Yatan Riskli Gebelerin Yaşadığı Fiziksel Ve Psikolojik Sorunlar. Perinatal Journal 2005;13(2):91-100.
31. Pamuk S, Arslan H. Hastanede Yatan Riskli Gebelerde Hastane Stresörlerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 2009;2(2):23-32.
32. Yekenkurnıl D, Mete S. Gebelikte Bulantı Kusma, Evlilik Uyumu ve Eş İlişkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2012;5(3):89-95.
33. Bakır N, Ölçer Z, Oskay O. Yüksek Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2014;1(1):25-37.
34. Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014;4(4):200-206.
35. Yılmaz F. Gebelerde Algılanan Sosyal Destek İle Gebeliğe Ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı;2012.

36. Akbaş E. Gebe Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2006.
37. Koyun A, Taşkın L., Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar (Current Approaches in Psychiatry) 2011;3(1):67-99.
38. Oskay Ü.Y, Coşkun A. Hastanede Yatak İstirahatindeki Yüksek Riskli Gebelerde Ortaya Çıkan Sorunların Giderilmesinde Verilen Kapsamlı Hemşirelik Bakımının Etkinliği. TSK Kotuyucu Hekimlik Bülteni (TAF Preventive Medicine Bulletini) 2012;11(2):163-172.
39. Baklaya A.N, Vural G, Eroğlu K. Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne Ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunların İncelenmesi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014;4(1):6-16.
40. Şen E, Şirin A. Preterm Eylem Tanısı Alan Gebelerin Kaygı, Depresyon Ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Gaziantep Tıp Dergisi
41. Beydağ K.D, Mete S. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2008;11(1):16-24.
42. Taşkın L, editör. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. İçinde: Yüksek Riskli Gebeliğin Psikolojik Yönü, Gebeliği Etkileyen Sağlık Sorunları, Gebelik Komplikasyonları . 2. Baskı. Ankara: Palme Yayıncılık;2002:150-593.
43. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset;2004:184-189.
44. Kafkaslı A. Gebelik Diyabeti Tarama Ve Tanı Son Değişiklikler. Türk PerinatolojiDerneği, Erişim Tarihi;17.8.2015. http://www.perinatology.org.tr/news/31/Gebelik_DiyabetiTarama_ve_TaniSon_Degisiklikler.Aspix.
45. Queenan Jt, Hobbins Jc, Spooning Cy, Tıraş B. Maternal Hastalıklar, Obstetrik Problemler. İçinde: Yüksek Riskli Gebelik Protokolleri.5. Baskı Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2008:149-485.

46. Mutlugüneş E, Mete S. Gebelikte Bulantı Kusma İle Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulü Arasındaki İlişki. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2013; 8-14.
47. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye 2013; 171-175.
48. T.C Kültür ve Turizm Bakanlığı, Türk Kültür Tarihi. <http://www.kultur.gov.tr/TR.24295/kultur.html>. Erişim Tarihi:8.9.2015.
49. Özkan S, Demirhan H, Çınar İ.Ö, Sevil Ü, Alataş E. Antepartum Dönem Fonksiyonel Durum Envanteri'nin Geçerlik Güvenirlilik Çalışması. Pamukkale Tıp Dergisi 2014;7(2):12-130.
50. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber I. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi (Journal Of Psychiatric Nursing) 2010;1(2):71-76.
51. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerde Doğuma İlişkin Korkuları Ve Etkileyen Faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülten 209; 40 (2): 57-61.
52. Coşkun A. Perinatal Hemşirelik Yaklaşımı ve Ekip Çalışmasının Önemi. Perinatoloji Dergisi 1996;4(3):181-184.
53. Yılmaz S, Beji N.K. Prenatal Bağlanma Envanterinin Türkçe'ye Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16(2):103-109.
54. Kavlak O, Şirin A. Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumuna Uyarlanması. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi 2009;6(1):188-202.
55. Yılmaz S.D, Beji N.K. Effects of Perinatal Loss on Current Pregnancy In Turkey. Midwifery 2012.
56. Muller M.E. Development Of The Prenatal Attachment Inventory. W.J.N.R 1993; 15: 199-215.
57. Metin A. Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2014:14-24.

58. Güler A. Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu Lisans Programı; 2013.
59. Yılmaz F, Pasinoğlu T. Gebelerde Algılanan Sosyal Destek İle Gebeliğe Ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları Ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2014;1(1):14-24.
60. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2007;10(1):113-1212.
61. Altıparmak S. Gebeliğin Sosyo-Demografik Özellikler, Öz Bakım Güzü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi, TAF Preventive Medicine Bulletin 2006;5(6): 416-423.
62. Şahsıvar Ş. Riskli Gebeliklerde Depresyon Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tez. T.C. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı;2007;s. 59-70.
63. Chou F-H, Avant K.C, Kou S-H, Fetzer S.J. Relationship between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning, and psychosocial adaptation in a sample of mothers: A questionnaire survey. International Journal Of nursing studies 2008;45:1185-1191.
64. Yanıkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi 2006;3(10):35-42.
65. Taşçı E. Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Ve Almayan Gebelerin Evlilik Uyum Düzeylerinin Karşılaştırması. Yüksek Lisans Tezi. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı;2004.
66. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal Depression. Canadian Nurse Journal 2006;102:26-30.
67. Kou S-H, Wang R-H, Tseng H-C, Jian S-Y, Chou F-H. A Comparison Of Different Severities Of Nausea And Vomiting During Pregnancy Relative To Stress, Social Support, And Maternal Adaption. Journal Of Midwifery & Women's Health 2007;52(1):1-7.

68. Altınelep F. Gebelerdeki Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yükseklisans Programı;2011.



EKLER

EK I- GEBE TANILAMA FORMU

1.Doğum yeriniz:

2.Yaşınız:

3.Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okur yazar değil b)Okuma-yazma biliyor c)İlkokul d) Ortaokul
e) Lise ve dengi f) Üniversite/yüksekokul g) Lisansüstü

4.Mesleğiniz nedir?

- a) Ev Hanımı b) Memur c) İşçi d) Serbest Meslek e) Diğer.....

5.Medeni Durumunuz?

- a) Evli b)Bekar c)Diğer.....

6.Eşinizin eğitim durumu nedir?

- a) Okur yazar değil b)Okuma-yazma biliyor c)İlkokul d) Ortaokul
e) Lise ve dengi f) Üniversite/yüksekokul g) Lisansüstü

7.Eşinizin mesleği nedir?

- a) İşsiz b) Memur c) İşçi d) Serbest Meslek e) Diğer.....

8.Sosyal güvence türünüz nedir?

- a) Yok b)SGK c) Özel sağlık sigortası d)Diğer

9.Evlilik süreniz:

10.Aile tipiniz nedir?

- a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile d) Diğer

11.Ailenizin gelir durumu sizce nasıldır?

- a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

12.Gebeliğiniz isteyerek, planlanarak mı oldu?

- 1) Evet 2)Hayır

13.Kaç kez gebe kaldınız?

- a)1 b)2 c)3 d) 4 ve üzeri

14.Kaç kez doğum yaptınız?

- a)Hiç b) 1 c) 2 d) 3 e)4 ve üzeri

15.Yaşayan kaç çocuğunuz var?

- a)Hiç b) 1 c) 2 d) 3 e)4 ve üzeri

16.Daha önce doğum yaptıysanız gebeliğinizde problem yaşadınız mı?

- 1) Hayır 2) Evet

17.Şimdiki gebeliğinizde ne problem yaşıyorsunuz?

.....

18.Ne kadar süredir hastanede yatıyorsunuz?

.....

19.Gebeliğiniz süresince hastaneye kaçınıcı yatışınız?

a) İlk b) İkinci c) Üçüncü d) Dördüncü e) Beş ve üzeri

20. Daha önce hastaneye yattıysanız ne kadar süre (kaç gün) yattınız?

.....

21.Eşinizin gebeliğe karşı tutumunu nasıl değerlendirirsiniz?

a) Gebeliğimi istiyor b) Gebeliğimi istemiyor c) Kararsı



EK II - Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Türkçe Formu
Aşağıdaki ifadeler hamile kadınlar tarafından oluşturulmuştur. Her ifadeyi okuyarak hangi yanıtın sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığına karar verin. Daha sonra her ifadeye uygun gelen seçeneği işaretleyin.

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

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

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

EK III - PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ (PBE)

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

	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1. Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.	a	b	c	d
2. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.	a	b	c	d
3. Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.	a	b	c	d
4. Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.	a	b	c	d
5. Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.	a	b	c	d
6. Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.	a	b	c	d
7. Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.	a	b	c	d
8. Bebeğimin içimde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşıyorum.	a	b	c	d
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	a	b	c	d
10. Bebeğimin ne zaman uyuduğunu bilirim.	a	b	c	d
11. Bebeğimi hareket ettirebilirim.	a	b	c	d
12. Bebeğim için bir şeyler satın alır ya da yaparım.	a	b	c	d
13. Bebeğimi sevdiğimi hissedirim.	a	b	c	d
14. Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım.	a	b	c	d
15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.	a	b	c	d
16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.	a	b	c	d
17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.	a	b	c	d
18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.	a	b	c	d
19. Bebeğimle sırlarımı paylaşıyorum.	a	b	c	d
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.	a	b	c	d
21. Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.	a	b	c	d

Puanlama:

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

EK IV - Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

RE: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

Kerime Derya Beydag (derya.beydag@okan.edu.tr)

Kişilere ekle

Ek

12.09.2013

[Bu iletiyi gelen kutunun en üstünde tut]

Belgeler, Fotoğraflar

Kime: fatma pehlivanoğlu

Kerime Derya Beydag kişinin resmi

Outlook Etkin Görünüm

4 ek (toplam 616,3 KB)

İndir: prenatal.doc (97,0 KB)

prenatal.doc

Çevrimiçi göster

Slayt gösterisinde göster: p1.jpg

İndir

İndir: prenatal.pdf (110,3 KB)

prenatal.pdf

Çevrimiçi göster

İndir: prenatal.pdf (102,2 KB)

prenatal.pdf

Çevrimiçi göster

Slayt gösterisi göster (1)

Tümünü zip olarak indir

Merhaba Fatma,

Ölçeğimi çalışmada kullanmandan memnuniyet duyarım. İstemiş olduğun ölçeği ekte gönderiyorum. Ayrıca, ölçeğin kullanılmış olduğu çalışmaları da kaynak olması adına ekledim. Yayınlanmış hali değerlendirmesi ve alt boyutları hakkında bilgi içeriyor. Ölçek ile ilgili danışman istediğin her konuda yazabilirsiniz. Çalışmada başarılar dilerim.

Kerime Derya Beydag
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu
Öğretim Üyesi
Okan Üniversitesi Tuzla Kampüsü
34959 Akfırat-Tuzla / İSTANBUL
0 (216) 677 16 30 - 2881
0 (216) 677 16 47

From: fatma pehlivanoglu [mailto:fatma.pehlivanoglu@hotmail.com]
Sent: Wednesday, September 11, 2013 10:56 PM
To: Kerime Derya Beydag
Subject: FW: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

From: fatma.pehlivanoglu@hotmail.com
To: dtasci@pau.edu.tr
Subject: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği
Date: Wed, 11 Sep 2013 22:52:06 +0300

Sayın Kerime Derya (Taşçı) Beydağ,

Yapmayı planladığım bir çalışmada geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğunuz "Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. İzniniz olursa, ölçeği ve değerlendirmesi ile ilgili bilgileri gönderebilerseniz sevinirim. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Fatma Pehlivanoglu
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği A.D.
Yüksek Lisans Öğrencisi

© 2013 Microsoft

Koşullar

Gizlilik

Geliştiriciler

Türkçe

© 2013 Microsoft

Koşullar

Gizlilik

Geliştiriciler

Türkçe



EK V - Prenatal Bağlanma Envanteri Kullanım İzni

- **Re: Prenatal Bağlanma Envanteri**

Bununla ilgili iletileri görmek için, [iletileri konuşmaya göre gruplandırın](#).

Sema Yilmaz (syilmaz33@gmail.com)

[Kişilere ekle](#)

15.09.2013

[Belgeler](#)

Kime: fatma pehlivanoğlu

Outlook [Etkin Görünüm](#)

4 ek (toplam 997,6 KB)



Prenatal Bağlanma Envanteri.doc

Çevrimiçi göster



Prenatal bağlanma envanteri geçerlik-güvenirlik.pdf

Çevrimiçi göster



prenatal bağlanma Genel tıp.pdf

Çevrimiçi göster



Sema tez midwifery.pdf

Çevrimiçi göster

[Tümünü zip olarak indir](#)

Sayın Pehlivanoğlu,

Ekte hem envanteri hem de envanteri kullanarak yaptığımız çalışmaları yolluyorum. Çalışmalarınızda başarılar diler bir sorunuz olduğunda rahatça dönebileceğinizi belirtmek isterim. İyi çalışmalar....

Selamlar...

11 Eylül 2013 22:46 tarihinde fatma pehlivanoğlu <fatma.pehlivanoglu@hotmail.com> yazdı:

Sayın Sema Dereli Yılmaz,

Yapmayı planladığım bir çalışmada geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğunuz "Prenatal Bağlanma Envanteri"ni kullanmak istiyorum. İzniniz olursa, ölçeği ve değerlendirmesi ile ilgili bilgileri gönderebilirseniz sevinirim. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Fatma Pehlivanoglu

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği A.D.
Yüksek Lisans Öğrencisi

--

Sema Dereli YILMAZ, PhD

Selcuk University

Health Sciences Faculty

Department of Midwifery

EK VI Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurul İzin Yazısı



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI : 2014-31
KONU : Yard.Doç.Dr.Sezer ER GÜNERİ hk. .

Bornova /İZMİR
07.03.2014

E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Dalında yüksek lisans öğrencisi Fatma PEHLVANOĞLU ve Yard.Doç.Dr.Sezer ER GÜNERİ'nin sorumluluğunda 30 Mart 2014 – 30 Mart 2015 tarihleri arasında yapılması planlanan "Riskli Gebelerde Gebeliğe Uyumun ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu araştırması 07.03.2014 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve "Araştırmanın Yürütülmesi Uygun" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.


Doç.Dr.Ülkü GÜNEŞ
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Güney Genel Sekreterliği
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi



SAYI : 47104536 / 770 /
ŞUBE : Eğitim Organizasyon Birimi
KONU: Fatma PEHLİVANOĞLU' nun
Çalışma Hakkında

İZMİR KATİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Tarih 06.05.2014 10.40

Giden evrak

2014-12437

(İlgili Birim) : EĞİTİM VE ORGANİZASYON BİRİMİ



EGE ÜNİVERSİTESİ
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

İZMİR

Üniversiteniz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fatma PEHLİVANOĞLU'nun "Riskli Gebelerde Gebeliğe Uyumun ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu araştırma çalışması, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla 30/03/2014 ile 30/03/2015 tarihleri arasında kurumumuzda yürütülmesi İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Mustafa DEMİRCİ
Hastane Yöneticisi



C. Sağlık Bakanlığı
İzmir Kuzey
Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

EK VIII İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Sekreterliği Tepecik Eğitim Araştırma
Hastanesi İzin Yazısı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği

Şube : İdari Hizmetler Başkanlığı
Sayı : 67938315
Konu : Yüksek Lisans
Tez Çalışması Hk.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İZMİR KUZAY GENEL SEKRETERLİĞİ
Tarih: 28.03.2014 09:22

Giden Evrak / 8573

İlgili birim : EĞİTİM BİRİMİ



8228148573

EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Üniversiteniz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Yard. Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ'nin sorumluluğunda Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma PEHLİVANOĞLU'nun, "Riskli Gebelerde Gebeliğe Uyumun ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını, 30.03.2014 – 30.03.2015 tarihleri arasında tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması uygun görülmüş olup, Olur yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Osman Nuri DİLEK
Genel Sekreter

EK:
Olur yazısı (1 sayfa)

Poligon mah. 123/11 Sk. No:6
35140 Karabağlar • İZMİR
Tel: 444 35 01 • Fax: 0 (232) 246 90 86
www.ikkh.gov.tr

Bilgi için:
Eğitim Birimi / N.KILIÇ
Tel: 444 35 01 / 1242-1239

Not • Cevabi yazılarınızda yazının tarih ve sayısını bildiriniz.

İzmir
Sağlığınız mutluluğumuzdur...

ÖZGEÇMİŞ

Eylül 2006-Haziran 2011 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda lisan eğitimini tamamlamıştır. Eylül 2011 tarihinde İzmir Kamu Hastaneleri Birliği Güney Sekreterliği Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Dahiliye Servisinde Hemşire olarak göreve başlamış ve halen aynı kurumda çalışmaktadır. Eylül 2012 tarihinde Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda lisansüstü eğitime başlamış ve devam etmektedir.

