



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**
GRADUATE SCHOOL
OF HEALTH SCIENCES

KOÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YÜKSEK RİSKLİ GEBELİK NEDENİYLE
HASTANEDE YATAK İSTİRAHATİNDE OLAN
GEBELERİN GEBELİĞE UYUM DÜZEYLERİ
VE ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

ŞEYMA İNCİSER PAŞALAK

DOĞUM ve KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2016



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**
GRADUATE SCHOOL
OF HEALTH SCIENCES

KOÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YÜKSEK RİSKLİ GEBELİK NEDENİYLE
HASTANEDE YATAK İSTİRAHATİNDE OLAN
GEBELERİN GEBELİĞE UYUM DÜZEYLERİ
VE ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

DOĞUM ve KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞEYMA İNCİSER PAŞALAK

PROF. DR. KAFİYE EROĞLU

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı,

Yüksek Lisans programı öğrencisi Şeyma İnciser
PAŞALAK,

*' YÜKSEK RİSKLİ GEBELİK NEDENİYLE
HASTANEDE YATAK İSTİRAHATİNDE OLAN
GEBELERİN GEBELİĞE UYUM DÜZEYLERİ VE
ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ'*

konulu Yüksek Lisans tezini 15.02.2016 tarihinde
başarılı olarak tamamlamıştır.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÜYE

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Şeyma İnciser PAŞALAK

TEŐEKKÜR

Tez çalışmam boyunca desteğini esirgemeyen, derin bilgisi ve deneyimleri ile bana katkı sağlayan, kendisinden çok Şey öğrendiğim çok değerli danıŐman hocam Sayın Prof. Dr. Kafiye EROğLU'na,

Lisans eğitimimden itibaren mesleğimi ve Kadın Sağlığı Hemşireliği alanını sevmeme neden olan ve bu alanda ilerlememi sağlayan çok kıymetli, benim için rol model olan hocalarım Sayın Prof. Dr. Aygöl AKYÜZ'e ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Memnun SEVEN'e,

Araştırma boyunca manevi desteğini esirgemeyen değerli arkadaŐım Uzm. Psk. Meryem TEMEL'e,

Her zaman yanımda olan, desteklerini hep hissettiğim sevgili annem Saadet ÖZCAN, sevgili babam İrfan ÖZCAN ve sevgili ablam Seda ÖZCAN'a,

Son olarak bu süreçte her zaman yanımda olan ve her konuda beni destekleyen sevgili eşim Osman PAŞALAK'a teŐekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii

1. GİRİŞ -----	1
1.1 Problemin Tanımı -----	1
1.2 Araştırmanın Amacı-----	4
1.3 Araştırma Soruları-----	5
2 GENEL BİLGİLER -----	6
2.1 Konu ile ilgili kavram ve tanımlar -----	6
2.2 Dünyada ve Türkiye’de Riskli Gebelikler -----	7
2.3 Gebelikte Risk Faktörleri-----	8
2.4 Yüksek Riskli Gebelikler-----	9
2.4.1 Gebelik Öncesinde Varolan Sağlık Durumları -----	9
2.4.1.1 Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları -----	9
2.4.1.2 Pulmoner Hastalık ve Solunum Distresi -----	9
2.4.1.3 Diyabet-----	10
2.4.1.4 Renal ve Üriner Sistem Hastalıkları -----	11
2.4.1.5 Hematolojik-Tromboembolik Hastalıklar -----	12
2.4.1.6 Konnektif Doku Hastalıkları-----	12
2.4.1.7 Enfeksiyon Hastalıkları-----	13
2.4.2 Gebelik Komplikasyonları -----	13
2.4.2.1 Abortus-----	13
2.4.2.2 Ektopik Gebelik -----	14
2.4.2.3 Plasenta Anomalileri-----	14
2.4.2.4 Hipertansif Bozukluklar -----	15
2.4.2.5 Preterm Eylem -----	15
2.4.2.6 Erken Membran Ruptürü-----	15

2.5	Yatak İstirahatinin Tarihsel Evrimi	16
2.6	Yatak İstirahatinin Olumsuz Etkileri	17
2.7	Gebelik ve Yatak İstirahati	19
2.8	Gebelikte Önerilen Yatak İstirahatinin Tipleri	20
2.9	Gebelikte Yatak İstirahatinin Olumsuz Etkileri	22
2.9.1	Fizyolojik Etkiler	22
2.9.2	Psikososyal Etkiler	23
2.9.3	Doğum Öncesi Dönemde Hastanede Yatmanın Gebe ve Ailesine Etkileri	24
2.10	Gebeliğe Uyum	25
2.11	Hastanede Yatak İstirahatinde Olan Yüksek Riskli Gebelerin Gebeliğe Uyumlarında Hemşirenin Rollerini	30
3	GEREÇ ve YÖNTEM	34
3.1	Araştırmanın Tipi	34
3.2	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	34
3.3	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.4	Araştırmanın Değişkenleri	36
3.5	Veri Toplama Araçları	36
3.6	Uygulama	40
3.6.1	Ön Uygulama	40
3.6.2	Araştırmanın Uygulanması	40
3.7	Araştırmanın Planı ve Takvimi	41
3.8	Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.9	Araştırmada Yaşanan Güçlükler	42
3.10	Araştırmanın Etik Boyutu	42
4	BULGULAR	43
4.1	Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	44
4.2	Yatak İstirahatinde Olan Gebelerin Gebeliğe Uyum Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	50
5	TARTIŞMA	63
6	SONUÇLAR	72
7	ÖNERİLER	74
	KAYNAKLAR	77

EKLER	91
EK 1 Gebe Tanılama Formu.....	91
EK 2 Prenatal Distres Ölçeği	91
EK 3 Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği	91
EK 4 Aydınlatılmış Onam Formu	100
EK 5 Koç Üniversitesi Etik Kurul Kararı	102
EK 6 Kamu Hastaneler Birliği Beyoğlu Genel Sekreterliği İzin Yazısı	103
EK 7 şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı	104



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.5.1. PKDÖ ve Alt Ölçeklerin, Madde sayıları, Soru numaraları, Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar ve Cronbach Alpha Katsayılar

Tablo 4.1.1 Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.1.2. Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.1.3. Gebelerin Hastanede Yatma Özelliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.1.4. Gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4.1.5. Gebelerin Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)'nden aldıkları Puan Ortalamaları

Tablo 4.2.1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) puan ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4.2.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) puan ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4.2.3. Gebelerin Hastanede Yatma Özelliklerine göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) puan ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4.2.4. Gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Prenatal Distres Puanı Ortalamalarının Dağılımı

KISALTMALAR DİZİNİ

- WHO**.....: Dünya Sağlık Örgütü
- TNSA**.....: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- EDT**.....: Erken Doğum Tehdidi
- EMR**.....: Erken Membran Ruptürü
- PEMR**.....: Prematür Erken Membran Ruptürü
- IUGG**.....: Intrauterin Gelişim Geriliği
- CYBH**.....: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
- PKDÖ**.....: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği
- PDÖ**.....: Prenatal Distres Ölçeği
- EAH**.....: Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Yüksek Riskli Gebelik Nedeniyle Hastanede Yatak İstirahatinde Olan Gebelerin Gebeliğe Uyum Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi

Bu çalışma, yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı/kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma, İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniklerinde 03.08.2015-03.01.2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklem grubunu bu kliniklerde yüksek riskli gebelik nedeniyle en az beş gündür kısmi/tam yatak istirahatinde olan, fetal anomalisi bulunmayan, Türkçe okuma-yazma bilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 51 gebe oluşturmuştur. Araştırma için Koç Üniversitesi Etik Kurulu'ndan, ilgili kurumlardan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden yazılı izin alınmıştır. Veriler, gebe tanılama formu, Prenatal Distres Ölçeği ve Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ile yüzyüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, Mann-Whitney U ve ANOVA kullanılmıştır. Gebelerin ortalama 30.1 ± 6.5 yaşında, 7.2 ± 5.6 yıldır evli, 31.69 ± 4.7 gebelik haftasında ve 6.31 ± 2.5 gündür hastanede yattıkları saptanmıştır. Gebelerin gebeliğe uyumla ilgili PKDÖ puan ortalaması 166.50 ± 25.11 ile düşük bulunmuştur. Kendilerine ait sosyal güvence varlığı, ailenin gelir düzeyi algısının iyi olmasının ve gebeliğin planlanma durumunun ($p < 0.05$) uyum düzeyinin arttırdığı belirlenmiştir, önceki gebeliklerde hastaneye yatma öyküsünün, hastaneye yatmaya bağlı evden uzak olma ve aileden uzak kalma durumunun gebeliğe uyumu olumsuz etkilemektedir ($p < 0.05$). Ayrıca prenatal distres puanları arttıkça gebelerin uyum düzeylerinin azaldığı ($p < 0.05$) belirlenmiştir. Sonuç olarak hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyumlarını arttırmada fiziksel şikayetlerinin yanı sıra psikososyal sorunları da içine alan çok yönlü bir hemşirelik bakım modelinin geliştirilerek uygulanmasına yönelik girişimlerin yapılması önerilir. **Anahtar Sözcükler:** riskli gebelik, gebeliğe uyum, yatak istirahati, prenatal distres, prenatal kendini değerlendirme ölçeği

ABSTRACT

Determination of Adaptation to Pregnancy and Affecting Factors in Women Who Are on Bedrest Due to High-Risk Pregnancy

This study was conducted as a cross sectional/ descriptive study to determine the level of adaptation of women who are on bedrest due to high-risk pregnancy to pregnancy and affecting factors. The study was carried out at obstetric clinics in the İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Education and Research Hospital, and the Okmeydanı Education and Research Hospital between 03.08.2015-03.01.2016. The sample of the study constitutes of 51 pregnant women who are on partial/ strict bedrest for at least 5 days at the hospitals due to high risk pregnancy, able to speak and write Turkish, and willing to participate in the study. Required permission from Koc University Ethics Committee and relevant institutions and a written consent from pregnant women were obtained. A pregnant women description form, the prenatal distress scale, and the prenatal self evaluation questionnaire were used to collect data by face to face interviews. Mann-Whitney U and ANOVA tests were used to analyse data. The mean age of pregnant women was 30.1 ± 6.5 , duration of marriage was 7.2 ± 5.6 years, average gestational week was 31.69 ± 4.7 and hospitalization duration was 6.31 ± 2.5 day. The mean PSEQ score of adaptation of women to pregnancy was found low as 166.50 ± 25.11 . It was determined that having own social insurance, good level of perceived family income level, and the status of having a planned pregnancy increased the level of adaptation ($p<0.05$). History of hospitalisation during previous pregnancy, being away from home due to staying at hospital, and being away from family were affecting pregnancy negatively. Also, it was found that increased prenatal distress score decreased level of adaptation to pregnancy ($p<0.05$). As a result, it was recommended to develop a comprehensive nursing care model embracing psychosocial and physical problems to increase adaptation of women who are on bedrest at hospital to pregnancy.

Keywords: High-risk pregnancy, adaptation to pregnancy, bed rest, prenatal distress, prenatal self evaluation questionnaire

YÜKSEK RİSKLİ GEBELİK NEDENİYLE HASTANEDE YATAK İSTİRAHATİNDE OLAN GEBELERİN GEBELİĞE UYUM DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

1.GİRİŞ

1.1Problemin Tanımı

Kadınlar, bilindiği gibi tarih boyunca farklı roller üstlenmiş, farklı statülere getirilmiştir. Annelik kadına statü kazandıran en önemli rollerden biri iken, anneliğe geçişi sağlayan gebelik süreci gelişimsel kriz dönemlerinden biri olarak tanımlanmaktadır (DaCosta et al.,1999; Dağlar & Nur 2014).

Gebelik sürecinde meydana gelen fizyolojik ve psiko-sosyal değişiklikler; sağlık ve hastalık kavramlarını birbirine çok yaklaştırmakta ve her gebeliğin potansiyel risk olarak görülmesine yol açabilmektedir (Maloni et al., 1993; Aleman et al., 2005). Bu nedenle geçmişten günümüze fizyolojik bir olay olarak görülen gebelik ve doğum süreci hem kadın hem de ailesi için fiziksel ve psiko-sosyal uyumu gerektiren önemli bir yaşam dönemidir (Oskay 2001; Taşkın, 2016; Karataş & Mete 2012). Gebe ve ailesi için mutlu, iyi beklentilerle dolu olan bu süreç benzersiz bir deneyim olmakla birlikte çeşitli nedenlerle anksiyete ve kaygılarla dolu bir süreç haline de dönüşebilmektedir. Bunun yanı sıra kadının fizyolojik ve psikososyal dengesi bozulabilmekte, aile ve iş yaşamındaki rolleri değişmekte (Heaman 1990; Oskay 2001; Mısırlıoğlu et,al, 2006) ve ebeveynlik rolü gibi yeni olan rollere uyum (Novick 2004) dönemi başlamaktadır. Ayrıca çalışmalarda yaşanan bu değişimlerin riski olmayan gebelere göre yüksek riskli gebeliklerde daha fazla olumsuz etki yaptığı belirtilmektedir (Maloni et al., 1993; Oskay 2004).

Literatürde kadının gebelik öncesi sistemik bir hastalığının varlığı, gebelik ile birlikte ortaya çıkan hastalıklar, gebeliğin neden olduğu hipertansiyon, plasenta anomalileri, erken membran rüptürü, intrauterin gelişme geriliği, servikal yetmezlik ve erken doğum eylemi gibi sorunlar yüksek riskli gebelikler kapsamında ele

alınmaktadır (Maloni et al.,1993; Goldenberg et al., 1997; Gilbert & Harmon 2002; Walls et al., 2008; Şirin, 2008; Lee et al., 2012; Aydemir & Uyar 2014; Taşkın, 2016; Kızılkaya Beji, 2015). Yüksek riskli gebeliklerin tedavi ve yönetiminde aktivite kısıtlaması ve yatak istirahati önemli bir yer tutmaktadır (Say et al., 1996; Aleman, et al., 2005; Arslan & Korkmaz, 2005; Pamuk & Arslan, 2009).

Yatak istirahati genellikle 20-36. gebelik haftalarında, intrauterin gelişme geriliği (İUGG), plasenta previa, erken doğum tehdidi (EDT), erken membran rüptürü (EMR), kronik hipertansiyon, komplikasyonlu çoğul gebelik ve serviks yetmezliği durumlarında tedaviye destek amaçlı yaygın olarak kullanılmaktadır (Say et al., 1996; Aleman, et al., 2005; Arslan & Korkmaz, 2005; Pamuk & Arslan, 2009). Yapılan çalışmalarda yatak istirahatinin, uterus perfüzyonunu iyileştirerek, serviks üzerindeki baskıyı azaltıp silinme ve dilatasyonu geciktirdiği, bebeğin gelişimini tamamlaması için uterusu kalma süresini uzattığı, gebeye dinlenme ve iyileşme fırsatı sağladığı belirtilmektedir (Goldenberg 2002; Sosa et al., 2004; Arslan & Korkmaz, 2005; Maloni et al., 2006; Maloni et al., 2010). Ancak gerek evde gerekse hastanede uygulanan yatak istirahati gebeyi fiziksel ve psikososyal yönden olumsuz etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalarda fetüs açısından yararlı olduğuna inanılan yatak istirahatinin anne için yararının olmadığı ve çeşitli sorunlara yol açtığı belirtilmektedir (Say et al., 1996; Sosa et al., 2004; Aleman et al., 2005). Bu etkiler yatak istirahatinin süresi ve derecesine göre değişiklik gösterebilmektedir (Maloni et al.,1993; Oskay 2001; Maloni, 2006).

Yatak istirahati uygulanan gebede; sıvı elektrolit kaybı, kan volümünde azalma, kardiyak out-put ve atım hacminde azalma, (Maloni & Schneider 2002; Oskay 2001; Maloni et. al, 1993; Maloni, et al., 2006; Maloni 2010), tromboembolizm (Kovacevich et al., 2000), kalsiyum kaybı, kemik kitle kaybı, kaslarda atrofi (Promislow et al., 2004; Maloni & Schneider, 2002), glikoz intoleransı (Vernikos-Danellis et al., 1976; Siobhan & Sciccione, 2014), pıhtılaşma faktörlerinde artma (Kovacevich et al., 2000) ve kilo kaybı (Maloni, 2010) gibi bir çok olumsuz fizyolojik etkiler ortaya çıkabilmektedir. Bu etkiler gebede kas güçsüzlüğü, hazımsızlık, özofajial reflü, konstipasyon, baş ağrısı, yorgunluk, nazal

konjesyon, görme ve işitme değişiklikleri gibi sorunlara neden olabilmektedir (Maloni et al., 2006; Maloni 2010; Oskay 2001; Arslan & Korkmaz 2005).

Yatak istirahatinde olan gebede fiziksel şikayetlerin yanında disfori (Maloni et al., 2002; Colleen et al., 2006) anksiyete bozuklukları, depresyon (Maloni et al., 2005) gibi psikososyal sorunlar da ortaya çıkabilmektedir (Heaman 1990; Heaman & Gupton, 1998; Meher et al., 2005; Yang, et al., 2009; Maloni 2010; Sciscione, 2010; Karaçam & Şen 2012). Çalışmalarda gebelikte yatak istirahatinin; aileden uzak kalma, korku, anksiyete, bebeğin sağlığına ilişkin olumsuz düşünceler, yalnızlık, bağımlılık, güçsüzlük, diğer çocuklar için endişelenme gibi yaygın semptomlara neden olduğu ve bu sorunların doğum sonrası 6. haftaya kadar devam ettiği belirtilmektedir (Goldenberg et al., 1997; Maloni et al., 1993; Maloni 2007; Maloni et al., 2002). Ayrıca bazı çalışmalarda doğum sonu depresyon riskinin arttığı vurgulanmaktadır (Maloni et al., 1993; Maloni et al., 2005; Maloni et al., 2006).Yapılan çalışmalarda psikososyal yakınmaların yatak istirahatinin süresi ile arttığı ve özellikle hastanede yatan yüksek riskli gebelerde daha fazla görüldüğü (Maloni, 2010), tam aktivite kısıtlaması olan gebelerde somatik şikayetlerin arttığı, entelektüel ve duygusal tepkilerin azaldığı, gebelerde bebeğini kaybetme endişesi ile benlik saygısında azalma, yetersizlik, suçluluk duygusu, depresyon ve anksiyete bozukluklarının daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Maloni et al., 2002; Maloni et al., 2005; Maloni, 2010; Rubarth, 2012). Konu ile ilgili ülkemizde yapılan sınırlı çalışmalara bakıldığında; gebelerin yatak istirahati ve aktivite kısıtlaması nedeniyle evlerindeki rollerinden uzak kaldıkları, evin ve ailenin bakımının genellikle eşler tarafından yürütülmesi nedeniyle kadınların stres yaşadıkları vurgulanmaktadır (Oskay, 2001; Arslan & Korkmaz 2005; Pamuk & Arslan 2009). Bunun yanı sıra hastanede yatak istirahatinde olan yüksek riskli gebeler; fiziksel ve sosyal çevrede değişiklik, hastalık durumu ya da sağlığın bozulması, sağlık personeli ile iletişim kuramama, bağımlı olma, tıbbi girişimlere maruz kalma ve yatak istirahatinde olma nedeniyle ayrıca stres yaşayabilmektedir (Maloni et al., 1993; Oskay, 2001). Bu süreçte gebe kendi sağlığı ve yaşamı üzerinde kontrolünü kaybettiğini düşünebilmektedir.

Yüksek riskli gebeliklerin medikal tedavisi ve yönetimi konusunda bir çok çalışma (Say et al., 1996; Goldenberg, 2002; Sosa et al., 2004; Aleman et al., 2005; Sciscione, 2010; Lee et al., 2012) olmasına karşın gebelerin yatak istirahatini nasıl algıladıkları, bu durumdan nasıl etkilendikleri, karşılaştıkları sorunlarla nasıl başettikleri konusunda sınırlı çalışmalar bulunmaktadır (Maloni et al., 2002; Maloni et al., 2005). Ülkemizde de konuyla ilgili benzer şekilde çalışmalar sınırlı bulunmuştur (Oskay, 2001; Arslan & Korkmaz 2005; Pamuk & Arslan 2009; Karaçam & Şen 2012). Yapılan incelemede de yüksek riskli gebelik nedeni ile hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeylerini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Yatak istirahati almış gebelerin yakın gözlemi ve değerlendirmeleriyle gebeliğe uyumlarının saptanması, bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve zamanında karşılanması anne ve doğacak bebeğinin bakım kalitesini arttırmada hayati önem taşımaktadır. Hemşire, mesleki yeterliliği ve hastalarla sürekli birlikte olma özelliği ile bu süreçte hizmet verecek olan kilit sağlık çalışanıdır (Oskay 2001; Maloni et al., 1993). Hemşire hastanede yatak istirahatinde olan yüksek riskli gebelerin bakım protokollerinin oluşturulmasında, gebelerin eğitiminde, yazılı materyallerin geliştirilmesinde ve uygun ölçeklerle (Lederman, 1979) gebeliğe uyum düzeylerinin değerlendirilmesinde rol alabilir. Böylece anne adayının yaşayabileceği sorunların erken tanımlanmasını ve gerekli tedavi ve bakımın zamanında yapılmasını sağlayarak hemşirelik bakım kalitesini arttıracaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışma yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeylerini ve uyum düzeyini etkileyen bazı faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

1.3 Araştırma Soruları

- Hastanede yatak istirahatinde olan yüksek riskli gebelerin gebeliğe uyumları hangi düzeydedir ?
- Hastanede yatak istirahatinde olan yüksek riskli gebelerin bazı sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile gebeliğe uyum puanları arasında ilişki var mıdır ?
- Hastanede yatak istirahatinde olan yüksek riskli gebelerin prenatal distres puanları ile gebeliğe uyum puanları arasında ilişki var mıdır ?



2 GENEL BİLGİLER

2.1 Konu ile ilgili kavram ve tanımlar

Konu ile ilgili temel bazı kavram ve tanımlar aşağıda verilmiştir.

Gebelik: fertilizasyon ile başlayan, fetusun dış ortamda yaşama yeteneği kazanıncaya kadar devam eden, obstetrik olarak 40, embriyolojik olarak 38 haftalık bir süreçtir (Coşkun, 2012).

Gebe olma: gebelik süreci boyunca gelişen fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak, kendisinin ve fetüsün sağlığını en iyi şekilde sürdürmek, metabolik gereksinimlerini karşılamak ve doğum eylemine hazırlanmak için bir dizi değişikliğe uğramaktadır (Kaptan, 2012; Kızılkaya Beji, 2015).

Risk: Bir ya da daha fazla etmenin varlığı ile istenmeyen durumların oluşma olasılığıdır (Kuru, 2007).

Gebelik açısından risk: normal koşullar altında olması beklenmeyen ancak daha önceden var olan ya da gebelikte meydana gelebilecek bazı komplikasyonların oluşma olasılığıdır (Kuru, 2007).

Yüksek Riskli Gebelikler: Annenin ve/veya fetüsün belirgin düzeyde morbidite ve mortalite riskinin arttığı, başka bir deyişle yaşamın açıkça tehlikede olduğu gebeliklerdir (Gilbert & Harmon, 2002; Oskay, 2004).

Yatak istirahati: Bireyin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için bağımsız olarak yapabildiği günlük yaşam aktivitelerinin bir kısmını veya tamamını yerine getirememesi durumu ya da amacına uygun olarak hastayı yatakta tutmayı amaçlayan aktivite yokluğu/durgunluğudur (Oskay, 2001; Birol, Akdemir & Bedük, 1993).

Uyum: Bireyin kendisi ve çevresi ile iyi ilişkiler kurabilme ve bu ilişkileri geliştirebilme ve sürdürebilme yeteneğidir (Özgüven, 1992).

2.2Dünyada ve Türkiye’de Riskli Gebelikler

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde ortaya çıkabilecek her türlü sorun gebeliği riskli duruma getirebilmektedir. (Kışnişçi, et al., 1996, Kuru, 2007). Dünya üzerinde yaklaşık bir dakikada; 380 kadın gebe kalmakta, 190 kadın plansız ve istenmeyen gebelik yaşamakta, 40 kadın tehlikeli yollarla düşük yapmakta, 110 kadın gebeliğe bağlı komplikasyon yaşamakta ve bir kadın ölmektedir (Aydemir & Uyar, 2014). Meydana gelen bu gebeliklerden büyük çoğunluğu en az “riskli gebelik” statüsündedir. Gebeliğe bağlı kadın ölümlerinin %1’i gelişmiş ülkelerde, %99’u geliştirmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Her gün yaklaşık 830 kadın gebeliğe ve doğuma bağlı nedenler ile yaşamını yitirmektedir. 2015 yılının sonuna kadar 303 bin kadının gebeliğe ve doğuma bağlı nedenlerle yaşamını yitirmiş olduğu ve bu ölümlerin neredeyse hepsinin önlenabilir sebeplerle meydana geldiği belirtilmiştir (WHO, 2015).

Ülkemizde riskli gebelik görülme oranı; her beş yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)’nda; anne yaşı (<18 anne yaşı, >34 anne yaşı), doğum aralığı (<24 ay doğum aralığı) ve doğum sırası (>3 doğum sırası) gebelikteki risk kategorileri olarak ele alınmıştır (TNSA, 2003; TNSA, 2008; TNSA, 2013). Yapılan bu araştırmalar ışığında; TNSA 2003’e göre gebeliklerin %39’u, TNSA 2008’ e göre %35’i ve TNSA 2013’e göre %31,1’i herhangi bir risk kategorisinde yer almaktadır.

TNSA 2003’te, gebe kaldığı takdirde yüksek ölüm riski taşıyan, doğum yapacak olan halen evli kadınların oranı %63,9 iken, TNSA 2008’de risk kategorisindeki doğumlar %66,8 olduğu belirtilmiştir. TNSA 2008’de ise gebe kaldığı takdirde yüksek ölüm riski taşıyan, doğum yapacak olan halen evli kadınların oranı %61,4 varsayılmış ve TNSA 2013’te risk kategorisindeki doğumlar % 60,5 olarak saptanmıştır (TNSA,2003; TNSA, 2008; TNSA, 2013).

2.3 Gebelikte Risk Faktörleri

Gebelik, gebelik süreci ve doğum değişken seyir gösterebileceği için tüm gebelerin riskli kabul edilmeleri doğru bir yaklaşım olarak benimsenmiştir. Temel amaç riskli gebelikleri diğer gebeliklerden ayırmak, bu gebeleri daha uygun koşullarda ve sık izlemektir. Bu nedenle tüm gebelerin riskler açısından her izlemde yeniden değerlendirilmesi zorunludur (Kuru, 2007).

Gebelik dönemine ait risk faktörleri biyolojik, psikososyal ve çevresel faktörler olmak üzere aşağıdaki şekilde üç başlık altında gruplandırılmıştır (Kızılkaya Beji, 2015; Taşkın, 2016).

1. Biyolojik Risk Faktörleri

- Kromozom anomalileri
- Çoğul gebelik
- Genetik hastalıklar
- ABO uygunsuzluğu
- Erken doğum
- Servikal yetmezlik
- Plasental anomaliler
- Gebelikte görülen hipertansiyon
- Maternal Kronik Hastalık öyküsü
- CYBH ve diğer enfeksiyon hastalıklar
- Beslenme bozuklukları, az ya da fazla kilolu olma
- Grandmultiparite
- İnfertilite öyküsü

2. Psikosoyol Risk Faktörleri

- Düşük sosyo-ekonomik düzey
- Yetersiz doğum öncesi bakım alma
- 18 yaş altı ya da 35 yaş üstü gebelikler
- Sigara ve alkol alışkanlıkları
- İlaç kullanımı

- Şiddet öyküsü

3. Çevresel Risk Faktörleri

- Bulaşıcı hastalıklar
- Radyasyon
- Stres

2.4 Yüksek Riskli Gebelikler

Literatürde yüksek riskli gebelikler gebelik öncesinde varolan sağlık durumları ve gebelikte oluşan komplikasyonlar olmak üzere iki grupta incelenmektedir (Heaman M., 1990; Oskay Ü., 2004; Aydemir & Uyar, 2014).

2.4.1 Gebelik Öncesinde Varolan Sağlık Durumları

2.4.1.1 Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları

Gebelikte kalp hastalığı varlığı anne sağlığı açısından potansiyel bir tehlikedir. Gebelikte intravasküler hacim, kalp hızı, kardiyak output ve kardiyak debi birinci trimesterde belirgin düzeyde artar ve gebelik ilerledikçe artmaya devam eder. 28.-30. haftalarda en yüksek seviyeye ulaşır (Carey & Rayburn, 2006). Kalp hastalığı bulunan gebe için en kritik dönem doğum eylemi ve erken postpartum dönemdir (Kaptan, 2012). Doğum eyleminde uterin kontraksiyonlar sırasında kalp atım hacmi artar, bu durum kalbin iş yükünün artmasına yol açar. Erken postpartum dönemde ise vasküler aralığa sıvı geçişine bağlı sıvı volümündeki aşırı artış nedeni ile yüksek risk oluşur (Gilbert & Harmon, 2002).

2.4.1.2 Pulmoner Hastalık ve Solunum Distresi

Gebelik pulmoner hastalıkla birlikte olduğu zaman hem fetal hem de maternal sağlık tehlikeye girmektedir. En sık görülen pulmoner hastalık bronşiyal astım olup oranı bin gebelikte 4 ila 13 arasındadır (Kaptan, 2012). İyi kontrol edildiği takdirde perinatal morbidite ve mortalite genel gebe nüfusu ile aynı olduğu belirtilmiştir. Pulmoner hastalık varlığının en olumsuz sonucu havayolları ve alveollerde

obstrüksiyona neden olmasıdır. Hiperkapni ve hipoksi fetüs için major tehdittir. Fetoplantal ünite oksijen alımını pasif sistemle yapar ve fetüs anneden daha düşük basınçlı oksijenle alımı sürdürür. Bu nedenle maternal kanda parsiyel oksijen çok az oranda düşse bile fetal hipoksi görülebilir (Gilbert & Harmon, 2002).

2.4.1.3 Diyabet

Gebelik ortaya çıkan hormonal ve metabolik değişikliklerle birlikte, hafif açlık hiperglisemisi, postparandial hiperglisemi ve hiperinsülinemi ile karakterize seyreden, diyabete yatkınlığı arttıran bir durumdur (Gilbert & Harmon, 2002). Gebelik döneminde glukoz, yağ ve protein metabolizmaları değişmekte ve antiinsülin ajanlar devreye girmektedir. Gebelikte diyabete iki şekilde yaklaşım vardır; kadın gebelikten önce (Tip 1 ve Tip 2)diyabet hastasıdır ya da gebeliğin indüklediği diyabet hastasıdır. Gestasyonel diyabet ilk kez gebelikte ortaya çıkan glukoz intoleransı olarak tanımlanmaktadır (Carey & Rayburn, 2006).

Maternal Etkilenme

Diyabetik bir gebede bazı komplikasyonlar daha fazla görülmektedir (Kuru, 2007; Coşkun, 2012) .

- **Spontan Abortus:** Embriyonik fazda yetersiz glisemik kontrol ile ilişkili kaçırılmış düşük riskinin arttığı bildirilmiştir.
- **Preeklampsi:** Diyabetik kadında preeklampsi riski 2 kat daha fazladır. Renal ve vasküler etkilenme var ise risk daha da artmıştır.
- **Polihidroamnios:** Diyabetli gebelerde polihidroamnios daha sık görülen bir tablodur. Mekanizması tam anlaşılmamakla birlikte fetal hiperglisemi sonucu gelişen fetal diürece bağlı olduğu düşünülmektedir. Uterusta aşırı gerilmeye bağlı erken membran rüptürü tehlikesi gelişebilmektedir.
- **Preterm Eylem:** Artmış uterin volüm, hipertansif bozukluklar, böbrek ve idrar yolu enfeksiyonları preterm eylem gelişme riskini arttırmaktadır.
- **Enfeksiyon:** Değişen vajen pH' sına bağlı olarak vajinit sık görülmektedir. Özellikle artan vajinit insidansından dolayı diyabetik gebe kadınlarda pyelonefrit ve

idrar yolları enfeksiyonu riski artmıştır. Bu enfeksiyonlar maternal sağlığı tehdit ettiği gibi preterm eylem olasılığını da arttırmaktadır.

- **Müdahaleli Doğum veya Sezaryen:** Makrozomi nedeni ile müdahaleli doğum olasılığı artmaktadır.

Fetal Etkilenme

Diyabetin fetüse etkisi maternal vasküler komplikasyon varlığına bağlıdır (Balcan, 2010).

- **Konjenital Defektler:** Maternal kronik hipergliseminin DNA ve RNA sentezini etkilediği buna bağlı konjenital defekt görülme sıklığının arttığı düşünülmektedir.
- **Makrozomi:** Maternal hiperglisemi fetal hiperglisemiye yol açar. Bu durum fetal hiperinsülinemiye neden olan fetal pankreastan insülin üretimini uyarır. Hiperinsülinemi makrozomiye yol açan yağ depolarını ve büyümeyi artırır.
- **Intrauterin Gelişme Geriliği (IUGG):** Maternal diyabetik vasküler hastalık sonucunda plasental yetersizliğe bağlı olarak ortaya çıkar.
- **Intrauterin Fetal Ölüm:** Diyabetik gebeliklerde fetal pH'nın azalmış, pCO₂, laktat ve eritropoetin değerlerinin artmış olduğunu bildirmiştir. Maternal hiperglisemiye fetal yanıt intrauterin asfiksi gelişebilir. fetusta hiperinsülinemi fetal metabolik hızı ve oksijen ihtiyacını artırmaktadır (Yaşar, 2009).

2.4.1.4 Renal ve Üriner Sistem Hastalıkları

Gebelerin %2-10 'unda görülen asemptomatik bakteriüri en sık görülen üriner sistem sorunudur. Glomerulonefrit, nefrotik sendrom, polikistik böbrek, nefrektomi, renal transplant gibi durumlarda gebeliğin prognozu hastalığın derecesi ve hipertansiyonun kontrol altında tutulmasına bağlıdır (Kışnişçi, et al., 1996). Plazma volümünden kaybedilen sıvı nedeni ile uterus perfüzyonu bozulur, fetüste beslenme yetersizliği meydana gelir. Preterm eylem, IUGG ve fetal ölüm görülme sıklığı artar (Gilbert & Harmon, 2002).

2.4.1.5 Hematolojik-Tromboembolik Hastalıklar

Gebeliğin ikinci yarısından itibaren artmış olan demir ihtiyacının karşılanmaması ile gebelerin %80'inde demir eksikliği anemisi gelişmesi riski vardır. Demir eksikliği anemisi belirti vermeyebilir ancak bu gebeler daha çabuk yorulurlar ve enfeksiyonlara daha yatkındırlar. Anemide fetal etkilenme ise düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum, perinatal ve neonatal ölüm şeklinde kendini gösterebilmektedir (Kaptan, 2012).

Gebelikte görülen fizyolojik değişiklikler; kan kompozisyonunda değişiklik, venöz staz ve damar duvar hasarı görülme riskini arttırarak tromboz gelişimini kolaylaştırabilmektedir. Pulmoner embolizm her 1000 doğumda 0,5-1,2 oranında görülmektedir ve buna bağlı gelişen respiratuar ve kardiyovasküler bozukluklar özellikle postpartum dönemde en önemli maternal mortalite nedenleri arasındadır (Carey & Rayburn, 2006).

2.4.1.6 Konnektif Doku Hastalıkları

Konnektif bir doku olan plasentada görülen mikroanjiopatik değişimler normal fonksiyonlarda bozulma ile sonuçlanır. Fetüs için en büyük tehdit, spontan abortus, preterm eylem ve intrauterin fetal ölüm riskinin artmış olmasıdır. Bunun yanı sıra konnektif doku inflamasyonu ve annedeki anti-DNA, fetal kalpteki konnektif dokunun yıkımına ve fetal kalp bloğuna neden olabilmektedir. Fetal gelişimsel anomali görülme sıklığı artmıştır (Gilbert & Harmon, 2002).

Sistemik lupus eritematozus ve romatoid artrit en sık görülen ve tedaviye en çok bağımlı olan konnektif doku hastalıklarındandır. Lupus nefriti tehlikeli bir komplikasyondur ve preeklampsiden ayırt edilmesi gerekmektedir. Tedavide kullanılan ilaçlara bağlı olarak da fetal etkiler görülebilmektedir. Neonatal platelet disfonksiyonu ve intrakraniyal kanama sıklığında artış maternal salisilat alımı ile ilişkili bulunmuştur (Carey & Rayburn, 2006).

2.4.1.7 Enfeksiyon Hastalıkları

Herpes zoster, rubella, sitomegalovirüs, parvovirüs B-19, varicella, toksoplazmozis gibi etkenler fetal hidrops, plasentitis, majör konjenital malfarmasyonlar, abortus ve fetal/ neonatal ölümlerle neden olabilmektedir. Ayrıca cinsel yolla bulaşan hastalıklardan sifiliz konjenital enfeksiyonlara, gonore preterm eylem, korioamnionit ve yenidoğanda göz enfeksiyonlarına; herpes virus ise abortus, preterm eylem ve konjenital herpetik enfeksiyon riskine yol açmaktadır (Gilbert-Barnes, 2010).

2.4.2 Gebelik Komplikasyonları

Tüm gebe kadınların % 15 kadarı profesyonel bakım gerektiren, potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir komplikasyon ile karşı karşıya kalırlar ve bazıları yaşamak için majör obstetrik bir girişime gerek duyarlar. Gebelik, doğum eylemi ve postpartum dönemde yaşanan komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde üreme yaşındaki kadınlar arasında önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir (Aydemir & Uyar, 2014; WHO, 2015).

2.4.2.1 Abortus

Fetusun uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan gebeliğin sonlanmasına abortus denir (Şirin, 2008; Coşkun, 2012; Taşkın, 2016). Gebeliğin 20. haftasına kadar olan ve ağırlığı 500 grama erişmeden doğan fetuslar düşük olarak kabul edilir (Kızılkaya Beji, 2015; Coşkun, 2012; Taşkın, 2016). Abortus nedenleri olarak; kromozomal nedenler, immunolojik nedenler, endokrin nedenler, uterusu ait nedenler, enfeksiyonlar, sistemik hastalıklar, travmalar ve toksik nedenler sayılabilir (Şirin, 2008).

TNSA 2013 verilerine göre; ülkemizde yaklaşık beş kadından birinin en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı ve yaşam boyu yapılan kendiliğinden düşüğün ortalama sayısının 0.33 olduğu ve bu sayının 2008'de 0.28 olduğu bildirilmiştir (TNSA, 2013).

2.4.2.2 Ektopik Gebelik

Ektopik gebelik blastosistin uterusun endometrium tabakasından başka bir yere implante olması sonucu gerçekleşir (Taşkın, 2016). Ektopik gebelik ilk trimestırda gelişen maternal mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir, gebeliğe bağılı anne ölümlerinin %9'undan ve ilk trimestır anne ölümlerinin % 75 'inden sorumludur (Farquhar, 2005).

2.4.2.3 Plasenta Anomalileri

Plasenta anomalileri plasenta previa ve ablatio plasenta olmak üzere iki başlık altında ele alınmıştır.

2.4.2.3.1 Plasenta Previa

Plasentanın normal şartlarda uterusun üst segmentine yerleşmesi beklenir. Üst segment haricinde uterus yan duvarlara veya internal osu kapatacak şekilde alt segmentlere yerleşmesini plasenta previa olarak adlandırılır (Coşkun, 2012; Kızılkaya Beji, 2015). Plasenta previa gebelikte nedeni açıklanamayan kanamaların %3,1'inden ve 35 haftadan önce gerçekleşen preterm eylemlerin %5,6'sından sorumludur (Cande, 2006). Plasenta previası olan gebelerde erken doğum riski, yenidoğanın yoğun bakıma alınma riski ve perinatal/ neonatal mortalite oranı 5 kat daha fazladır (Vahanian, Lavery, & Cande, 2015).

2.4.2.3.2 Ablatio Plasenta

Ablatio plasenta, plasentanın doğumdan önce uterus duvarından erken ayrılması olarak tanımlanmaktadır (Jaffe, et al., 1981; Taşkın, 2016). Avrupa'da bin canlı gebelikte görülme oranı 3-6 iken Amerika'da bu oran 7-12 ile yaklaşık iki katıdır (Ananth, et al., 2015). Etiyolojisi karmaşık olsa da temel bazı risk faktörleri bilinmektedir. Bu risk faktörleri; anne yaşı, multiparite, sigara kullanımı, madde bağımlılığı, kısa umbilikal kord, prematür preterm membran rüptürü (PPROM), koryoamniyonitis, folat eksikliği, kronik hipertansiyon, preeklampsi olarak belirtilmiştir (Matsuda, et al., 2011). Son trimestır kanamalarının en önemli nedenleri

arasında sayılmaktadır ve prematüre/ ölü doğum ile sonuçlanabilmektedir (Hall, 2009).

2.4.2.4 Hipertansif Bozukluklar

Hipertansiyon ya da yüksek kan basıncı gebelikte yaygın görülmektedir. Gebe kadınların yaklaşık % 10'unda doğumdan önce hipertansiyon gelişebilmektedir (Meher & Duley, 2006).

Gebelikte görülen hipertansif bozukluklar dört kategoride sınıflandırılmıştır; (i) *gestasyonel hipertansiyon*; gebeliğin ikinci yarısında görülen kan basıncı yüksekliği, (ii) *preeklampsi*; gebeliğin ikinci yarısında proteinüri ile birlikte görülen kan basıncı yüksekliği, (iii) *kronik hipertansiyon*; gebelikten önce varolan ya da 20. Gebelik haftasından önce ortaya çıkan kan basıncı yüksekliği, (iv) *preeklampsi ile birlikte seyreden kronik hipertansiyon* (Gifford, et al., 2000).

Kan basıncı yükseldikçe ve/veya preeklampsi varlığında gebelik sonuçları olumsuz etkilenmektedir. Preeklampsi böbrek, karaciğer, beyin ve plasentayı etkileyen çoklu sistem bozukluğuna neden olarak maternal/ neonatal mortalite ve morbidite oranının yükselmesine neden olabilmektedir (Meher & Duley, 2006).

2.4.2.5 Preterm Eylem

Preterm eylem; 37 gebelik haftasından önce doğumun gerçekleşmesi olarak tanımlanır (Coşkun, 2012; Şirin, 2008) ve yaklaşık yüzde 5-10 gebelikte görülmektedir (Sosa et al., 2004). 32 haftadan önce dünyaya gelen yenidoğanların yaklaşık yüzde 75'inde konjenital malformasyon olmaksızın neonatal ölüm gerçekleşmektedir (Sosa, et al., 2004). Dünya Sağlık Örgütü neonatal ölüm nedenleri arasında %15'nin prematür doğum olduğunu bildirmiştir (WHO, 2013).

2.4.2.6 Erken Membran Rüptürü

Erken membran rüptürü (EMR) fetal membranların doğum eylemi başlamadan önce herhangi bir zamanda yırtılması olarak tanımlanır ve gebelik süresince 42. haftaya kadar herhangi bir zamanda gerçekleşebilir. Otuz yedinci

gebelik haftasından önce meydana gelen membran yırtılmalarına ise prematür erken membran rüptürü adı verilir (Caughey, Robinson, & Nowitz, 2008). Tüm gebeliklerde EMR görülme sıklığı yüzde 7-10 arasında belirtilmiş olup gebeliklerin yaklaşık yüzde 0.7-2'sinde PEMR görülmekte ve tüm preterm doğumların yaklaşık yüzde 30'unu oluşturmaktadır (Aldemir et al., 2010). EMR de en önemli komplikasyonlar erken doğum nedeni ile prematürite, maternal ve fetal enfeksiyonlar, umbilikal kord basısı ve kordon sarkmasına bağlı gelişebilen hipooksisi ve asfiksi, pulmoner hipoplazi ve fetal defektlerdir (Kızılkaya Beji, 2015).

2.5 Yatak İstirahatinin Tarihsel Evrimi

Yatak istirahatinin tedavinin bir parçası olarak kullanılması eski çağlara dayanmaktadır. Milattan önce beşinci yüzyılda yaşamış olan Hipokrat yatak istirahati uygulamasını ilk kez bilimsel olarak tanımlamıştır. 1950'de Chadwick ve Mann tarafından tercümesi yapılan Hipokrat Öğretilerinde yatak istirahati ile ilgili olarak ” *ağrı varlığında derhal istirahat edilmelidir, istirahat etmenin tüm vücut sistemleri üzerinde onarıcı etkisi vardır, ancak beden olması gerektiğinden fazla istirahat halinde kalır ise bunu güçsüzlük takip edecektir, açıkca bir bozulma gelişecektir...*” (s.140-154) diyerek uzun süreli yatak istirahatinin fizyolojik ve fonksiyonel bozukluğa yol açtığı bildirilmiştir (Sprague, 2004).

Uzun yıllar boyunca yatak istirahati uygulaması tedavinin etkili bir parçası olarak varlığını sürdürmüş ve yeri sorgulanmadan kullanımına devam edilmiştir. Ancak 1986 yılında Sandler ve Vernikos yatak istirahatinin 19. yüzyıla kadar insanlar tarafından nadiren kullanıldığına dikkat çekmişlerdir. Hasta insanların ailenin geçimi ve yaşamın idamesi için uzun süreli istihattan çekindikleri ve hatta bir kez yatağa girdikten sonra bir daha kalkamamaktan korkutları için yatmak istemediklerinden bahsetmişlerdir. Bu savlarını yaygın olarak kullanılan ve çalışırken/savaşırken öl anlamına gelen “*botlarının içinde öl*”, “*die with your boots on*” atasözü ile desteklemişlerdir (Sprague, 2004).

Bunun yanında 1800'lerde birçok hastalığın nedeninin ve tedavisinin bilinmemesi, antibiyotik kullanımının yaygınlaşmaması gibi nedenler ile yatak

istirahati uygulaması hekimler tarafından tedavi amacıyla, kliniklerde kesin olarak uygulanmaya başlanmıştır (Maloni, et al., 1993). McPherson'un çalışmasında bahsettiği üzere 1860'larda Dr. John Hilton tedavide yatak istirahati uygulamasının yeri konusunda konferanslar vermiş ve bu konferanslar ders kitabı haline getirilmiştir. Bu yeni tedavi protokolü hemşirelik mesleğini de etkilediği ve 19. yüzyılın ortalarında hemşirelik bakımının büyük çoğunluğunu; asepsi, temel hijyenin sağlanması ve yatak yaraları gibi yatak istirahati ve immobilitenin neden olduğu rahatsızlıkların oluşturduğu belirtilmiştir (McPherson, 1996).

Bindokuzyüzkırkların başında yatak istirahatinin bazı durumlar için işlevselliği tartışılmaya başlanmıştır. Maloni (1998) bu değişimlerdeki temel nedenleri şu şekilde açıklamaktadır; **Birinci neden** *İkinci Dünya Savaşı'ndaki askerlerin tedavileri*; cepheye daha erken dönmek zorunda olan yaralı askerlerin, istirahat süresi uzun olan askerlere göre çabuk iyileşmeleri uzun süre yatak istirahatinin olumsuz etkilerini düşündürmeye başlamıştır. **İkinci neden** *uzay endüstrisinin gelişmesi ve uzay çalışmalarının başlaması*; uzay uçuşlarında görev alacak astronotların gereksinimlerinin belirlenmesi adına uzay ve yerçekimi konusunda birçok çalışma yapılmıştır. Söz konusu çalışmalarda, yatak istirahati yapan kişilerde yerçekimi yoksunluğunun etkilerinin görülmesi nedeniyle yatak istirahati model olarak kullanılmıştır. Sonuç olarak uzun süre yatağa bağımlı erkek yetişkinlerin incelendiği çalışmalar aktivite yoksunluğunun olumsuz etkilerini her organ ve sistem için ortaya koymuştur (Sendler, Vernikos, 1986; Maloni, 1998). Böylelikle uzman hekimler yatak istirahatinin yan etkilerinin olabileceği üzerinde durmaya başlamışlar ve cerrahi sonrası mobilizasyona izin verilmesi, miyokard infarktüsü geçiren hastaların erken dönemde ayağa kaldırılması gibi uygulamalar yavaş yavaş hayata geçmeye başlamıştır (Sprague, 2004).

2.6 Yatak İstirahatinin Olumsuz Etkileri

Yatak istirahati kardiyovasküler, immün, nöroendokrin sistem, kas-iskelet sistemi, hematolojik, metabolik, termoregülasyonda fonksiyon bozukluğu gibi fizyolojik etkilerin yanı sıra psikososyal yönden olumsuz etkilere yol açmaktadır (Maloni,2010, Goldenberg, 1997, Oskay, 2004).

Üriner sisteme etkisi: Gebe olmayan yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalara göre; yatak istirahati ve tam aktivite kısıtlaması uygulanan hastalarda ilk günden itibaren diürez ortaya çıkmaktadır. Belirgin şekilde vücut sıvılarında değişimler meydana gelir, kan volümünün %11'i alt ekstremitelerden; %78'i toraksa, %20'si baş ve boyun bölgesine, %2'si abdominal organlara olmak üzere yer değiştirmektedir. Baş ve boyun bölgesinde artan kan akımı nazal konjesyon, baş ağrısı, gastroözofajial reflü ve brakial arterlerde artmış kan basıncına neden olmaktadır (McCarty-Singleton & Sciscione, 2014; Rubin, 1988).

Endokrin sistem etkisi: Normal yaşam ritminde günde bir kez en üst seviyeye ulaşan glukoz, insülin ve growth hormon yatak istirahatindeyken günde iki kez en üst seviyeye ulaşmaktadır. Tam aktivite kısıtlaması ve yatak istirahati uygulamasında metabolik döngüde meydana gelen değişiklikler nedeni ile üç gün içerisinde insülin direncinin oluşmaya başladığı belirtilmiştir (Vernikos-Danellis, 1976).

Solunum sistemine etkisi: Abdominal organların diyaframa baskısı nedeniyle tidal volüm hariç akciğer hacminde azalma gözlenmektedir. Üç hafta sonra inspiratör kaslardaki iş yükünde gözle görülür bir artış ve bir inspiyumda alınan oksijen miktarında %26 azalma olduğu belirtilmiştir (Rubin, 1988; McCarty-Singleton & Sciscione, 2014).

Metabolizmaya Etkisi: Katı aktivite kısıtlamasında birkaç hafta sonra metabolizma hızında anlamlı bir azalma, iştahsızlık, konstipasyon, ciltte hassaslaşma meydana gelmekte, kortizol, tiroid hormonları ve aldosteron döngülerinde değişiklikler oluşmaktadır (Vernikos-Danellis, 1976). Normal koşullarda sabahları en üst seviyede olan; uyku-uyanıklık döngüsünü direkt olarak etkileyen hormon olan "epinefrin" en fazla öğlen saatlerinde salgılanmaya başlamaktadır. Buna bağlı olarak gün içerisinde uyku ihtiyacı artmakta ve uyku düzeni bozulmaktadır (McCarty-Singleton & Sciscione, 2014).

Kas iskelet sistemine etkisi: Yatak istirahati, kas iskelet sistemini derinden etkilemektedir. Uzay çalışmaları sonucu ortaya çıkan "kardiyovasküler dekondüsyon" ve "fiziksel dekondüsyon" terimleri yatak istirahatinin bedende

meydana getirdiği değişiklikleri özetlemektedir. Kas atrofisi, aktivite kısıtlamasından yaklaşık 6 saat sonra başlar ve 5 hafta sonunda toplam kas kütlesini yüzde 25-30 azaltır (Maloni, J.A, 2002). Birkaç gün içinde kemik yapısında değişiklikler meydana gelir (Bloomfield, 1997). Sandler ve Vernikos (1986) uzun kemiklerde, omurgada ve bu yapıları destekleyen kaslarda yapı ve şekil bozukluğu meydana geldiğini belirtmiştir. Ayrıca ileri dönemde osteoporoz için risk faktörü oluşturmaktadır (Sprague, 2004; Maloni , 1998).

Dolaşım sistemine etkisi: Gebe olmayan yetişkinlerde stroke volüm ve kardiyak outputta anlamlı bir artış söz konusudur. Supine pozisyonun etkisiyle kalbe venöz dönüşün azalması ve plazma volümündeki düşüş nedeniyle maksimum kardiyak output % 26 azalırken, stroke volüm istirahat öncesi 103 mL'den 83 mL'ye düşmektedir (McCarty-Singleton & Sciscione, 2014).

Psikososyal Etkileri: Olumsuz fizyolojik etkilerin yanı sıra yatak istirahatindeki birey, duyuşsal ve sosyal yoksunluk, yalnızlık hissi ile günlük aktivitelerden ve sosyal yaşamdan mahrum kaldığı için psikososyal stres yaşayabilmektedir (Oskay, 2001). Yatak istirahatine verilen tepkilerin psiko-fizyolojik fazlarının tanımlanması ile kişilerin ilk başlarda öfori, 3-6 gün içerisinde fiziksel rahatsızlıklarında ortaya çıkması ile mizaç değişiklikleri, depresyon, uyku problemleri yaşadıkları belirtilmiştir (Maloni, 1998; Maloni, 2002).

2.7 Gebelik ve Yatak İstirahati

Bilindiği gibi sağlıklı gebeliklerde dinlenme ve aktivite arasında denge vardır. Sprague (2004)'ın çalışmasında, 1600'lerin sonuna doğru Barret'in ebeler için yazmış olduğu ders kitabında gebelik takibi ile ilgili 'klasik altı' nın dengesinden bahsedilmektedir. Bu klasik altı içinde yer alan hava, yiyecek ve içecek, aktivite ve dinlenme, uyuma ve yürüme, doluluk ve boşluk ile zihnin tutkularının denge durumunda olması halinde gebeliğin iyi, sağlıklı olacağı belirtilmiştir (Sprague, 2004). Bu görüş yıllar içinde pek fazla değişmemiş, gebe kadınlara, dinlenme, iyi beslenme, egzersiz konularında danışmanlık ve eğitimin önemi üzerinde durulmuştur.

Öte yandan gebelik problemlili hale geldiğinde ve/veya yapılacak en doğru müdahalenin ne olduğunun bilinmediği durumlarda gebelikte yatak istirahati uygulanmaya başlanmıştır. Sprague (2004)'nin belirttiğine göre Churcill gebelikte yatak istirahatinin tedavi olarak kullanılması ile ilgili “ *Eğer bir kadın daha önce düşük yapmışsa ve benzer bir süreçteyse derhal yatmalı, süreç geçene dek günün büyük çoğunluğunu yatakta geçirmelidir. İstirahat, az ya da çok, verebileceğimiz en güçlü önleyici tedavi şeklidir.*” (s.no;1858,187) olarak bahsetmiştir (Sprague, 2004).

Gestasyonel hipertansiyon ya da preterm eylem gibi gebelik komplikasyonları yaşayan gebelerin yatak istirahati uygulamasından fayda göreceği düşünülerek gebelikte yatak istirahati tedavisi yaygınlaşmış, daha sonra antenatal kanaması olan gebeler, çoğul gebelikler, intrauterin gelişme geriliği olan gebelikler, plasenta previa, hiperemesis gravidarumu olan gebeler, daha önce erken doğum yapmış gebeler ve herhangi bir şekilde erken doğum riski olan gebelerde de hekimler tarafından önleyici amaçlı yatak istirahati önerilmeye başlanmıştır (Sprague, 2004; Goldenberg, et al., 1997). Tüm bu komplikasyonlar için yatak istirahati uygulaması, herhangi bir değerlendirme ve etkinliğine dair bir kanıt aranmaksızın dünyaca kabul görmüş ve rutin bir uygulama olarak pratikte kullanılmaya başlanmıştır (Maloni 1998).

2.8 Gebelikte Önerilen Yatak İstirahatinin Tipleri

Yüksek riskli gebelikler için önerilen yatak istirahatinin tipi ve süresi ile ilgili bilgiler net değildir. Maloni ve ark. (1998)'nin yapmış olduğu bir çalışmanın sonucuna göre hekimlerin riskli durumlarda önerdikleri yatak istirahatinin tipleri ve süreleri birbirlerinden farklı olabilmektedir (Maloni, et al.,1998).

Yatak istirahatinin sınırlarının belirlenmesi komplikasyonlu gebeliklerin evde ve hastanede bakımları sırasında aktivite derecelerini bilmeleri noktasında çok büyük önem taşımaktadır (Oskay 2001).

Konu ile ilgili literatürde üç tip yatak istirahatinden söz edilmektedir. Bunlar; (Maloni, 1998; Cohen, 1998; Oskay, 2001; Arslan & Korkmaz, 2005).

Tip 1 Hafif Yatak İstirahati

- Gecede en az 8-10 saat uyumalı,
- Gün içerisinde, sabah ve öğleden sonra birer saat sol lateral pozisyonda dinlemeli,
- Hafif ev işleri yapabilir,
- Ağır egzersiz yasak, kısa yürüyüşler yapılabilir,
- Günlük sosyal aktiviteler, sinema, kısa alışveriş vb. yapabilir.

Tip 2 Ilımlı Yatak İstirahati

- Gecede en az 8-10 saat uyumalı,
- Günün büyük bir bölümü sol lateral pozisyonda dinlenme ile geçirilmelidir,
- Tuvalete gidebilir, kendisi banyo yapabilir,
- Ev işleri için yardım almalıdır, basit işler, yemek pişirme vb. yapabilir,
- Yürüyüş dahil egzersiz yasağı,
- Eğer çalışıyorsa işi bırakmalıdır.

Tip 3 Kesin Yatak İstirahati

- Gecede en az 8-10 saat uyumalı,
- Tüm gün yatak içerisinde geçirilmeli,
- Öğünler yatakta olmalı, yatakta yemek yemeli,
- Tüm işler için yardımcı birileri olmalı,
- Yalnızca tuvalet ve duş izni,
- Evden yalnızca hekim kontrolü için çıkabilir.

2.9 Gebelikte Yatak İstirahatinin Olumsuz Etkileri

2.9.1 Fizyolojik Etkiler

Gebe olmayan yetişkinler ile yapılan çalışmaların sonuçlarına benzer şekilde gebelikte de yatak istirahati uygulamasının tüm sistemler üzerine etkileri bulunmaktadır.

Yatak istirahati uygulanan gebelerde; sıvı elektrolit kaybı, kan volümünde azalma, kardiyak output ve atım hacminde azalma, (Maloni & Schneider 2002; Oskay 2001; Maloni et al., 1993; Maloni, et al., 2006; Maloni 2010), pıhtılaşma faktörlerinde artma ve tromboembolizm (Kovacevich et al., 2000) meydana geldiği belirtilmiştir.

Venöz tromboembolizm Amerika Birleşik Devletleri'nde bir numaralı maternal morbidite ve mortalite nedenidir. Kovacevich (2000) tarafından yapılan retrospektif bir çalışmada 6000'den fazla hasta dosyası incelenmiş, 192 gebenin antepartum yatak istirahatinde olduğu görülmüştür. Preterm eylem ve erken membran rüptürü tanıları ile yatak istirahatinde olan bu gebelerde pıhtılaşma faktörlerinde artış olduğu ve tromboembolik komplikasyonların görülme sıklığının, aktivite kısıtlaması olmayan gebelere göre anlamlı düzeyde artmış olduğu saptanmıştır (Kovacevich, 2000).

Tam aktivite kısıtlaması ya da yatak istirahati uygulanan gebelerde kalsiyum kaybı, kemik kitle kaybı, kaslarda atrofi (Promislow et al., 2004, Maloni & Schneider, 2002) görülmektedir.

Yatak istirahati sonrası gebeler doğum sonrası kondüsyon yetersizliği, sırt ağrıları, yürümede, merdiven inip çıkmada zorlanma, nefes kesilmesi ve genel yorgunluk yaşamaktadır. İstirahat halindeyken en fazla etkilenmenin sırt ve bacak kaslarında olması, hareket ederken güçlük yaşama probleminin doğum sonrası altı haftaya kadar devam etmesine neden olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada doğum öncesi yatak istirahatinde olan gebelerin %71'i merdiven inip çıkarken zorlandıklarını, %14'ü yürürken yardım aldıklarını, %71'i otururken yardım

aldıklarını, %14'ü dizlerinin titrediğini ve % 9'u ise en az bir kez düştüklerini belirtmişlerdir (McCarty-Singleton & Sciscione, 2014).

Ayrıca gebelerde hazımsızlık, özofajial reflü, konstipasyon, baş ağrısı, yorgunluk, nazal konjesyon, görme ve işitme değişiklikleri gibi sorunlara sık görülmekte (Maloni et al., 2006; Maloni 2010; Oskay 2001; Arslan & Korkmaz 2005) glikoz intoleransı (Vernikos-Danellis et al., 1976; Siobhan & Sciccione, 2014) ve kilo kaybı (Maloni, 2010) gibi bir çok olumsuz fizyolojik etkiler ortaya çıkabilmektedir.

2.9.2 Psikososyal Etkiler

Yatak istirahati fiziksel olduğu gibi psikososyal yönden de gebeyi etkilemektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda yatak istirahatinde olan gebelerde disfori (Maloni et al., 2002; Colleen et al., 2006) anksiyete bozuklukları, depresyon (Maloni et al., 2005) gibi psikososyal sorunların ortaya çıktığı belirtilmektedir (Heaman 1990; Heaman & Gupton, 1998; Meher et al., 2005; Yang, et al., 2009; Maloni 2010; Sciscione, 2010; Karaçam & Şen 2012).

Prenatal distres, kadınların gebeliğe verdiği duygusal tepkiler ile gebeliğin kendine özgü olan stres olarak tanımlanmıştır. Endişe, anksiyete ve stres prenatal maternal stresin bir diğer deyişle prenatal distresin bileşenleridir (Alderice, Lynn, & Lobel, 2012). Gebeliğe özgü stres gebenin, gebelik nedeniyle yaşadığı fiziksel değişiklikler, dış görünüşünde meydana gelen değişiklikler, sosyal ilişkilerinden meydana gelen değişiklikler, doğum eylemi, ebeveynlik ve bebeğin sağlığı hakkında endişe, üzüntü duyma ve bu endişelerini yönetme biçimini içeren bir yapıdır (Alderice, Lynn, & Lobel, 2012; Alderdice, et al., 2013). Gebelik dönemi kendi başına stresli bir olay olabilmekte iken yatak istirahati uygulaması ile gebe daha da stresli hissedebilmekte, psikososyal şikayetleri artabilmektedir.

Prenatal Distresin Maternal Etkileri: Gebelik duygusal yönden dalgalanmaların sık yaşandığı bir dönemdir. Gebelik süresince kadının yaşayabileceği psikolojik şikayetlerin tanınamaması ve bu sorunların çözümlenmemesi halinde gebelikte depresyon gelişebilmektedir (Martini, et al.,

2010). Gebelik döneminde yaklaşık %27-30 oranında depresyon görüldüğü (Çalık, 2011) ve hastanede yatan gebelerde ise bu oranın yaklaşık %19.5 olduğu belirtilmiştir (Byatt, Davidson, & Allison, 2014). Tedavi edilemeyen psikiyatrik sorunlar ve depresyon intiharı girişimleri de dahil olmak üzere preeklampsi-eklampsi, antenatal kanama gibi komplikasyonlara yol açabilen önemli maternal mortalite ve morbidite nedenidir (Guerra Benute, et al., 2011; Çalık, 2011; Altınçelep, 2011). Tüm bunların yanı sıra gebelikte görülen depresyonun postpartum depresyon için de hazırlayıcı faktör olduğu da belirtilmektedir (Ibanez, et al., 2012 ; Meades & Ayers, 2011).

Prenatal Distresin Fetal- Neonatal Etkileri: Konu ile ilgili yapılmış olan çalışmalarda gebelik boyunca görülen şiddetli duygusal sorunlar, depresyon ve sürekli kaygının obstetrik komplikasyonları arttırdığı gibi olumsuz gebelik sonuçlarına ve erken doğum (Dunkel Schetter & Glynn, 2010), prematürite, düşük doğum ağırlığı, gestasyon yaşına göre küçük olma (Coucans-Read, et al., 2012), intrauterin gelişim gerliği, düşük APGAR skorları (Martini, et al., 2010) gibi fetal/ neonatal etkilere de neden olmaktadır.

2.9.3 Doğum Öncesi Dönemde Hastanede Yatmanın Gebe ve Ailesine Etkileri

Hastanede yatak istirahatinin psikososyal etkilerine yönelik yapılan çalışmaların hemen hepsi hastanede yatmanın son derece stresli olduğunu göstermektedir (Heaman, 1990; Maloni, 1993; Maloni, 2002; Colleen, 2006). Ancak çalışmaların çoğunda asıl stres nedeninin hastanede yatmak mı yoksa yüksek riskli gebelik tanısı almak mı olduğu belirsizdir (Oskay 2001). Heaman ve Gupton (1998) 'ın yarısı evde, yarısı hastanede yatak istirahatinde olan 24 gebe ile yaptıkları çalışmada hastanede yatak istirahatinde olan kadınların, mizaç değişiklikleri, anksiyete, depresyon durumlarının anlamlı düzeyde daha şiddetli olduğu, hastanede yatmanın daha büyük bir stres kaynağı olduğunu belirtmişlerdir (Heaman & Gupton, 1998).

Hastanede yatak istirahatinde olan yüksek riskli gebeler; fiziksel ve sosyal çevrede değişiklik, gebeliğin normalden sapması ya da sağlığın bozulması, sağlık personeli ile iletişimde yaşanan güçlükler, başkalarına bağımlı olma, tıbbi girişimlere ve tetkiklere maruz kalma (Maloni et al., 1993; Oskay 2001), ailelerinden uzak olma, mahremiyetin azalması, odayı tanımdadıkları kişilerle paylaşma (Heaman & Gupton, 1998) gibi nedenlerden dolayı stres yaşayabilmektedirler. Bu süreçte gebe kendi sağlığı ve yaşamı üzerinde kontrolünü kaybettiğini düşünebilmektedir.

Yatak istirahatinin etkileri gebe ile sınırlı kalmayıp aileyi de etkilemektedir. Evdeki anne rolünün kaybı ile diğer aile üyeleri ekstra sorumluluk almak zorunda kalabilmekte ve bu durum ailede strese yol açabilmektedir (McCarty-Singleton & Sciscione, 2014; Maloni & Kutil, 2000). Hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin eşleri üzerine yapılan bir çalışmada, eşlerin olumsuz düşünceler, depresyon ve anksiyete yaşadıklarını, sosyal destek azlığından, yalnız kalmaktan ve artan sorumlulukları nedeni ile bunalmış olduklarından şikayetçi oldukları belirtilmiştir (Mercer & Ferketich, 1988).

Anneleri yatak istirahatinde olan çocuklar da bu durumdan fazlaca etkilenmektedir. Çocuklar kendi dünyalarındaki yetişkinlere bağımlıdırlar. Evde anne yokluğu çocuğun kendisini tehlikede ve güvensiz hissetmesine yol açabilir. Özellikle erken çocukluk döneminde çocuklar olayların kişilere bağlı geliştiğine ve kendi isteklerinin kolayca yerine gelebileceğine inanırlar. Eğer aileye yeni bir bebeğin katılmasını istememişlerse bu duruma kendilerinin neden olduğu düşüncesi ile suçluluk, anksiyete ve depresyon görülebilmektedir (Gilbert & Harmon, 2002). Yatak istirahatindeki anne açısından ise evdeki çocukların bakımı konusu bir diğer major stres faktörüdür (McCarty-Singleton & Sciscione, 2014).

2.10 Gebeliğe Uyum

İnsan yaşamında yetişkinlik dönemi için gerçekleştirilmesi beklenen aile kurma, çocuk sahibi olma ve çocuk yetiştirme ilk sıralarda sayılan önemli gelişim görevlerindedir (Doyurgan, 2009). Evlilik bireyin bekarlık rolünden çift rolüne geçişini sağlamakta ve bu değişim toplumsal statüsünü ile başta kendi ebeveynleri

olmak üzere diğler bireyler ile olan ilişkilerini etkilemektedir. Gebelik ve ilk çocuk ile birlikte bu değişim karı-kocalıktan anne-babalığa geçiş yani uyum sağlanması gereken yeni roller demektir. Toplum tarafından uygun şekilde yerine getirilmek üzere bireye atfedilen bu roller bireyin kendi iradesine ve kararına bağlı değildir. Gebeliğe ve gebelik sonrası dönem annelik rolüne uyum da toplumun bireye yüklediği görevlerdendir (Doyurgan, 2009).

Özgüven (1992), uyumu bireyin kendisi ve çevresi ile iyi ilişkiler kurabilme ve bu ilişkileri geliştirebilme ve sürdürübilme yeteneği olarak tanımlamıştır (Özgüven, 1992). Freedman ise uyum konusunda, kişilerin kendi içlerinde ve çevrelerinde sürekli karşı karşıya kaldıkları değişimleri algılama ve bu değişimleri kendi dünyaları ile denge halinde sürdürübilme amacıyla kullandıkları yöntemler veya süreçler dizisi olarak daha kapsamlı bir tanımlama yapmıştır (Freedman, 1994).

Gebelik dönemi kadın yaşamında fiziksel ve psikososyal değişimlere uyum süreci olarak tanımlanabilen bir dönemdir. Gebelikte ortaya çıkan birçok komplikasyon da, örneğin ilk trimesterde yaşanan bulantı kusma ve ilerleyen dönemlerde yaşanan vücut postüründe bozulma, uyku problemleri vb. uyum sürecini etkileyebilmektedir (Lederman & Wels, 2009; Oskay, 2001). Gebelik, aile ve en önemlisi kadın yaşamında bir dönüm noktası, gelişimsel bir kriz dönemidir (DaCosta, et al., 1999; Dağlar & Nur, 2014). Gebelik isteyerek ve planlanarak gerçekleşse dahi, kadın gebe olduğunu öğrendiği anda gebeliğe uyum hemen sağlayamayabilir. Kadının gebeliği, gebelik rolünü, fetüsü ve annelik rolünü kabullenmesi ve uyum sağlaması gebelik boyunca gelişerek devam eden dinamik bir süreçtir (Karataş & Mete, 2012; Taşkın, 2016). Trimestirlere göre kadının tepkileri ve üstesinden gelmesi gereken gelişimsel görevleri farklıdır (Taşkın, 2016).

Birinci trimesterde; halsizlik, yorgunluk, mide bulantısı, kusma gibi fizyolojik değişimler ile birlikte gebeliğe ilişkin ambivalan duygular yaşanmaktadır (Kızılaya Beji, 2015). Gebeliğin etkileri yaşanırken hissedilen bir bebek olmaması bu dönemde kadının bebeğinden çok kendine ve gebeliğine odaklanmasına neden olmaktadır (Taşkın, 2016).

İkinci trimesterde; artık fetal hareketler hissedilmeye başlanmıştır, uterus hızla büyür ve abdomende hissedilir. Kadın gebe görünümünü almaya devam eder. Primer odak gebenin kendisinde fetüse yönelir ve gebe bebeğini kendinden bağımsız ayrı bir birey olarak kabul eder. İlk trimesterdeki fizyolojik rahatsızlıkların azalmasına ve/veya sona ermesine bağlı olarak gebe yavaş yavaş daha güçlü hisseder (Kızılaya Beji, 2015; Taşkın, 2016).

Üçüncü trimesterde; fizyolojik rahatsızlıklar büyüyen fetus ve uterusun etkisiyle yeniden kendini göstermeye başlamıştır Anne adayları başkalarına özellikle eşine daha bağımlı hale gelir (Taşkın, 2016). Yaklaşan doğum ile gebenin dikkati ve ilgisi bebek ve doğum eylemine yöneliktir. Yuva yapma davranışı olarak da adlandırılabilen, bebeğin odasını ve giysilerini hazırlama, doğum hakkında bilgi arayışı gibi aktiviteler başlar. Primipar kadınlar genellikle bilinmeyene karşı korku duygusu yaşarlar, multipar kadınlarda bazı şeylerin yanlış gitmesi endişesi gelişebilmektedir. Doğum endişelerinin başlaması ile gebe doğuma ilişkin bilgi arama davranışı içerisindedir. Doğumun nasıl olacağını, sürecin nasıl ilerleyeceğini merak ederken doğum sırasında zarar görebileceğine, ölebileceğine yönelik korkular yaşayabilmektedir (Serçekuş & Mete, 2010; Taşkın, 2016). Yine bu dönemde gebenin doğum sonu döneme ilişkin korkuları ve endişeleri başlar, eşi, yakın çevresi ve sağlık personeli tarafından desteklenmeye ve bilgilendirilmeye en çok ihtiyaç duyduğu dönemdedir (Serçekuş & Mete, 2010).

Gebelerin geçmişteki anıları, annesiyle olan ilişkileri, kadınlık kavramı ve rolünü algılayış şekli, benlik kavramı, kardeşlerine bakma gibi daha önce anneliğe hazırlayıcı yaşam deneyimleri varlığı, çevresindeki olumlu ve olumsuz rol modelleri, gebeliği isteme ve planlama durumu, gebeliği kabullenmelerinde önemli rol oynamaktadır (Durat, 2003).

Lederman, gebelikte kadınların deneyimlediği anneliğe geçiş sürecine ilişkin yedi psikososyal değişken tanımlamıştır. Bu yedi boyut; gebeliğin kabulü, annelik rolünün belirlenmesi, doğuma hazırlık ve hazırlanış ile doğum korkusu, gebenin kendi annesi ile olan ilişkisi ve eş ilişkisi olarak belirtilmiştir (Lederman and Wels, 2009).

Gebeliğin kabulü, kadının gebeliğine bağlı ortaya çıkan değişimlere ve gelişmelere verdiği uyum cevapları ile ilişkilidir. Lederman yapmış olduğu çalışmada; kadının anne olmak istemesinin genellikle gebeliğin kabulünü kolaylaştırdığını ancak kadının gebeliği kabul etmesinin her zaman bebeği istediğini ve anneliğe hazır olduğunu ifade etmediğini belirtmiştir (Lederman, 2009).

Gebeliğin kabulü, gebeliğe uyum ile doğrudan ilişkili ve gebe olmaktan duyulan haz, memnuniyet temellidir. Gebeliğin kabulü düzeyi düşük bulunan gebelerin doğuma ve annelik rolüne de hazır olamadıkları belirtilmiştir (Evrenol Öçal, 2011).

Genel olarak, gebeliğin kabulünün düşük olması, gebeliğin istenmemesi ve planlanmamış oluşuyla, derin çatışma ve korkuların varlığıyla, fiziksel şikayetlerin fazla görülmesi ve stres faktörü ile ilişkilidir (Lederman & Wels, 2009).

Annelik rolünün kabulü, çocuk sahibi olma ve annelik rolüne uyum sağlamada kadının kadınlık algısı, çocuklara duyduğu sevgi, üreme ve mutlu bir aile hayali, anne olma isteği, bağlılık, hassasiyet gibi motive edici duyguları barındırmaktadır. Öte yandan çocuk sahibi olmanın sıkıcı olduğu düşüncesi, özgürlüğün kaybı ve kısıtlanma hissi, ekonomik sıkıntılar için endişelenme gibi negatif düşüncelerden de etkilenabilmektedir (Lederman & Wels, 2009).

Gebelik döneminde kadının annelik rolüne geçiş sürecini sağlıklı bir şekilde gerçekleştirmesi hem annenin uyumu hem de bebeğin sağlıklı gelişimi için oldukça önemlidir (Demirbaş & Kadioğlu, 2014). Özkan 2010 yılında yapmış olduğu çalışmasında gebelik döneminde annelik uyumu yüksek olan kadınlarda doğum sonu dönemde de yüksek annelik uyumu gösterdiklerini saptamıştır (Özkan, 2010).

Kendi annesi ile ilişkisi, gebenin kendi annesi ile olan ilişkisi gebeliğe adaptasyon sürecinde önemli bir yer tutmaktadır. Kadının kendi annesinin hayatta olması, kendi çocukluk anılarındaki anne rolü, annesinin gebelik döneminde yanında olması, annesinin gebeliğe verdiği tepkiler, gebenin otonomisine duyduğu saygı ve empati gebenin gebeliğine uyum düzeyini etkilemektedir (Lederman & Wels, 2009).

Yapılan bir çalışmada gebenin annesi ile olan iyi ilişkisinin yalnızca gebelik sürecinde gebenin ruh halini iyi yönde etkilemekle kalmadığını aynı zamanda doğum esnasında da olumlu etkileri olduğunu bildirmişlerdir (Lederman & Lederman, 1979).

Eşi ile ilişkisi, gebelik dönemi boyunca kadının sosyal yönden desteklenmesi ve en önemlisi partner/eş desteğinin maternal iyilik halinin sürdürülebilmesi için gerekli olduğu belirtilmektedir (Yılmaz, 2012; Lederman & Wels, 2009). Gebe kadın bu uyum sürecinde eşinden, kendisi ile ilgilenmesini, empati kurmasını, özellikle doğum zamanı yaklaştığında her daim ulaşılabilir olmasını, gebe artan bağımlılık davranışını açıklayamasada eşinden bu durumu anlamasını ve bir yandan babalık rolüne hazırlanmasını beklemektedir (Lederman & Wels, 2009; Taşkın, 2016).

Atalay tarafından yapılan bir çalışmada, annelik rolüne uyumda özgüven ve gebelik döneminden itibaren alınan sosyal destek arasında olumlu bir ilişki olduğu, eşi tarafından onaylanan ve sorunlarını eşiyile rahatlıkla paylaşabilen kadınların gebelik ve gebelik sonu dönemde daha az sorun yaşadıkları belirtilmiştir (Atalay, 1999).

Doğum Korkusu, doğum korkusu gebelik dönemi boyunca gebenin maternal iyilik halini etkileyen emasyonel bir streştir. Yaşanan bu stres gebenin aşırı alıngan, agresif hale gelmesinin yanı sıra artmış katekolamin seviyesi ile de uterusu giden kan akımını azaltarak fetal hipoksi, erken ya da komplikasyonlu doğum eylemine yol açabilmektedir (Aksoy, 2015).

Doğum eylemine ilişkin korkular bebeğin ve gebenin kendisinin zarar görebileceği ve ölebileceği, doğum esnasında kontrol kaybı ve panik olma korkusu ve sağlık personeline güvenmeme gibi pek çok nedenle gelişebilmektedir (Şahin, 2009).

Doğuma Hazırluş, Kadının önceki deneyimleri, gebelik sayısı, gebeliği hakkında bilgi alma/arama davranışı, sosyodemografik ve kültürel özellikleri, çevresel uyaranlar ve bu uyaranlara verdiği tepkiler doğum eylemini ve gebenin hazırluşluk düzeyini etkilemektedir (Demirbaş & Kadioğlu, 2014).

Gebelik döneminde gebenin eğitim ihtiyacının belirlenerek verilecek eğitim ve bu eğitimin; psikolojik yönden destekleme, doğum eylemi hakkında bilgilendirme ve doğum sırasında kendini kontrol etme konularını içermesi gerekmektedir. Bu eğitimlerin gebelerde doğum korkusu düzeyini azalttığı, doğuma hazırloluğu ve eylem sırasında gebenin daha uyumlu ve işbirliği içinde olmasını artırdığı yapılan çalışmalar ile vurgulanmıştır (Aksoy, 2015; Hodnett et al., 2013).

Kendi ve Bebeğinin Sağlığına İlişkin Düşünceleri, gebeliğin başlangıcından sonuna kadar gebeler, kendi ve bebeğinin sağlığından endişe duyarlar. Gebede ve/veya fetüste riskli bir durumun gelişmesi ebeveynlik rollerinde karmaşaya yol açmakta ve ortaya yeni stres kaynakları çıkmasına neden olabilmektedir. Anne adayının ve bebeğin sağlığı ile ilgili korkular doğuma hazırlık sürecini etkileyebilmekte ve kadının gebeliğine uyumunu bozabilmektedir (Gilbert & Harmon, 2002).

2.11 Hastanede Yatak İstirahatinde Olan Yüksek Riskli Gebelerin Gebeliğe Uyumlarında Hemşirenin Rollerini

Gebeliğin yüksek riskli olarak tanımlanmasının ardından, bir dizi tetkik yapılması ve bazı durumlarda gebelerin hastaneye yatırılarak izlenmesi gerekmektedir. İleri tetkik ve yakın gözlem için hastaneye yatırılmış olan gebede terkedilmişlik duygusu ve tanımadığı fiziksel çevreye uyum güçlüğü, evden uzak olma, gibi nedenler yeni sorunlara yol açabilmektedir (Oskay, 2001; Pişirgen, 2011).

Yüksek riskli gebelik tanısı ile hastaneye yatmış olan gebelerin bakım protokolleri arasında rutin doğum öncesi bakım, fetal sağlığın değerlendirilmesi ve yatak istirahati uygulaması nedeni ile ortaya çıkabilecek fiziksel ve psikososyal sorunlara yönelik girişimler yer almalıdır (Maloni, 1998; Heaman & Gupton, 1998; Oskay, 2004).

Hastanede yatak istirahatinde olan yüksek riskli gebelerin bakımında amaç ve hedefler, gebelerin kliniğe kabulünden itibaren fiziksel çevrenin tanıtılmasından gebeliğe psikososyal uyumlarını değerlendirmeye, gebeliği ve yapılan işlemler hakkında bilgi vermekten baş etme mekanizmalarını geliştirmeye kadar konforlu bir

hastane ortamı sağlanması, nitelikli ve çok yönlü bütüncül bakım, doğru, yeterli ve planlı girişimler, gelişebilecek komplikasyonların önüne geçilmesi, gebelerin ve ailelerinin bakıma aktif olarak katılımlarının sağlanması, süreç boyunca maternal/fetal sağlığın korunması ve geliştirilmesi olarak benimsenmelidir (Oskay, 2004).

Kadınların doğum öncesi dönemde gebeliğe uyum sürecini sağlıklı bir biçimde gerçekleştirmesi için gebeliğin getirdiği fizyolojik değişimlerinin yanı sıra psikososyal değişimlerin de bilinmesi ve etkili olan faktörlerin belirlenmesi, riskli durumların erken saptanması ve bu durumlara yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir. Gerek rutin doğum öncesi bakımda gerekse hastanede yatmakta olan gebeler ile en yakından ilgilenen ve en fazla zaman geçiren sağlık personeli olma özelliği ile hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir. Hemşireler tarafından planlanacak ve uygulanacak girişimler ile gebelerin fiziksel şikayetlerin yanında gebeliğe uyum, gebeliği ve annelik rolünü kabullenme konusunda da yaşayabilecekleri sıkıntı ve zorluklar engellenebilir.

Hemşirelik bakımı planlanırken gebe her yönü ile ele alınmalı fiziksel olduğu kadar psikososyal yönden de değerlendirilmelidir. Gebenin gebeliğine psikososyal uyumunun değerlendirilebilmesi aşamasında; (Lederman & Wels, 2009).

- Gebeliğin istenme ve bilinçli bir şekilde planlanmış olma durumu,
- Gebenin, gebelik boyunca mutlu/depresif ruh hali içerisinde olması,
- Gebelik süresince hissettiği rahatsızlıklar ve bu rahatsızlıkları tarif edebilmesi,
- Gebelik boyunca vücudunda meydana gelen değişimlere verdiği tepkiler, kabul veya reddetme durumu,
- Ambivalan duyguları ve doğuma yakın hissettiği çatışmalar irdelenmelidir.

Bunların yanı sıra hemşirelerin gebelik döneminde anne adayının stres durumunu (Yali & Lobel, 1999) ve uyumun düzeyini (Lederman ,1979) geliştirilmiş ölçekler yardımı ile değerlendirmesi olası sorunların erken saptanmasına, gerekli tedavi ve bakımın zamanında yapılmasına olanak sağlamaktadır.

Gebelik normalden saptığında gebe ve ailesi yüksek riskli gebelik nedeni ile karşı karşıya kaldıkları kriz durumlarının yönetimi için geçmiş deneyimlerinde kullandıkları başetme mekanizmalarını kullanmaktadır. Hemşire bu başetme yöntemlerinden uygun olmayanların yerine yeni başetme yöntemleri konusunda danışmanlık yapabilmelidir (Gilbert & Harmon, 2002).

Bu gebelerin fiziksel ve psikososyal sorunlarının doğru ve yeterli düzeyde tanımlanması ve uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması, gebe ve ailesinin yüksek riskli gebeliğe uyumlarının, bu süreçte ihtiyaç duydukları bakım, yardım ve iletişim gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığını sürekli olarak değerlendirmesi hayati önem taşımaktadır. Gebelerin yaşadıkları bireysel sorunlar saptanmalı, her gebenin bu süreç ile baş etmesine yardımcı olacak bakım planları/girişimleri hazırlanmalıdır (Heaman, 1990; Goldenberg, 2002; Oskay, 2004).

Hastanede yatak istirahatinde olan yüksek riskli gebelerin bakımında hemşirelerin uygulayabileceği girişimler aşağıda sıralanmıştır; (Gilbert & Harmon, 2002; Şen, 2006; Altınçelep, 2011; Oskay & Coşkun, 2012; Maloni, 1998).

- Hemşire terapötik iletişim kullanarak anne ve baba adayı ile önceki deneyimlerini ve baş etme mekanizmalarını konuşmalı, yeni başetme becerilerini geliştirmelerini değerlendirmeli ve uygulamalarını sağlamalıdır.
- Gebeye karşı karşıya geldiği riskli durum ya da hastalığı ile ilgili bilgi verilmeli ve bakıma katılması sağlanmalıdır. Bilgilendirme yaparken gerçekçi olunmalı ve çiftin yaşayabileceği potansiyel her durum konuşulmalıdır.
- Uygulanacak tüm tedavi girişimleri nedenleri ile anlatılmalı, gebe ile konuşulurken tıbbi terimler kullanmaktan kaçınılmalıdır.
- Anne adayı kendisi için önemli kişiler ve özellikle de baba adayı ile bir araya getirilmeli, mümkün ise babanın ziyaret saatleri esnetilmelidir (Oskay & Coşkun, 2012).
- Anne adayının diğer çocukları ile sık sık bir araya gelebilmesi sağlanmalı, çocuklarını ihmal ettiği düşüncesi ile endişe duyması en aza indirilmelidir (Gilbert & Harmon, 2002; Oskay & Coşkun, 2012).

- Gebe, bebeğinin sağlığı ve tedavi süreciyle ilgili diğer korku ve endişelerini ifade etmesi için desteklenmelidir.
- Bakımda baba adayını göz ardı edilmemeli korku ve anksiyetesini saklamak yerine ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir.
- Gebeliğin kabulü, bebeği ayrı birey olarak kabul etme ve sağlıklı rol değişimi gibi gelişimsel görevleri gerçekleştirme açısından gebe değerlendirilmelidir.
- Gebenin aktivite kısıtlaması dahilinde ilgisini çekebilecek ve uygulayabileceği uğraşlar belirlemesine yardım edilmelidir

Gebeleri, kliniğe kabulünden itibaren en yakından ve sürekli gözlemleyecek olacak olan hemşireler anne adayının yaşadığı ve/veya yaşayabileceği bu zorlukların farkında olarak geliştirecekleri ve uygulayacakları bakım protokolleri ile gebeyi destekleyecek, iyilik halini koruyabilecek ve geliştirebileceklerdir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniklerinde 03.08.2015-03.01.2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Her iki hastanede hizmet alan hastaların sosyo-ekonomik düzeyleri düşüktür.

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1899 bu yana İstanbul ili Avrupa yakasında 1000 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Kadın hastalıkları ve doğum servisi, poliklinikler, acil doğum polikliniği, doğumhane ve klinikler hastane içerisinde ayrı bir binada yer almaktadır. Doğum ve jinekoloji servisleri iki ayrı katta toplam 50 yatak kapasitelidir.. Birinci kat doğum bölümü olarak genellikle doğum sonu anneler ile riskli gebelere hizmet vermektedir İkinci kat ise genellikle kadın hastalıkları hastaları ile 24. gebelik haftasından önce hastanede izlenmesi gereken gebelere hizmet vermektedir. Her iki klinikte toplam 22 doktor, 19 hemşire, beş ebe ve 11 yardımcı personel görev yapmaktadır. Klinikler yılda ortalama 1800 gebeye hizmet vermektedir. Hastanenin Kadın Doğum Kliniğinde yatak istirahatinde olan gebelerin yanlarında refakatçi kalmasına izin verilmektedir ve birçok gebenin gereksinimleri bu refakatçiler tarafından karşılanmaktadır.

İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1971 yılında hizmete açılmış olup 1000 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede kadın hastalıkları ve doğum kliniği iki kata yerleşmiş şekildedir. Doğumhane Kliniğinde toplam 29 yatak bulunmaktadır. Bu yatakların 20'si normal ve sezaryen ile doğum yapan kadınlar için, 6 yatak erken doğum tehdidi tanısı alan gebeler ve riskli gebelikler için ve 4 yatak travay hastaları için planlanmıştır. Kliniklerde 17 ebe/hemşire, 14 kadın doğum uzmanı, 16 asistan doktor görev yapmaktadır. Hastanenin Doğumhane Kliniğinde

yatmakta olan riskli gebeler için refakatçi izni verilmemektedir. Hemşire deskinin tam karşısında yer alan odada gebelerin gereksinimleri genellikle hemşire hanımlar tarafından karşılanmaktadır.

Her iki klinikte de yatak istirahatinde olan yüksek riskli gebelere hekim istemi dışında herhangi bir uygulama yapılmamaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yürütüldüğü her iki hastanede, yatak istirahati alan gebelere ilişkin istatistiki bir veriye ulaşılamamıştır. Bu nedenle çalışmada evren sayısı bilinmemektedir. Bu nedenle evreni ve olayın görülme olasılığı bilinmeyen bu grupta örneklem büyüklüğü hesabı yapılamamıştır. Ancak kliniğe ayda ortalama 6-8 yüksek riskli gebelik olgusunun kabul edildiği gözlemlenmiştir. Yapılan projeksiyonda; ayda ortalama kabul edilen yüksek riskli gebelik olgusu 5 aylık veri toplama süreci için;

$6 \times 5 = 30$ olgu Şişli Hamidiye Eğitim Araştırma Hastanesi (EAH) Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinden, $6 \times 5 = 30$ olgu Okmeydanı EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinden olmak üzere toplam 60 yüksek riskli gebeye ulaşılabilmesi hedeflenmiştir. Beş aylık izlemde 46 gebeye ulaşıldığından çalışmanın uygulama süresi bir ay daha uzatılarak Şişli Hamidiye EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinden 29, Okmeydanı EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinden 25 gebe ile toplam 54 gebe örnekleme alınabilmektedir. Ancak 3 gebenin çalışmadan ayrılmak istemeleri nedeni ile örneklem 51 gebe ile tamamlanabilmektedir

Örneklem Seçim Kriterleri:

- En az 20. gebelik haftasını doldurmuş olma (Nedeni: 20. gebelik haftasından önce yapılan doğumlar düşük olarak tanımlanmaktadır (Taşkın, 2016; Kızılaya Beji, 2015). Bu çalışmada, bu kriterin seçilme sebebi; gebeliğin devam edeceği, düşükle sonuçlanmayacağı beklentisi olmasıdır.)
- En az beş gün süre ile hastanede kısmi ve tam yatak istirahatinde olma (Nedeni : Yapılan benzer çalışmalar (Maloni, et al., 1993; Oskay, 2001) incelendiğinde; yatak istirahatindeki gebenin yaşayabileceği sorunların yatak istirahatinin süresi ile ilişkili

olduğunun ve minimum beş günlük yatak istirahatinin gebeliğe yönelik sorunların etkilediğinin belirtilmesi.)

- Fetal anomali bulunmama (Bu çalışmada gebeliğe uyum değerlendirileceğinden, anomalili fetüs gibi özellikli ve hassas gruplar olması)
- Okuma- yazma bilen

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkeni; gebeliğe uyum düzeyi

Bağımsız değişkenleri; Sosyo demografik özellikler ve prenatal distres puanı

3.5 Veri Toplama Araçları

Hastanede yatak istirahatinde yatmakta olan yüksek riskli gebelerin gebeliğe uyum düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapılan çalışmada Prenatal Distres Ölçeği, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve araştırmacı tarafından geliştirilen gebe tanılama formu olmak üzere üç form kullanılmıştır. Gebenin hastanede kalış süresi ve hangi tanı ile hastanede yatak istirahatinde olduğu bilgileri hasta dosyasından alınmıştır.

Çalışmada kullanılacak olan veri toplama formlarının özellikleri aşağıda açıklanmıştır.

Gebe Tanılama Formu: Gebe tanılama formu sosyodemografik özellikler ve obstetrik özellikler olmak üzere iki bölümden oluşan toplam 19 soruluk bir formdur. Bu formda gebelerin yaş, eğitim düzeyi, evlilik süresi gibi sosyodemografik özellikler, şimdiki ve geçmiş gebeliklere ait öykü ile hastane yatmanın neden olacağı endişe durumlarını ortaya koyan sorular yer almaktadır (EK 1).

Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)

PDÖ gebelerde tıbbi sorunlar, bedensel değişiklikler ve bunlara bağlı fiziksel şikayetler, doğum ve bebeğin sağlığı ile ilgisi endişeler gibi gebeliğe özgü stres düzeyini belirlemek amacı ile Yali ve Lobel tarafından 1999 yılında geliştirilmiş bir

ölçektir (Yali & Lobel, 1999). Bu ölçek, gebelik sürecinde ortaya çıkabilecek fiziksel ve emasyonel semptomlar, beden imajı, bebeğin doğumu ile değişiklik yaşanabilecek ilişkiler, annelik ve gebelik ile ilgili konularda kadınların yaşadıkları sıkıntı veya endişeleri belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Üçlü Likert tipinde hazırlanmış olan ölçekte toplam 17 madde olmakla birlikte 18nci madde olarak formda yer almayan ancak gebelerin yaşayabileceği endişe durumlarını belirlemek üzere ilave açık uçlu bir soru da yer almaktadır. PDÖ ilk olarak; erken gebelik dönemi (10- 20 hafta), orta gebelik dönemi (20-30 hafta) ve geç gebelik döneminde (30 hafta ve üzeri) uygulanmak üzere üç farklı versiyon şeklinde 12 maddeli ölçek olarak geliştirilmiştir (Yali & Lobel, 1999). Geliştirilen bu 12 maddeli versiyonunun Cronbach Alpha katsayıları sırasıyla; 0.59-0.71-0.79 olarak bildirilmiştir (Lobel et al., 2008; Lobel 2008). Yapılan revizyon çalışmaları ile ölçek tekrar düzenlenmiş ve tüm gebelik dönemlerinde kullanılabilir 17 maddeli Revised Prenatal Distress Questionnaire (NUPDQ) versiyonu geliştirilmiştir (Lobel 2008).

Her bir madde “Hiç” (0), “Biraz” (1) ve “Çok fazla” (2) şeklinde derecelendirilmiş olup katılımcı kendine uygun olanı işaretlemektedir. Gebelik döneminde yaşanan gebeliğe özgü distres puanı ölçeğin maddelerinin puanlarının toplanması ile elde edilir. Ölçek puanı yükseldikçe gebeler tarafından algılanan prenatal distres düzeyinin arttığını kabul edilmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yüksel ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmış olup 522 gebenin oluşturduğu örneklem grubu için iç tutarlılık analizinde Cronbach Alfa katsayısı 0.85 bulunmuştur, ölçek 17 sorusu üçlü likert tipinde 18. Sorusu açık uçlu olmak üzere madde sayısı aynı kalmıştır (Yüksel et al., 2011).(EK 2)

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği 1979 yılında Lederman tarafından doğum öncesi dönemdeki gebelerin anneliğe uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçek olup Cronbach Alpha katsayıları 0.75 ile 0.94 arasında değişen değerlerdedir (Lederman 1979; Lederman & Wels, 2009). Ölçeğin Türkçe'ye

geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesi 2006 yılında Mete ve Beydağ tarafından 405 gebe üzerinde yapılmıştır. Beydağ ve Mete'nin çalışması ile ölçeğin iç tutarlık katsayısı yüksek düzeyde ($\alpha=0.81$), alt grupların iç tutarlık güvenilirlik katsayıları 0.72 ile 0.85 arasında bulunmuş ve ölçeğin ülkemiz için geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır (Beydağ & Mete, 2008) .

PKDÖ, 79 maddeli ve 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin gebenin kendisi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, doğuma hazıroluş, doğum korkusu, kendi annesi ile ilişkisinin durumu ve eşi ile ilişkisinin durumu olarak gruplandırılan 7 alt boyutu bulunmaktadır. Her bir alt ölçek 10-15 arasında maddeden oluşmaktadır. PKDÖ' nin alt ölçeklerinin madde sayısı, soru numaraları ve alınabilecek en düşük ve en yüksek puanları ve Cronbach Alpha Katsayıları tabloda gösterilmiştir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. PKDÖ ve Alt Ölçeklerin, Madde sayıları, Soru numaraları, Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar ve Cronbach Alpha Katsayılar

PKDÖ ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Soru Numaraları	Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar	Cronbach Alpha Katsayılar
Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	10	12,16,17,30,41,51,57,63,68,71,	10-40	0.85
Gebeliğin kabulü	14	1,3,9,22,32,58,61,62,66,69,74, 76,77,79	14-56	0.80
Annelik rolünün kabulü	15	2,6,19,29,33,34,42,45,46,50,54,67,73,75,78,	15-60	0.76
Doğuma hazıroluş	10	7,13,24,25,26,38,47,48,56,72	10-40	0.72
Doğum korkusu	10	8,11,15,18,27,39,49,52,53,64	10-40	0.84
Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	10	14,20,21,28,31,37,44,55,59,65	10-40	0.82
Eşi ile ilişkisinin durumu	10	4,5,10,23,35,36,40,43,60,70	10-40	0.78
Toplam Ölçek	79		79-319	0.81

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'ndeki maddelerden 47'si ters yönlü maddedir. Ters yönlü maddeler şunlardır; 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. Ölçekteki her madde 4 dereceli değerlendirmeyle ölçülmektedir. Gebeliğe uyum 1'den 4'e (4: Çok fazla tanımlıyor, 3: Kısmen tanımlıyor, 2: Biraz tanımlıyor, 1: Hiç tanımlamıyor) kadar değişen puanların sonuçları hesaplanarak değerlendirilmektedir. Ters yönlü maddelerde puanlama tam tersi olarak yapılmaktadır. Ölçekten toplam; en az 79, en fazla 316 puan alınabilmektedir. Düşük puanlar gebeliğe uyum düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (EK 3).

3.6Uygulama

3.6.1Ön Uygulama

Kullanılacak olan ölçeklerin ve tanılama formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini test etmek için her iki hastanenin kadın doğum kliniğinde yatmakta olan toplam 4 gebeye ön uygulama yapılmıştır. Araştırmaya başlarken planlanan şekilde Gebe Tanılama Formu araştırmacı tarafından soru-cevap şeklinde doldurularak Prenatal Distress Ölçeği ve Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği gebelerin kendilerine verilerek doldurmaları istenmiştir. Ön uygulama sonucu gebelerin doldurması istenen ölçek formlarını tam doldurmadıkları, bazı soruları uzun buldukları ve/veya okumak istemedikleri görüldüğü için uygulamaya geçildiğinde her iki ölçeğin araştırmacı tarafından gebelere sorulmasının daha uygun olacağına karar verilmiş ve çalışmada tüm formlar araştırmacı tarafından gebelerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

3.6.2Araştırmanın Uygulanması

Araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı yazılı onam ile kabul eden gebelere, odalarında “Gebe Tanılama Formu”, daha sonra “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)” ve ‘Prenatal Distres Ölçeği’ araştırmacı tarafından gebelerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur Gebe Tanılama Formu” nun doldurulması ortalama 5-10 dakika ve “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği”nin doldurulması 20-25 dakika “Prenatal Distres Ölçeği”nin doldurulması 10-15 dakika olmak üzere verilerin toplanması toplam 35-45 dakika sürmüştür.

3.7 Araştırmanın Planı ve Takvimi

Literatür tarama ve tez konusunu belirleme (Şubat-Mart 2015)



Tez önerisine hazırlık (Mart-Nisan 2015)



Öneri sınavı (27 Nisan 2015)



Etik kurul izni (21 Mayıs 2015)



Kamu Hastaneler Birliği Beyoğlu Genel Sekreterliği İzni (03 Ağustos 2015)



Verilerin toplanması (8Ağustos 2015- 3 Ocak 2016)



Veri analizi ve rapor yazımı (Ocak 2016)



Tez bitirme sınavı (15 Şubat 2016)

3.8 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin dağılımlarını göstermek için sayı ve yüzdelikler; tanımlayıcı verilerin istatistiksel karşılaştırılmasında normal dağılıma uymayan veriler için Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla gruplar arasındaki sayısal verilerin karşılaştırılmasında ANOVA yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikleri için aritmetik ortalama, standart sapma gösterimi kullanılmıştır. Tablo gösterimlerinde ve yorumlamalarında, incelemeye konu olan bağımlı değişkenin bulunduğu pozisyon dikkate alınarak, satır ya da sütun yüzdeleri alınmıştır. Tüm analizler için yanılma düzeyi 0.05 olarak belirlenmiştir. Bu değerden küçük ya da eşit “p” değerleri için istatistiksel olarak anlamlı; büyük değerleri için istatistiksel olarak anlamlı değil yorumu yapılmıştır.

3.9 Araştırmada Yaşanan Güçlükler

Araştırmaya başlarken İstanbul ilinde yer alan bazı hastaneler ile izin için görüşülmüş ancak söz konusu kurumlarda çalışmanın yürütülebilmesi için tez danışmanı olarak klinikten bir hekimin görevlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bir hastane yönetimi ise kurum çalışanı olmayan araştırmacılara çalışma izni vermediklerini ifade etmiştir. Bu nedenlerden dolayı bu hastaneler araştırma planından çıkarılmışlardır.

Kamu Hastaneler Birliği Beyoğlu Genel Sekreterliği'ne bağlı üç hastane; İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum kliniklerinde araştırmayı yürütebilmek için yazılı izin alınabilmiştir. Araştırma için bu üç hastanede uygulamaya başlanmış ancak Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesi'nin kapasitesinin azaltılması nedeni ile söz konusu hastaneye riskli gebe kabulü yapılmayacağı belirtilmiştir. Bu nedenle bu hastane de çalışmadan çıkarılmıştır. Sınırlı sayıda gebeye ulaşılabildiği için veri toplama için ayrılan zaman bir ay uzatılmış ancak hedeflenen gebe sayısına ulaşılamamıştır.

3.10 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Koç Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.05.2015 tarih ve 2015.118.IRB3.053 karar no'lu etik kurul izni (Ek 5), Kamu Hastaneler Birliği Beyoğlu Genel Sekreterliği'nden 03.08.2015 tarih ve 36268 no'lu araştırma izni (Ek 6) ve İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden izin yazısı (EK 7) alınmıştır alınmıştır.

Çalışmaya katılan gebelere öncelikle çalışma detaylı bir şekilde anlatılmış ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan yazılı onam formu (EK 4) için hastaların isminin alınmaması, belirtildiğinden gebelerden isimsiz yazılı onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular tanımlayıcı bulgular ve yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeylerini etkileyen faktörlere ilişkin bulgular olmak üzere iki başlık altında verilmiştir.

Tanımlayıcı Bulgular

- Gebelerin sosyodemografik, obstetrik ve hastanede yatma özelliklerine ilişkin bulguları
- Gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerine ait puan ortalamaları
- Gebelerin Prenatal Distres Ölçeği [Revised Prenatal Distress Questionnaire (NUPDQ)] ne ait puan ortalamaları

Yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeylerini etkileyen faktörlere İlişkin bulgular

- Gebelerin sosyodemografik özellikleri ile Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği puanı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.
- Gebelerin obstetrik özellikleri ile Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular,
- Gebelerin hastanede yatmaya ilişkin özellikleri ile Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular
- Gebelerin Prenatal Distress puanları ile Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

4.1 Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1 Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	S	%
Yaş		
18-24	11	21.6
25-34	27	52.9
35 ve üzeri	13	25.5
Yaş ortalaması (min,max)	$\bar{X} \pm SS=30.1 \pm 6.5$	(19-45)
Eğitim Durumu		
Okuryazar	5	9.8
İlköğretim	22	43.1
Lise	19	37.3
Üniversite	5	9.8
Son 6 ay içinde çalışma durumu		
Çalıştım	20	39.2
Çalışmadım	31	60.8
Medeni Hali	51	100.0
Evli	50	98.0
Bekar	1	2.0
Evlilik Süresi		
1-3 yıl	17	34.0
4-7 yıl	13	26.0
8-12 yıl	10	20.0
13 yıl ve üzeri	10	20.0
Evlilik yılı ortalaması	$\bar{X} \pm SS=7.2 \pm 5.6$	(1-21)
Eşinin yaşı		
18-24	2	4.0
25-34	29	58.0
35 ve üzeri	19	38.0
Eşin yaş ortalaması	$\bar{X} \pm SS=34.0 \pm 7.4$	(22-65)
Eşin eğitim durumu		
Okur-Yazar değil	1	2.0
Okuryazar	1	2.0
İlköğretim	25	48.0
Lise	19	38.0
Üniversite	5	10.0
Eşin çalışma durumu		
Çalışıyor	47	94.0
Çalışmıyor	3	6.0
Sosyal Güvence Varlığı		
Yok	10	19.6
Var	41	80.4
Ailenin gelir düzeyi algısı		
İyi (gelir giderden fazla)	3	5.9
Orta (gelir gidere denk)	35	68.6
Kötü (gelir giderden daha az)	13	25.5
Toplam	51	100.0

Tablo 4.1.1' de gebelerin ortalama yaşlarının 30.1 ± 6.5 olduğu, %52.9'unun 25-34 yaş grubu aralığında, %98'inin evli, % 66'sının 4 yıl ve üzeri ve ortalama 7.2 ± 5.6 yıldır evli oldukları, %47.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu ve %60.8'inin gelir getiren bir işte çalışmadığı görülmektedir. Gebelerin eşlerinin ise %58'inin 25-34 yaş grubunda ortalama yaşlarının 34.0 ± 7.4 olduğu , %48'inin ilköğretim mezunu olduğu ve % 94'ünün gelir getiren bir işte çalıştığı görülmektedir. Gebelerin %10'u sosyal güvenceleri olmadığını belirtirken, yalnızca % 5.9'u gelir durumunu iyi olarak algıladığını ifade etmiştir.



Tablo 4.1.2. Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	S	%
Gebelik haftası		
20-24 hafta	5	9.8
25-30 hafta	15	29.4
31-37 hafta	31	60.8
Ortalama gebelik haftası	$\bar{X} \pm SS = 31.6 \pm 4.7 (21-40)$	
Gebelik süresince ilaç kullanma durumu		
Evet	19	37.3
Hayır	32	67.7
Gebeliğin planlanma durumu		
Planlı	23	45.1
Plansız	23	45.1
Tedavi ile	5	9.8
Toplam gebelik sayısı		
İlk gebelik	19	37.9
2	11	21.6
3	9	17.6
4	4	7.8
5 ve üzeri	8	14.8
Ortalama gebelik sayısı	$\bar{X} \pm SS = 2.6 \pm 2.3 (1-15)$	
Önceki gebeliklerin sonlanma şekli (n:32)*		
Miadında doğum	17	33.3
Erken doğum	9	17.6
Ölü doğum / düşük	6	11.8
Yaşayan çocuk sayısı		
Yok	25	49.0
1	14	27.5
2	10	19.6
3	2	3.9
Ortalama yaşayan çocuk sayısı	$\bar{X} \pm SS = 0.78 \pm 0.9 (0-3)$	
Önceki gebelik ile bu gebelik arasındaki süre (n:32)*		
24 aydan az	14	43.75
24 aydan fazla	18	56.25
Toplam	51	100.0

* Bu soruya yanıt verenlerin sayısıdır.

Gebelerin obstetrik özelliklerini inceleyen Tablo 4.1.2' ye bakıldığında gebelerin ortalama 31.6 ± 4.7 ve %60.8'inin 31-37. gebelik haftaları arasında olduğu,

%67.7'sinin gebelik boyunca sürekli bir ilaç kullanmadıkları, % 45.1'inin planlı gebelik yaşadığı, ve % 9.5'inin tedavi sonucu gebe olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin %37.3' ünün ilk gebeliği olduğu, ortalama 2.6 ± 2.3 gebelik yaşadıkları, %7.8'inin 4, %14.8'inin gebelik sayısının 5 ve üzerinde olduğu, %33.3'ünün önceki gebeliklerinin miadında doğum ile sonuçlandığı, gebelerin %17.6'sında erken doğum, %11.8'inde ölü doğum veya düşük öyküsü bulunduğu görülmektedir. Gebelerin %56.2'sinin bir önceki gebeliğinin üzerinden 24 ay geçmiş olduğu ve % 25'inin yaşayan çocuğu bulunmadığı görülmektedir.



Tablo 4.1.3. Gebelerin Hastanede Yatma Özelliklerine İlişkin Özelliklerinin İsmi (n:51)

Özellikler	n	%
Gebenin Yatak istirahati gerektiren tanısı		
Fetüs, plasenta ve eklerine ilişkin sorunlar*	36	70.6
Gebelik öncesi varolan ya da gebelikte ortaya çıkan sistemik hastalıklar**	15	29.4
Hastanede yatma gün sayısı		
5	25	49.0
6	13	25.5
7 ve üzeri	13	25.5
Ortalama hastanede yatma gün sayısı	$\bar{X} \pm SS= 6.3 \pm 2.5(5-20)$	
Bu gebelikte daha önce hastaneye yatma durumu		
Evet	14	27.5
Hayır	37	72.5
Önceki gebeliklerinde hastanede yatma durumu (n: 32)***		
Evet	20	62.5
Hayır	12	37.5
Hastanede yatma ile ilgili endişe duygusunun nedenleri****		
İşimden uzak olma	5	9.8
Yalnız başıma uyuma	27	52.9
Evden uzak olma	38	74.5
Aileden uzak kalma	40	78.4
Başkalarına bağımlı olma	26	51.0
Evdeki çocukların bakımı hakkında endişelenme	24	47.1

* Plasenta Previa, Erken Doğum Tehdidi, Preterm Prematür Membran Ruptürü, IUGG

** Preeklampsi, Proteinüri+ Preeklampsi, Gestasyonel Diyabet, Epilepsi

*** Bu soruya yanıt verenlerin sayısıdır.

**** Gebeler birden fazla cevap verebilmişlerdir, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.1.3'te hastanede yatan gebelerin % 70.6'sının fetüs, plasenta ve eklerine ilişkin sorunlar nedeniyle yatak istirahatinde olduğu, ortalama 6.3±2.5 gündür hastanede yattıkları ve %49'unun 5 gündür hastanede yattığı, %72.5'inin bu gebeliğinde, %37.5'inin önceki gebeliğinde hastaneye yatmadığı, % 62.5 gebede önceki gebeliklerde hastaneye yatma öyküsünün bulunduğu görülmüştür. Gebelerin

% 78.4 'ü aileden uzak kalma, %74.5'i evinden uzak olma nedeni ile üzüntü/endişe yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.1.4 Gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği(PKDÖ) ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı(n:51)

PKDÖ ve Alt Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Maks.
Gebeliğin Kabulü	22.41±6.40	14.00	42.00
Annelik Rolünün Kabulü	24.23±.78	15.00	39.00
Kendi ve Bebeğinin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri	29.39±7.56	14.00	40.00
Doğum Korkusu	25.66±6.19	12.00	38.00
Doğuma Hazıroluş	24.50±5.71	15.00	36.00
Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu	16.19±4.78	10.00	35.00
Eşi ile İlişkisinin Durumu	21.08±6.4	11.00	40.00
Toplam	166.50±25.11	122.00	238.00

Tablo 4.1.4'te gebelerin PKD Ölçeği toplam puan ortalamasının 166.50±25.11 olduğu görülmektedir. Gebelerin bu ölçekten en düşük 79.00 en yüksek 316.00 puan alabildikleri, puan düştükçe gebeliğe uyumlarının arttığı ele alındığında; alınan toplam puanın ortalamanın biraz üzerinde bulunduğu ve gebelerin gebeliğe uyumda sorun yaşadıkları görülmektedir. Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin alt ölçeklerine baktığımızda; kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri alt ölçek puan ortalaması 29.39±7.56, doğum korkusu alt ölçek puan ortalaması 25.66± 6.19, doğuma hazıroluş alt ölçek puan ortalaması 24.50±5.71 olarak bulunmuştur ve bu alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 10 ve en yüksek puan 40 olarak belirtilmiştir. Bu durumda bu gebelerin kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri, doğum korkusu ve doğuma hazıroluş alt boyutlarının gebeliğe uyum sürecini olumsuz etkilediği söylenebilmektedir. Gebeliğin kabulü alt ölçek puan ortalaması 22.41±6.40 olduğu saptanan gebelerde bu alt ölçek için alabilecekleri en düşük puan 14 en yüksek puan 56 'dır. Bu durumda gebelerin gebeliğin kabulü alt ölçek puan ortalaması ortalamanın biraz üzerinde bulunduğu görülmektedir Gebelerde, annelik rolünün kabulü alt ölçek puan ortalamasının

24.23±.78 olarak saptanmış ve gebelerin bu alt ölçekten ise en az 15, en fazla 60 puan alabildikleri bilinmektedir. Bu durumda gebelerin annelik rolünün kabulünün ortalama değerler arasında olduğu ve bu alt boyut açısından diğer alt ölçeklere göre çok fazla sorun yaşamadıkları söylenebilir. Gebelerin kendi annesi ile ilişkisinin durumu alt ölçek puan ortalaması 16.19±4.78 ve eşi ile ilişkisinin durumu alt ölçek puan ortalaması 21.08±6.4 olarak belirlenmiştir. Her iki alt ölçekte en düşük 10 puan en yüksek 40 puan alabildikleri göz önüne alındığında gebelerin eş ve anneleri ile ilişkileri bakımından gebeliğe uyum süreçlerinin olumsuz etkilenmediği yorumu yapılabilmektedir.

Tablo 4.1.5. Gebelerin Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)nden aldıkları Puan Ortalamaları

PDÖ	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Maks.
Prenatal Distres Ölçeği	18.76±5.04	10.00	27.00

Tablo 4.1.5'te görüldüğü gibi gebelerin PDÖ puan ortalamaları 18.76±5.04'dir. En düşük 0 ve en yüksek 34 puan alabildikleri ve puan arttıkça gebelerin prenatal distres düzeylerinin arttığı bilinmektedir. Bu durumda gebelerde prenatal distres düzeyi yüksek kabul edilebilir.

4.2Yatak İstirahatinde Olan Gebelerin Gebeliğe Uyum Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1 Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı

		<i>Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği –Alt ölçekler</i>							
Sosyo-Demografik Özellikler		<i>Gebeliğin kabulü</i>	<i>Annelik rolünün kabulü</i>	<i>Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri</i>	<i>Doğum korkusu</i>	<i>Doğuma hazıroluş</i>	<i>Kendi annesi ile ilişkisi</i>	<i>Eşi ile ilişkisi</i>	<i>PKDÖ Toplam Puanı</i>
Yaş	N	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
18-24	11	24.27±6.97	24.54±4.27	29.18±6.70	25.63±5.78	22.81±5.99	15.63±4.75	19.90±6.41	157.54±11.90
25-34	27	22.22±6.11	24.37±4.90	31.00±7.31	25.96±6.76	24.96±5.66	16.40±5.24	21.66±6.82	170.81±30.11
35 ve üzeri	13	21.23±6.67	23.69±5.28	26.23±8.27	25.07±5.66	25.00±5.75	16.23±4.06	20.83±6.01	165.15±20.71
F/p*		.68/.50	.11/.89	1.80/.17	.08/.91	.60/.55	.09/.90	.29/.74	1.12/.33
Eğitim Durumu									
Okuryazar	5	22.00±5.19	22.00±1.58	29.20±6.76	26.40±5.17	26.20±6.14	17.00±3.39	23.00±6.00	168.80±26.70
İlköğretim	22	21.81±5.19	23.63±4.07	31.72±6.31	27.50±5.09	24.86±5.73	16.81±5.86	20.81±5.76	170.54±20.70
Lise	19	23.21±7.67	25.26±5.59	28.21±8.52	24.52±6.32	24.78±5.58	14.84±3.41	20.47±6.34	161.63±24.56
Üniversite	5	22.40±8.53	25.20±6.45	23.80±7.62	21.20±9.25	20.20±5.44	17.80±5.21	23.00±12.05	165.50±25.11
F/p*		.16/.92	.82/.48	1.85/.15	1.83/.15	1.1/.34	.85/.47	.31/.81	.43/.73
Evlilik Süresi									
1-3 yıl	17	21.94±6.37	24.29±4.60	26.58±7.28	24.52±6.53	23.52±6.54	16.88±5.20	19.64±6.40	158.82±23.68
4-7 yıl	13	21.23±4.86	22.69±2.83	30.76±7.07	25.69±5.15	24.00±5.00	14.07±2.66	20.83±6.20	163.76±18.24
8-12 yıl	20	21.60±4.24	24.40±3.37	30.80±8.58	25.50±7.15	24.50±6.18	15.50±3.50	20.60±4.76	164.80±21.97
13 yıl ve üzeri		24.10±8.69	24.80±6.95	30.50±7.73	26.70±5.92	26.60±5.08	17.70±6.34	22.40±6.20	177.70±27.35
F/p*		.45/.71	.49/.68	1.09/.36	.266/.85	.621/.60	1.44/.24	.44/.72	1.45/.23
Eşin eğitim durumu									
Okuryazar değil	1	31.00± --	22.00± --	32.00± --	28.00± --	25.00± --	16.00± --	20.00± --	177.00± --
Okuryazar	1	19.00± --	23.00± --	36.00± --	32.00± --	33.00± --	21.00± --	32.00± --	199.00± --
İlköğretim	24	20.83±5.48	23.95±4.71	29.33±7.53	25.45±5.43	23.08±5.49	15.66±4.03	20.95±6.19	164.33±18.68
Lise	19	24.21±6.61	24.47± 4.81	30.47±7.26	26.15±6.89	26.57±5.52	17.10±5.63	19.94±5.67	169.73±25.61
Üniversite	5	19.20±4.96	23.00±4.53	22.80±8.61	21.00±5.38	21.20±5.60	12.80±2.94	20.00±5.14	141.800±22.72
F/p*		1.81/.14	.16/.95	1.27/.95	1.07/.37	2.11/.09	1.16/.33	1.02/.40	2.27/.07

Tablo 4.2.1 (Devam) Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler		<i>Gebeliğin kabulü</i>	<i>Annelik rolünün kabulü</i>	<i>Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri</i>	<i>Doğum korkusu</i>	<i>Doğuma hazıroluş</i>	<i>Kendi annesi ile ilişkisi</i>	<i>Eşi ile ilişkisi</i>	<i>PKDÖ Toplam Puanı</i>
Eşinin yaşı	<i>n</i>	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
18-24	2	29.00±8.48	23.00±1.41	24.50±7.77	25.50±7.77	17.00±1.41	13.50±3.53	14.50±2.12	154.00±16.97
25-34	2	22.31±6.15	24.48±4.32	29.89±7.73	25.24±6.89	24.65±5.95	15.86±5.44	20.72±6.18	164.48±26.99
35 ve üzeri	19	21.10±5.69	23.36±5.07	28.89±7.62	25.78±4.79	24.9±5.34	16.57±3.50	21.33±5.53	167.15±17.15
<i>F/p*</i>		1.57/.21	.38/.68	.50/.60	.04/.95	1.82/.17	.42/.65	1.21/.30	.30/.73
Ailenin gelir düzeyi algısı									
İyi	3	28.00±8.66	26.33±6.65	36.00±2.64	29.66±7.37	29.66±3.78	21.33±11.84	23.66±8.62	198.33±35.64
Orta	35	22.08±6.33	24.34±4.59	28.74±7.82	25.25±6.42	24.54±6.23	15.37±3.85	20.45±5.73	162.42±22.10
Kötü	13	22.00±6.01	23.46±5.15	29.61±7.20	25.84±5.41	23.23±3.87	17.23±4.51	22.25±8.12	170.15±26.77
<i>F/p*</i>		1.22/.30	.45/.63	1.29/.28	.69/.50	1.58/.21	2.72/.07	.59/.55	3.28/.04
	N	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean
Son 6 ay içinde gelir getiren bir işte çalışma durumu									
Çalıştım	20	21.85	21.05	23.73	23.80	24.90	24.78	20.16	22.55
Çalışmadım	31	28.68	29.19	27.47	27.42	26.71	26.79	28.77	28.23
<i>Z / p**</i>		-1.60/.10	-1.91/.05	-.88/.37	-.85/.39	-.42/.67	-.47/.63	-2.03/.04	-1.33/.18
Eşin çalışma durumu									
Çalışıyor	47	25.54	25.16	25.09	25.21	25.36	25.24	24.51	25.17
Çalışmıyor	3	24.83	30.83	32.00	30.00	27.67	29.50	32.50	30.67
<i>Z / p**</i>		-.08/.93	-.65/.51	-.80/.42	-.55/.58	-.26/.79	-.49/.62	-.94/.34	-.63/.52
Sosyal Güvence Varlığı									
Yok	10	27.10	34.95	25.45	25.55	20.95	29.80	30.35	32.20
Var	41	23.29	23.82	26.31	26.11	27.23	25.07	24.29	24.49
<i>Z / p**</i>		-2.6/.008	-2.13/.033	-.13/.89	-.10/.91	-1.2/.23	-.90/.36	-1.17/.23	-1.47/.14

Tablo 4.2.1'e bakıldığında gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin toplam ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ile gebelerin yaş grupları, eğitim düzeyi, evlilik süresi, gebenin eşinin yaşı ve eğitim durumu, gebelerin kendilerinin ve eşlerinin çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamsız ilişki saptanırken($p>0.05$), gebelerin kendilerine ait sosyal güvence varlığı ile gebeliğin kabulü ve annelik rolünün kabulü alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre kendisine ait sosyal güvencesi olan gebelerin gebeliğin kabulü ve annelik rolünün kabulü puan ortalamaları sosyal güvencesi olmayan gebelere göre daha düşük, prenatal uyumları ise daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2 Gebelerin Obstetrik Özelliklerine göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı

		<i>Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği –Alt ölçekler</i>							
Obstetrik Özellikler		<i>Gebeliğin Kabulü</i>	<i>Annelik rolünün kabulü</i>	<i>Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri</i>	<i>Doğum korkusu</i>	<i>Doğuma hazırlaş</i>	<i>Kendi annesi ile ilişkisi</i>	<i>Eşi ile ilişkisi</i>	<i>PKDÖ Toplam Puanı</i>
Gebelik Haftası	N	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
20-24 hafta	5	26.20±9.78	24.60±4.56	25.50±8.09	24.80±4.76	20.80± 4.76	16.80 ± 10.4	20.80 ± 8.40	163.80 ± 39.91
25-30 hafta	15	20.86±4.06	24.60±4.56	31.26±7.33	26.26±6.89	25.53±6.89	15.60 ± 4.11	19.20 ± 3.12	162.86 ± 5.01
31-37 hafta	30	22.54±6.64	24.00±5.04	29.19±7.52	25.51±6.19	24.61±5.32	16.38 ± 3.93	22.06 ± 6.4	168.70 ± 25.4
F/p*		1.33/.27	.09/.91	1.33/.27	.12/.88	1.31/.27	.17/.84	.99/.37	.29/.74
Gebeliğin planlanma durumu									
Planlı	22	21.08±3.12	23.65±4.18	31.95±5.63	27.00±5.10	25.95±5.62	15.04±3.39	20.95±5.94	168.86±19.06
Plansız	23	24.73±8.30	25.21±5.43	26.08±8.56	24.30±6.95	23.30±5.43	17.69±5.70	21.60±7.19	165.78±30.32
Tedavi ile	5	17.80±3.27	22.40±4.03	32.80±4.76	25.80±6.97	23.40±7.02	14.60±4.56	19.2±5.93	159.00±26.87
F/p*		3.66/.033	1.02/.36	4.59/0.15	1.36/.26	1.09/.34	2.17/.12	.28/.75	.32/.72
Toplam gebelik sayısı									
İlk gebelik	19	20.68±4.98	23.57±4.07	27.47±7.44	24.31±6.26	24.63±6.34	15.36±4.76	19.16±5.09	160.84±22.25
2	11	24.00±7.45	24.27±6.24	29.72±7.07	25.72±7.52	22.81±5.74	18.09±4.20	21.27±8.83	166.09±32.05
3	9	24.33±8.29	25.88±5.90	28.33±7.07	24.77±5.21	23.77±4.63	13.88±2.61	21.44±4.82	164.55±23.14
4	4	21.50±2.38	23.00±3.91	32.75±4.71	28.00±7.61	28.75±7.27	15.25±0.95	22.75±4.78	179.25±17.53
5 ve üzeri	8	22.41±6.40	24.50±3.66	33.00±7.03	28.62±4.13	25.25±4.39	18.62±7.08	23.87±7.80	176.37±26.91
F/p*		.72/.58	.41/.81	1.00/.41	.86/.49	.85/.49	1.74/.15	.83/.51	.81/.52
Önceki gebeliklerin sonlanma şekli (n=32)									
Miadında doğum	17	22.58±6.17	23.88±3.77	29.88±8.68	26.00±6.82	24.29±5.70	16.94±5.55	21.23±5.01	166.05±27.23
Erken doğum	9	26.00±7.84	25.77±6.13	31.88±6.58	27.88±4.16	26.11±5.32	15.55±2.12	23.77±5.93	174.77±10.63
Ölü doğum / düşük	6	22.00±8.04	25.00±7.53	30.33±5.98	25.66±7.00	22.33±4.63	17.66±5.81	22.33±12.4	173.33±40.85
F/p*		.85/.43	.39/.66	.20/.81	.33/.72	.88/.42	.38/.68	.38/.68	.38/.68

Tablo 4.2.2 (Devam)Gebelerin Obstetrik Özelliklerine göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Obstetrik Özellikler	<i>Gebeliğin Kabulü</i>	<i>Annelik Rolünün Kabulü</i>	<i>Kendi ve bebeğinin sağlığına ilişkin düşünceleri</i>	<i>Doğum korkusu</i>	<i>Doğuma hazıroluş</i>	<i>Kendi annesi ile ilişkisi</i>	<i>Eşi ile ilişkisi</i>	<i>PKDÖ Toplam Puan</i>	
	N	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	
Gebelik süresince ilaç kullanma durumu									
Evet	19	23.87	20.71	25.47	25.45	27.24	27.26	25.58	22.58
Hayır	32	27.27	29.14	26.31	26.33	25.27	25.25	25.45	28.03
Z / p**		-0.79/.48	-1.96/.050	-0.19/.84	-0.20/.83	-0.45/.64	-0.47/.63	-0.03/.97	-1.27/.20
Önceki gebelik ile bu gebelik arasındaki süre* (n=32)									
24 aydan az	14	17.14	17.75	18.36	16.96	14.82	19.43	17.25	16.82
24 aydan fazla	18	16.00	15.53	15.06	16.14	17.81	17.81	15.92	16.25
Z / p		-0.34/.73	-0.66/.50	-0.99/.31	-0.24/.80	-0.89/.37	-1.57/.11	-0.40/.68	-0.17/.86
Yaşayan çocuk sayısı									
Yok	25	22.48	24.54	22.92	23.40	24.76	24.44	21.79	23.24
1- 3	26	29.38	27.40	28.96	28.50	27.19	27.50	28.82	28.65
Z / p**		-1.66/.96	-0.69/.49	-1.45/.14	-1.22/.22	-0.58/.55	-0.73/.46	-1.73/.08	-1.30/.19

* ANOVA , ** Mann Whitney U test

Tablo 4.2.2 incelendiğinde gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ile gebelik haftası, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve önceki gebelik ile arada geçen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Gebelerin kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri ve gebeliğin kabulü alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ile gebeliğin planlanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durumda planlayarak veya tedavi ile gebe kalan kadınların, plansız gebe kalan kadınlara göre daha uyumlu oldukları söylenebilmektedir. Gebelerin kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri alt ölçeğinden almış olduğu puanlara göre gebeliğin planlanma durumu incelendiğinde ise planlı veya tedavi ile gebe kalan kadınların puanlarının plansız gebe kalan kadınlara göre daha yüksek olduğu, uyumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.3 Gebelerin Hastanede Yatma Özelliklerine göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastanede Yatma Özellikleri	N	Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği –Alt ölçekler							PKDÖ Toplam Puanı
		Gebeliğin kabulü	Annelik rolünün kabulü	Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	Doğum korkusu	Doğuma hazıroluş	Kendi annesi ile ilişkisi	Eşi ile ilişkisi	
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Hastanede yatış gün sayısı									
5	25	23.08±7.57	24.24±5.13	29.20±8.35	24.96±5.92	23.84±5.51	16.44±5.36	21.28±7.27	163.84±26.64
6	13	21.53±4.90	23.92±4.68	29.23±6.56	26.38±6.06	26.69±5.21	16.30±4.38	20.92±3.98	168.23±20.54
7 ve üzeri	13	22.00±5.46	24.53±4.78	29.92±6.56	26.30±7.12	23.61±6.41	15.61±4.19	20.83±7.25	169.92±27.49
F / p*		.27/.76	.05/.95	.04/.96	.31/.73	1.29/.28	.12/.88	.02/.99	.28/.75
	N	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean
Önceki gebeliklerde hastanede yatma durumu (n=32)									
Evet	20	18.68	16.85	18.60	19.15	18.83	16.90	17.90	19.15
Hayır	12	12.88	15.92	13.00	12.08	12.63	15.83	14.17	14.17
Z / p*		-1.69/.08	-.27/.78	-1.65/.09	-2.07/.038	-1.81/.07	-.31/.75	-1.09/.27	-2.08/.038
Gebenin Yatak istirahati gerektiren Tanısı									
Fetüs, plesanta ve eklerine ilişkin sorunlar	36	25.86	27.68	26.64	26.56	26.56	24.08	24.51	25.68
Gebelik öncesi varolan/ gebelikte görülen sistemik hastalıklar	15	26.40	21.97	24.47	24.67	24.67	30.60	28.04	26.77
Z / p*		-.12/.90	-1.25/.21	-.47/.63	-.41/.67	-.41/.67	-1.43/.15	-.769.44	-.23/.81

Tablo 4.2.3 (Devam) Gebelerin Hastanede Yatma Özelliklerine göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastanede Yatma Özellikleri	<i>Gebeliğin kabulü</i>	<i>Annelik rolünün kabulü</i>	<i>Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri</i>	<i>Doğum korkusu</i>	<i>Doğuma hazıroluş</i>	<i>Kendi annesi ile ilişkisi</i>	<i>Eşi ile ilişkisi</i>	<i>PKDÖ Toplam Puanı</i>	
	N	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	
Bu gebelikte daha önce hastaneye yatma durumu									
Yok	34	24.54	24.34	22.90	23.35	25.00	24.78	24.48	23.63
1- 3	14	24.39	24.89	28.39	27.29	23.29	23.82	22.86	26.61
Z / p**		-03/.97	-12/.90	-1.24/.21	-.88/.37	-.38/.69	-.21/.82	-.37/.70	-.67/.50
Hastanede yatma ile ilgili endişe duyma durumları									
İşimden uzak olma (n= 20)									
Evet	5	8.00	11.10	11.10	11.40	11.40	6.80	12.10	8.60
Hayır	15	11.33	10.30	10.57	10.30	10.20	11.73	9.25	11.13
Z / p		-1.09/.27	-.26/.79	-.08/.92	-.26/.79	-.39/.69	-1.62/.10	-.97/.32	-.83/.40
Yalnız başıma uyuma (n= 51)									
Evet	27	26.02	28.11	27.81	28.83	24.65	24.09	27.37	26.83
Hayır	24	25.98	23.63	23.96	22.81	27.52	28.15	23.30	25.06
Z / p		-.009/.99	-1.07/.28	-.92/.35	-1.44/.14	-.69/.49	-.97/.32	-.98/.32	-.42/.67
Evden uzak olma (n= 51)									
Evet	38	24.76	24.66	27.13	26.67	25.01	23.24	25.34	25.22
Hayır	13	29.62	29.92	22.69	24.04	28.88	34.08	26.00	28.27
Z / p		-1.02/.30	-1.10/.26	-.93/.35	-.55/.58	-.81/.41	-2.28/.022	-.13/.89	-.64/.52

Tablo 4.2.3 (Devam)Gebelerin Hastanede Yatma Özelliklerine göre Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastanede Yatma Özellikleri		<i>Gebeliğin kabulü</i>	<i>Annelik rolünün kabulü</i>	<i>Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri</i>	<i>Doğum korkusu</i>	<i>Doğuma hazıroluş</i>	<i>Kendi annesi ile ilişkisi</i>	<i>Eşi ile ilişkisi</i>	<i>PKDÖ Toplam Puanı</i>
	N	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean
Aileden uzak kalma (n= 51)									
Evet	40	26.19	25.30	29.28	28.56	26.75	24.25	25.41	27.35
Hayır	11	25.32	28.55	14.09	16.68	23.27	32.36	25.85	21.09
Z / p		-17/.86	-.64/.52	-3.01/.003	-2.35/.019	-.68/.49	-1.61/.10	-.85/.93	-1.24/.21
Başkalarına bağımlı olma (n= 51)									
Evet	26	27.54	29.38	27.13	26.63	27.33	25.96	27.60	27.81
Hayır	25	24.40	22.48	24.82	25.34	24.62	26.04	23.40	24.12
Z / p		-.75/.44	-1.66/.09	-.55/.57	.65/.51	-.01/.98	-1.02/.30	-.88/.37	-.31/.75
Evdeki çocukların bakımı hakkında endişelenme (n=30)									
Evet	24	15.73	14.98	16.67	15.50	14.94	15.02	15.02	15.65
Hayır	6	14.58	17.58	10.83	5.50	17.75	17.42	14.92	14.92
Z / p		-.28/.77	-.65/.51	-1.46/.14	.00/1.00	-.70/.48	-.60/.54	-.027/.97	-.18/.85

* ANOVA , ** Mann Whitney U test

Tablo 4.2.3 incelendiğinde, prenatal kendini değerlendirme ölçeği toplam ölçek puan ortalaması ve alt ölçeklerin puan ortalamaları ile gebelerin hastanede yatış gün sayısı, mevcut gebeliklerinde daha önce hastaneye yatma durumları ve yüksek riskli gebelik tanıları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

PKDÖ toplam ölçek puan ortalaması ve doğum korkusu alt ölçek puan ortalaması ile önceki gebeliklerde hastaneye yatma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Önceki gebeliklerinde hastaneye yatmış olan gebelerin doğum korkusu alt ölçek puan ortalaması ile toplam ölçek puan ortalaması daha yüksek, prenatal uyum düzeyleri daha düşük bulunmuştur($p<0,05$).

Gebelerin hastanede yatmaya ilişkin endişe duyma durumları ve endişe duyulan konular incelendiğinde,

- İşlerinden uzak olma ($n=20$), nedeniyle endişe duyma durumu ile prenatal kendini değerlendirme toplam ölçek puan ortalaması ve alt ölçekler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

- Gebelerin evlerinden uzak olma nedeniyle endişe duyma durumları ile kendi annesi ile ilişkisinin durumu alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.05$). Bu durumda evlerinden uzak olma nedeniyle endişe duyan gebelerin anneleri ile ilişkilerinin durumu alt ölçek puan ortalaması düşük, prenatal uyum düzeyleri yüksek olarak belirlenmiştir. Diğer bir deyişle kendi annesi ile ilişkileri iyi düzeyde olan gebelerin evlerinden uzak olma nedeni ile daha fazla endişe duydukları söylenebilir.

- Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceler alt ölçeği puan ortalaması ve doğum korkusu alt ölçeği puan ortalaması ile gebelerin ailelerinden uzak kalma nedeniyle endişe duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki varlığı saptanmıştır($p<.05$). Buna göre ailelerinden uzak olma nedeniyle endişe duyan gebelerin doğum korkusu ve kendi ve bebeğinin

sağlığı ile ilgili düşünceler puan ortalamaları yüksek, prenatal uyum düzeyleri düşük bulunmuştur.

- Gebelerin hastanede kalmaya bağlı başkalarına bağımlı olma nedeni ile endişe duyma durumları ile PKDÖ toplam ölçek ve alt ölçekler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.2.4 Gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Prenatal Distres Puanı Ortalamalarının Dağılımı

PKDÖ puanı	<i>Prenatal distress toplam puanı</i>	
	<i>r*</i>	<i>P</i>
Gebeliğin kabulü	.387	.005
Annelik rolünün kabulü	.285	.043
Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	.278	.005
Doğum korkusu	.266	.059
Doğuma hazıroluş	.259	.066
Kendi annesi ile ilişkisi	.190	.183
Eşi ile ilişkisi	.126	.383
PKDÖ Total puan	.402	.003

Gebelerin PKDÖ ve alt ölçek puan ortalamalarına göre Prenatal Distres puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde; Prenatal Kendini Değerlendirme ölçeği Prenatal Distres toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. ($p<0.05$). Gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme ölçeği alt ölçek puan ortalamaları ile prenatal distres puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında ise gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, kendi ve bebeğin sağlığı ile ilgili düşüncelerin

kabulü alt ölçek puan ortalaması ile prenatal distres puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($p<0.05$) saptanırken, doğum korkusu, doğuma hazıroluş, kendi annesi ile ilişkisi ve eşi ile ilişkisi arasında anlamsız bir ilişki saptanmıştır ($p>0.05$). Gebelerin prenatal distres puanları arttıkça, gebeliğe uyum düzeyleri azalmaktadır.



5 TARTIŞMA

Gebeliğinin normalden saptığını ve hastanede yatması gerektiğini duymak gebe ve ailesi için oldukça güç bir durumdur. Kadının hem kendi sağlığı hem de doğacak bebeğinin sağlığı tehlike altındadır. Bunun yanı sıra kadın yatak istirahatine bağlı ortaya çıkabilecek fiziksel ve psikososyal yakınmalar ile karşı karşıyadır. Ancak bu süreçte gebeden yaşadığı sorunlarla başedebilmesi beklenmektedir. Fizyolojik bir olay olarak görülen gebelikte uyum süreci büyük önem taşırken istenmeyen durumlarla karşılaşıldığında bu gebeliğe uyum süreci daha da önem taşımaktadır. Bu nedenle çalışma riskli gebelik nedeni ile yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Günümüzde pek çok hastanede gebelikte yaşanan Erken Membran Ruptürü (EMR), prematür eylem gibi riskli durumlarda medikal tedavinin beraberinde tedaviye destek amaçlı yatak istirahati de kullanılmaktadır (Say et al., 1996; Aleman, et al., 2005; Arslan & Korkmaz, 2005; Pamuk & Arslan, 2009). Çalışmada da benzer şekilde gebelerin Plasenta Previa, Erken Doğum Tehdidi, Erken Membran Ruptürü (EMR), İntrauterin gelişme geriliği (IUGG), Preeklampsi, Proteinüri+Preeklampsi, Gestasyonel Diyabet ve Epilepsi tanıları ile ortalama 6.31 ± 2.5 gündür hastanede yatak istirahatinde tedavi aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1.3.). Literatürde daha önce komplikasyonlu gebelik geçiren gebelerin sonraki gebeliklerinde de komplikasyon yaşama olasılıklarının, riski olmayan gebelere göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (Taşkın, 2016; Kızılaya Beji, 2015; Gilbert & Harmon, 2002). Gebelerin yüzde, %62.5'inin önceki gebeliklerinde düşük ve/veya erken doğum tehdidi ile hastaneye yattıkları saptanmıştır (Tablo 4.1.3.). Çalışma bulgumuz da literatürü desteklemektedir.

Yapılan çalışmalarda gebelerin yatak istirahati ve aktivite kısıtlaması nedeniyle evlerindeki rollerinden uzak kaldıkları, evin ve ailenin bakımının genellikle eşler tarafından yürütülmesi nedeniyle stres yaşadıkları vurgulanmaktadır (Oskay, 2001; Arslan & Korkmaz 2005; Pamuk & Arslan

2009). Çalışmamızda literatür bilgisini destekler nitelikte hastanede olmaya bağlı olarak gebeler en fazla aileden uzak kalma (%78.4) evden uzak olma (%74.5), yalnız başlarına uyuma (%52.9) ve evdeki çocukların bakımı (%47.1) nedeni ile stres yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.1.3). Özellikle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerde; korku, anksiyete, güçsüzlük, bebeğin sağlığına ilişkin olumsuz düşüncelerin yanı sıra aileden uzak kalma, yalnızlık, bağımlılık, diğer çocuklar için endişelenme gibi yaygın sorunların görüldüğü ve sorunların postpartum 6. haftaya kadar devam edebildiği belirtilmektedir (Goldenberg et al., 1997; Maloni et al., 1993; Maloni, 2007; Maloni et al., 2002). Çalışmada hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ortalamasının altında ($\bar{X}=166.50\pm 25.11$) bulunmuştur (Tablo 4.1.4). Demirbaş (2014) tarafından sağlıklı gebeler ile yürütülen çalışmada gebelerin PKDÖ puan ortalamaları 147.87 ± 27.43 olarak belirlenmiştir (Demirbaş & Kadioğlu, 2014). Adölesan gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada ise PKDÖ toplam puan ortalaması 152.92 ± 27.78 olarak bulunmuştur (Evrenol Öçal, 2011). Serçekuş ve Mete (2010) tarafından sağlıklı gebelerde prenatal eğitimin gebeliğe uyuma etkisinin incelendiği başka bir çalışmada eğitim öncesi PKDÖ puan ortalaması 132 ± 13.7 olarak saptanmıştır (Serçekuş & Mete, 2010). Rutin doğum öncesi bakımda düşük riskli olarak belirlenmiş gebeler üzerinde yapılmış bir başka çalışmada ise, PKDÖ puan ortalaması 151.03 ± 29.27 olarak bulunmuştur (Choi-Hui, et al., 2012). Bu araştırmada elde edilen bulgular ile diğer çalışma sonuçları karşılaştırıldığında; yatak istirahatinde olan gebelerin yatak istirahatinde olmayan gebelere göre gebeliğe uyum düzeylerinin daha düşük olması beklenen bir sonuç olarak kabul edilmiştir. Bu durum, yatak istirahatindeki gebelerin gebeliğe uyumunu artıracak hemşirelik girişimlerine gereksinim olduğunu göstermektedir.

Kadının gebelik ve doğum sonu döneme psikososyal adaptasyonunu inceleyen çalışmalar, özellikle gebelik dönemine uyumun sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesinin doğum sonu dönemde uyumu kolaylaştırdığını bunun yanı sıra uyum sürecinin gebenin yaşı, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni

durumu, hastanede kalma süresi, kendi sağlığı ve bebeğinin sağlığının yanında diğer aile üyelerinin sağlığı ve algıladıkları sosyal destek gibi faktörlerden etkilendiğini belirtmektedir (Kiehl & White, 2003; Demirbaş & Kadioğlu, 2014; Yılmaz, 2012; Serçekuş & Mete, 2010; Emmanuel, et al., 2008).

Bu çalışmada kadınların gebeliğe uyum süreci ile sosyodemografik özelliklerden gebenin yaşı, evlilik süresi arasında anlamlı ilişki bulunmazken ($p>0.05$), ailenin gelir durumu ve kadının kendisine ait sosyal güvence varlığının gebeliğe uyumu etkilediği ($p<0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.2.1). Benzer şekilde Demirbaş (2014)'ın çalışmasında da gelir durumu iyi olan ve sosyal güvencesi olan kadınların gebeliğe uyum düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Demirbaş & Kadioğlu, 2014). Çalışmada gebenin eğitim durumunun gebeliğe uyum düzeyini etkilemediği bulunurken, Evrenol (2011) tarafından yapılan benzer çalışmada da sosyodemografik özelliklerin gebeliğe uyumda etkisinin olmadığı bulunmuştur (Evrenol Öçal, 2011). Bunun aksine bir başka çalışmada ise gebenin eğitim durumunun etkisi ortaya konmuştur (Demirbaş & Kadioğlu, 2014). Bu durum çalışmada alınan örneklem grubundaki gebelerin benzer sosyodemografik özelliklere sahip olmasından kaynaklanabilir. Örneklem grubunun %60'ının üniversite mezunu olduğu Serçekuş ve Mete (2010)'nin, çalışmasında gebelerin uyum düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Serçekuş & Mete, 2010). Bu sonuç eğitim düzeyi yüksek olan kadınların gebeliği planlama, istediği zamanda ve sayıda gebe kalma, doğum öncesi bakım alma, ortaya çıkabilecek sorunları erken saptama ve profesyonel yardım alma yetkinliklerinin eğitimin düzeyi düşük kadınlara göre daha fazla olmasından kaynaklandığını düşündürmüştür. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek kadınların iş bulma, gelir seviyesi daha iyi işlerde çalışma ve sosyal güvenceye sahip olma oranları eğitim seviyesi düşük kadınlara göre daha fazladır.

Literatürde gebenin doğurganlık özelliklerinin gebeliğe uyumu etkileyen önemli faktörler içinde yer aldığı belirtilmektedir (Lederman & Wels, 2009; Lee, Ayers, & Holden, 2012). Çalışmada gebelerin obstetrik özelliklerine göre PKDÖ toplam puanları incelendiğinde; gebelik haftası, toplam gebelik ve yaşayan çocuk sayısı gibi özellikler ile gebeliğe uyum düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmazken ($p>0.05$), önceki gebeliklerinde düşük ve/veya erken doğum tehdidi ile hastaneye yatma deneyiminin, gebelerin mevcut gebeliklerine uyum sürecini olumsuz olarak etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.2.) Gebeliğin planlanma durumunun gebeliğe uyumda istatistiksel olarak etkisi bulunmazken ($p>0.05$), gebeliğin kabulü ile kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri alt ölçeklerinde etkili olduğu ($p<0.05$) görülmektedir (Tablo 4.2.2.). Benzer şekilde konu ile ilgili yapılmış olan diğer çalışmalarda da gebeliğin planlanma durumunun gebeliğe uyum düzeyini anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur (Demirbaş & Kadioğlu, 2014; Evrenol Öçal, 2011) Ayrıca yapılan başka bir araştırmada anneliğe hazır olmayan gebelerin hazır olan gebelere göre depresyon puanları daha yüksek bulunmuş, istenen ve planlanan gebeliklerin annelik rolüne hazıroluş açısından etkili olduğu belirtilmiştir (Akbaş, 2006).

Gebelerin *gebeliğin kabulü* alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde kadınların gebeliği kabul etme düzeyleri ortalamasının üzerinde ($\bar{X} : 22.41 \pm 6.40$) bulunmuştur (Tablo 4.1.4). Sağlıklı gebelerin incelendiği bir çalışmada gebelik rolünün kabulü alt ölçek puan ortalamasının 23.12 ± 7.40 (Demirbaş & Kadioğlu, 2014), adölesan gebeler ile yapılan bir çalışmada 25.50 ± 7.6 (Evrenol Öçal, 2011) ve bulantı- kusma sorunu yaşayan kadınlarda yapılmış olan bir diğer çalışmada ise 21.8 ± 5.3 (Mutlugüneş, 2012) olarak saptanmıştır. Bu durumda hastanede yatak istirahatinde olan yüksek riskli gebelerin, gebeliğin kabul düzeylerinin genel ortalamaya göre yüksek olduğu söylenebilir.

Gebelerin *annelik rolünün kabulü* alt ölçek puan ortalaması biraz yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada 24.23 ± 4.78 olarak saptanan annelik rolünün kabulü alt ölçek puan ortalaması (Tablo 4.1.4), Demirbaş ve Kadioğlu (2014)'nın çalışmasında 25.95 ± 5.91 , Evrenol (2012)'un çalışmasında 26.50 ± 7.68 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmanın annelik rolünün kabulü alt ölçek puan ortalaması diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında biraz yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaların aksine gebelikte bulantı kusma şikayeti yaşayan gebeler ile yapılan Mutlugüneş' (2012) in çalışmasında 21.6 ± 5.3 olarak ortalamanın altında bulunmuştur (Demirbaş & Kadioğlu, 2014; Evrenol Öçal, 2011; Mutlugüneş, 2012).

Bu çalışmada, gebelik süresince erken doğum tehdidine karşı ilaç kullanmış olan kadınlarda annelik rolünün kabulü daha yüksek düzeyde belirlenmiştir (Tablo 4.2.2.). Lederman ve ark. (2013)'nın yatak istirahatindeki gebelerin psikososyal uyumu üzerine yaptıkları kalitatif bir çalışmada, gebelerin hastanede yatma ve yatak istirahatini acınası ve korkunç bir deneyim olarak ifade etmelerine karşın, doğum öncesi hastanede yatma ve yatak istirahatinin kadınların annelik rolünün gelişimi ve koruyucu annelik davranışlarının gelişmesinde olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir (Lederman, et al., 2013). Bu yönü ile çalışmadan elde edilen sonuçlar gebeliğin kabulü ve annelik rolünün kabulü sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Gebelerin *kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri* alt ölçek puan ortalaması genel puan ölçek ortalaması ile benzerlik göstererek daha yüksek 29.39 ± 7.56 bulunmuştur (Tablo 4.1.4). Hastanede yüksek riskli gebelik nedeni ile yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum konusunda en fazla sıkıntı yaşadıkları alanın kendi ve bebeğinin sağlığına ilişkin düşünceleri olarak saptanması beklenen bir sonuçtur.. Risksiz gebeler üzerinde Demirbaş (2014)'ın yaptığı çalışmada söz konusu alt ölçek puan ortalaması 23.33 ± 5.87 , adölesan gebeler ile yapılan bir çalışmada ise 25.55 ± 5.88 bulunmuştur (Evrenol Öçal, 2011). Diğer bir

çalışmada da gebelerin uyum süreçlerinde en fazla kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri alt boyutunda sorun yaşadıkları belirtilmiştir (Choi-Hui, et al., 2012). Erken doğum tehdidi tanısı almış olan gebelerde kaygı düzeyinin incelendiği bir başka çalışmada kadınların almış oldukları tanıya bağlı olarak kaygı düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Şen & Şirin, 2013). Öte yandan yapılan çalışmalar da gebenin yaşadığı sürekli kaygının erken doğum (Dunkel Schetter & Glynn, 2010), prematürürite, düşük doğum ağırlığı, gestasyon yaşına göre küçük bebek (Coucans-Read, et al., 2012), intrauterin gelişme geriliği, düşük APGAR skoru (Martini, et al., 2010) gibi olumsuz gebelik sonuçları ve fetal sağlığın bozulmasına neden olduğu belirtilmektedir. Bu durum gebe için kaotik bir döngü oluşturmakta ve bütüncül bakım gereksinimini göstermektedir.

Yüksek riskli gebelik nedeni ile tam aktivite kısıtlaması olan gebelerde bebeğini kaybetme endişesi ile benlik saygısında azalma, yetersizlik, suçluluk duygusu depresyon ve anksiyete bozukluklarının daha fazla görüldüğü ve bu gebelerde entelektüel ve duygusal tepkilerin azaldığı, belirtilmektedir (Maloni et al., 2002; Maloni et al., 2005; Maloni, 2010; Rubarth, 2012; McCarty-Singleton & Sciscione, 2014). Literatür bilgisini destekler nitelikte bu çalışma sonucunda da gebelerin Prenatal Distres puan ortalaması 18.76 ± 5.04 puan ile yüksek bulunmuştur (Tablo 4.1.5). Yüksek riskli gebelik tanısı ve hastanede yatak istirahatinde olmanın kadına getirdiği psikososyal yük düşünüldüğünde bu tahmin edilen bir durumdur. Gebelerin en çok bebeğin sağlığı ve beklenenden erken doğma ihtimali nedeni ile stres yaşadıkları saptanmıştır. Antenatal anksiyete ve postpartum depresyon ilişkisinin incelendiği bir çalışmada tüm gebelerin gebelik döneminde endişe duymasının normal ve uyum süreci olduğu ancak kontrol edilemeyen, çok şiddetli endişenin bilişsel yetileri etkilediği belirtilmektedir. Aynı çalışmada gebelerin en çok doğumdan korktukları, bebeğin sağlığı ve güvenliği ve annelik becerileri endişelendikleri belirtilmektedir (Austin, Tully, & Parker, 2007). Çalışmada gebelerin *doğum korkusu* (25.66 ± 6.1) ve *doğuma hazırlık* (24.50 ± 5.7) alt ölçek

puan ortalamalarının diğerk çalışmalara göre biraz yüksek bulunmuştur (Tablo 4.1.4). Benzer çalışmalarda bu alt ölçeklere ait puan ortalamaları sırası ile 20.58 ± 4.38 / 18.93 ± 4.5 (Demirbaş & Kadioğlu, 2014) ve 23.17 ± 4.8 / 19.88 ± 4.4 (Evrenol al, 2011) olarak belirtilmiştir. Buna göre çalışmada gebelerin gebeliğe uyum konusunda doğum korkusu ve doğuma hazıroluş alt ölçeklerinde de sorun yaşadıkları söylenebilir. Bu durumun gebelerin özellikle bebeğin sağlığına ilişkin korkuları ve doğumun beklenenden erken olma olasılığı ile karşı karşıya kalmalarından kaynaklanabilir. Gebeler, doğumda hissedebileceği ağrı, doğum sırasında kendisinin veya bebeğinin zarar görebileceği, kontrolünü kaybedeceği ve doğuma yardımcı manevraları yapamayacağı, sağlık personeli tarafından azarlanacağı düşüncesi ile doğum korkusu yaşayabilmekteyken bunun yanı sıra var olan riskli gebelik, ölü doğum/düşük öyküsü, önceki travmatik doğum öyküsü de kadında doğum korkusunu tetikleyebilmektedir (Aksoy, 2015). Serçekuş ve Okumuş (2009)'un 19 primipar kadın üzerinde yaptıkları çalışmada gebelerin en çok doğum ağrısı, doğumda yapılacak girişimler, gelişebilecek komplikasyonlar ve doğum sonu cinsel fonksiyonda azalma/kayıp nedeni ile doğum korkusu yaşadıklarını belirtmişlerdir (Serçekuş & Okumuş, 2009). şahin ve ark. (2009)'ın çalışmasında doğum korkusunun doğum sayısı ile doğru orantılı olarak arttığı ve önceki doğumlarda yaşanılan olumsuz deneyimlerin bu durumu etkilediği ifade edilmiştir (şahin, Din, & Dişsiz, 2009). Konu ile ilgili uluslararası çalışmalarda, belirtilen nedenlere ek olarak doğum korkusunun geç anne yaşı, sosyal destek eksikliği, önceden var olan psikososyal sorunlar ve olumsuz obstetrik deneyimler ve etkisiz doğum öncesi bakım nedeniyle arttığını belirtilmektedir (Hildingson, et al., 2011; Adams, et al., 2012). Çalışmamızda gebelerin doğum korkusunun önceki gebeliklerde düşük/erken doğum tehdidi ile hastanede yatma öyküsü ve hastanede yatak istirahatinde olmaya bağlı olarak aileden uzak kalmadan etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.3). Literatür bilgisinden farklı olarak gebenin yaşı, doğum sayısı gibi faktörlerin etkili olmadığı bulunmuştur. Bu durumun nedeninin yüksek riskli gebelik nedeni ile hastanede yatak istirahatinde olan

gebelerde doğum korkusu ve doğuma hazıroluş durumlarının incelendiği başka çalışma olmaması, konu ile yapılmış tüm çalışmaların sağlıklı gebe grubu ile yapılmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Yapılan bir araştırmada da antenatal eğitimin doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (Serçekuş & Mete, 2010). Buna göre yüksek riskli gebelik nedeni ile hastanede yatak istirahatinde olan gebelere doğuma hazırlık ve doğum korkusuna yönelik eğitimlerin hemşirelik girişimleri arasına alınmasının önemli olduğu söylenebilir.

Gebenin eşi ile iyi ilişkiler içinde olması gebeliğe uyum sürecinde önemli faktörlerden birisidir, bunun yanı sıra iyi bir anne-kız ilişkisi gebe açısından kendi annelik rolü için sağlam bir temel oluşturmasına ve doğuma yönelik korku ve anksiyetesinin azalmasına zemin hazırlamaktadır (Lederman & Wels, 2009). Gebelerin *eşi ile ilişkisi* (16.19 ± 4.78) ve *kendi annesi ile ilişkisi* (21.08 ± 6.4) alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında; gebeliğe uyum sürecinde en az sıkıntı yaşadıkları boyut olarak görülmektedir (Tablo 4.1.4.). Yapılan diğer çalışmalarda elde edilen sonuçlara benzer sonuçlar elde edilmiştir (Demirbaş & Kadioğlu, 2014; Evrenol Öçal, 2011). Blake ve ark. (2007) çalışmalarında gebelik döneminde eşlerinden yeterli desteği göremeyen veya eşlerinden ayrı olan siyahi gebelerde sigara ve madde kullanımı gibi riskli gebelik davranışlarının daha fazla görüldüğünü belirtmiştir (Blake, et al., 2007). Gebelikte sosyal destek ile gebeliğe ve annelik rolüne uyum düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, aile desteğinin gebeliğe ve annelik rolüne uyumda etkili olduğu ve gebenin en çok eşi ve ailesinden sosyal destek gördüğü belirtilmiştir (Yılmaz, 2012). Lederman ve ark. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, yüksek riskli gebelik nedeni ile hastaneye yatmış olan gebeler ve eşlerinin yüksek riskli gebelik tanısı ile başa çıkabilmek için rollerini yeniden gözden geçirdikleri, bu süreçte yakınlaştıkları, artan sorumlulukları paylaştıkları, doğuma hazırlık gibi konularda birbirlerine destek oldukları, bebeğin sağlığını tehlikeye atmamak üzere koruyucu annelik ve babalık rollerini geliştirdikleri saptanmıştır. Yine aynı çalışmada hastanede yatan

gebelerin annelerine en çok ihtiyaç duydukları, annesi olmayan gebelerin ise büyükanne ya da kayınvalideleri ile daha yakın ilişkiler kurdukları belirtilmiştir (Lederman, et al., 2013). Literatürle uyumlu olan bu sonuca göre hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin eşleri ve anneleri ile olan ilişkilerinin, gebeliğe uyum sürecinde olumlu etkisi olduğu söylenebilir.

Gebelik döneminde yaşanan sürekli stresin olumsuz gebelik sonuçlarına neden olduğu, maternal ve fetal/neonatal sağlığı etkilediği bilinmektedir (Coucans-Read, et al., 2012). Bunun yanı sıra yüksek riskli gebelik ve hastane ortamının gebe için yeni stres kaynakları olduğu ve psikososyal sorunların gelişimine etkisi olduğu bilinmektedir. Gebelerin Prenatal Distres puan ortalaması ve Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması ile alt ölçekler puan ortalamalarının ilişkisine bakıldığında gebelerin PDÖ ve PKDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.4.) ($p<0.05$). Prenatal Distres arttıkça gebeliğe uyum düzeyinin azaldığı ve uyum sorunları yaşanabildiğini görülmektedir. Alt ölçekler boyutunda incelendiğinde özellikle prenatal distres düzeyi yüksek olan gebelerde, gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü ve kendi ve bebeğin sağlığına ilişkin düşünceleri alanlarında uyum sorunları yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.4) ($p<0.05$). Gebelikte yaşanan distresin maternal ve fetal/neonatal etkileri düşünüldüğünde bu istenmeyen bir sonuçtur. Gebelerin yaşadığı yoğun stres erken doğum, prematüre doğum gibi istenmeyen gebelik komplikasyon ve sonuçlarına (Guerra Benute, et al., 2011; Dunkel Schetter & Glynn, 2010) neden olabileceği için hastanede yüksek riskli gebelik nedeni ile yatak istirahatinde olan gebeler için süreci bir çıkmaza götürebilir. Bu nedenle yüksek riskli gebelik nedeni ile hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin yaşadıkları stres ve psikososyal sorunların erken fark edilmesi ve azaltılmasına yönelik hemşirelik girişimlerine ihtiyaç vardır.

6 SONUÇLAR

Araştırmada hastanede yatak istirahatinde olan yüksek riskli gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve gebelerin uyum düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdadır:

- Çalışmada gebelerin ortalama yaşlarının 30.1 ± 6.5 olduğu, 7.2 ± 5.6 yıldır evli oldukları, %60.8' inin gelir getiren bir işte çalışmadığı, yalnızca %5.9'unun gelir düzeyi algısının iyi olduğu ve %19.6' sının sosyal güvencelerinin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.1.)
- Gebelerin ortalama gebelik haftalarının 31.69 ± 4.7 olduğu, ortalama 2.6 ± 2.3 gebelik yaşadıkları ve gebelerin %17.6'sında erken doğum, %11.8'inde ölü doğum veya düşük öyküsü bulunduğu görülmektedir (Tablo 4.1.2.).
- Gebelerin plasenta previa, erken doğum tehdidi, preterm prematür membran rüptürü, iugg, preeklampsi, proteinüri+preeklampsi, gestasyonel diyabet, epilepsi tanıları ile ortalama 6.31 ± 2.5 gündür hastanede yattığı ve gebelerin %62.5'inde önceki gebeliklerde hastaneye yatma öyküsünün bulunduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.3.)
- Gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamaları 166.50 ± 25.11 olarak belirlenmiş, bu gebelerin gebeliğe uyum sağlamada sorun yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.1.4.)
- Ailenin gelir düzeyi algısının ve gebenin sosyal güvence varlığının bu duruma etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Eğitim durumu gibi bazı benzer sosyodemografik özelliklerin de gebeliğe uyum sürecinde etkili olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiş olsa da bu çalışmada etkili olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). (Tablo 4.2.1.)
- Önceki gebeliklerde düşük ve/veya erken doğum tehdidi ile hastaneye yatma öyküsünün gebelerin mevcut gebeliklerine uyum sürecini olumsuz olarak etkilediği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.2.2.).

- Prenatal Kendini Değerlendirme leği alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin en çok sırasıyla kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceler, doğum korkusu ve doğuma hazıroluş alt boyutlarında gebeliğe uyum sorunu yaşadıkları saptanmıştır. (Tablo 4.1.4).
- Gebelerin Prenatal Distres puan ortalaması 18.76 ± 5.04 olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.1.5.).
- Gebelerin yaşadıkları stresin uyum süreçlerine etkisi incelendiğinde, Prenatal Kendini Değerlendirme leği puan ortalaması ile Prenatal Distres puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.2.4.). Özellikle gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü ve kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceler alt boyutlarında gebelerin stres düzeyleri yükseldikçe prenatal uyum düzeylerinin bozulmuş olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.4)

7ÖNERİLER

Yapılan çalışmada yatak istirahatindeki gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri düşük bulunmuştur. Bu nedenle gebeliğe uyumu artırmada;

- Gebelerin yaşayabileceği psikososyal sorunlar ve gebeliğe uyum düzeylerinin mevcut ölçekler kullanılarak saptanması ve gerektiği durumlarda uzmanlarla çiftlerin görüşmesinin sağlanması,
- Hastanede yatan yüksek riskli gebelerin bakımında fiziksel ve psikososyal sorunların bir bütün olarak ele alındığı bakım protokollerinin/ haritaların oluşturulması, kliniklerde çalışan ebe ve hemşirelere konu ile ilgili eğitim verilmesi,
- Hastanede yatmaya neden olan tanısı, yapılan tetkikler, uygulanan girişimler ve tedavi planı hakkında gebeye anlayacağı seviyede bilgilendirme yapılması, gerekirse yazılı materyal ile desteklenmesi,

Gebelerin yaşadıkları stres düzeyi yüksek bulunmuş ve yaşadıkları stresin uyum süreçlerinde etkisi olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle;

- Gebelerin yaşadığı stresin azaltılması konusunda grup/ sınıf eğitim ve aktiviteleri planlanarak aynı durumda olan gebeler ile vakit geçirmesi ve deneyimlerin paylaşılmasının sağlanması,
- Kliniklerde bu gebeler için belli odalar ayrılarak refakatçi konusunda ve ziyaret saatlerinde esneklik sağlanması, diğer çocukların ziyaretine ve gebeyle vakit geçirmesine olanak sağlanması,

Gebeliğin planlanma durumunun gebeliğe uyum sürecinde etkili olduğu belirlenmiştir, bu nedenle;

- Tüm çiftlere prekonsepsiyonel danışmanlık hizmetinin verilmesi ve bu danışmanlık hizmetinin rutin hale getirilebilmesi için çalışma sonuçlarının araştırmanın yapıldığı kurumlar ile paylaşılması,

Gebelerin %62.5'inin önceki gebeliğinde düşük/ölü doğum öyküsü ile hastaneye yatmış olduğu ve bu gebeliklerinde de uyum sorunu yaşadıkları belirlenmiştir. Bu nedenle;

- Gebelere verilecek prekonsepsiyonel danışmanlıkta önceki gebeliklerin sonuçlanma şekli ve gebeye özel risk faktörleri gibi konulara yer verilmesi,

Hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin doğum korkusu ve doğuma hazıroluş yönünden sorunlar yaşadıkları ve bu durumun uyum süreçlerini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Bu nedenle;

- Gebelerin ihtiyaçlarına yönelik eğitimler planlanması ve bu eğitiminlerin; psikolojik destek, doğum eylemi hakkında bilgilendirme ve doğum korkularının giderilmesine yönelik konuları içermesi,

Bu çalışmada altı ayda yatak istirahatinde olan sınırlı sayıda gebeye ulaşılabilmektedir. Bu nedenle;

- Gebeliğe uyumu etkileyen faktörlerin daha net belirlenmesi için çalışmanın daha geniş bir örneklem grubunda tekrarlanarak yapılması,
- Hastanede yatan riskli gebelerin psikososyal sorunları ve gebeliğe uyumlarının değerlendirildiği kalitatif bir çalışma yapılması,

Bu çalışmada yalnızca hastanede yatak istirahatinde olan yüksek riskli gebelerin uyum düzeyleri incelenmiştir. Bu nedenle;

- Aynı ölçekler kullanılarak sağlıklı ve yüksek riskli gebelerin karşılaştırıldığı bir çalışmanın yapılması,
- Aynı ölçekler kullanılarak evde ve hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin karşılaştırıldığı bir çalışmanın yapılması,
- Hastanede yatan riskli gebelerin doğum sonu döneme uyumlarını belirleyen bir çalışmanın yapılması,

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin çok maddeli olması ve cevaplanmasının uzun sürmesi nedeni ile 3 gebe çalışmayı yarıda bırakmıştır. Bu nedenle;

- Ölçeğin daha kısa bir formunun Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Adams, S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). fear of Childbbirth and Duration of Labour: A Study of 2206 Women with Intended Vaginal Delivery. *BJOG*, 1238-1246.
- Akbaş, E. (2006). *Gebe Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisinin İncelenmesi*. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aksoy, A. (2015). Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. *ODU Journal of Medicine*, 2, 161-165.
- Aldemir, E., Altuncu, E., Kavuncuoğlu, S., Özbek, S., Öztürk, E., & Cebeci, B. (2010). Erken Membran Ruptürünün Term ve Preterm Yenidoğanlarda Sepsis Morbidite ve Mortalitesine Etkisi. *JOPP Derg*, 2(2), 65-70.
- Alderdice, F., Savage-McGlynn, E., Martin, C., McAuliffe, F., Hunter, A., Unterscheider, J., et al. (2013). The Prenatal Distress Questionnaire : An Investigation of Structure in High Risk Population. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(5), 456-464.
- Alderice, F., Lynn, F., & Lobel, M. (2012). A Review and Psychometric Evaluation of Pregnancy-Specific Stress Measures. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 33, 62-77.
- Aleman, A., Althabe, F., Belizan, J., & Bergel, E. (2005). Bed Rest During Pregnancy for Preventing Miscarriage; A Systematic Review. *The Cochrane Collaboration; Published by John Wiley % Sons, Ltd.*, 2, Art. No.: CD003576. DOI: 10.1002/14651858.CD003576.pub2.
- Altınçelep, F. (2011). *Gebelerde Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi*. İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Ananth, C., Keyes, K., Hamilton, A., Gissler, M., Wu, C., Liu, S., et al. (2015). An International Contrast Of Rates Of Placental Abruption: An Age-Period-Cohort Analysis. *PLoS ONE*, *10*(5), 1-15.
- Arslan, H., & Korkmaz, N. (2005). Kısmi Yatak İstirahati ile Hastanede Yatan Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Sorunlar. *Perinatoloji Dergisi*, *13*(2), 1-11.
- Atalay, S. (1999). *Gebelikte Depresyon Prevelansının Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyleri ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkisi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Austin, M., Tully, L., & Parker, G. (2007). Examining the Relationship Between Antenatal Anxiety and Postnatal Depression. *Journal of Affective Disorders*, *101*, 169-174.
- Aydemir, H., & Uyar, H. (2014). Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik ve Ebenin Rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*(2), 815-833.
- Balcan, Y. (2010). *Gestasyonel Diyabet Tanısı Konmuş Gebelerde Bakımın HbA1C Düzeylerine Etkisi*. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Beydağ, K., & Mete, S. (2008). Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, *11*(1), 16-24.
- Birol, L., Akdemir, N., & Bedük, T. (1993). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara: Vehbi Koç Yayınları.
- Blake, S., Kiely, M., Gard, C., Ayman, E., & El-Mohandes, M. (2007). Pregnancy Intentions and Happiness Among Pregnant Black Women at High Risk for Adverse Infant Health Outcomes. *Sexual and Reproductive Health*, *39*(4), 194-205.

- Bloomfield, S. (1997). Changes in Musculoskeletal Structure and Function with Prolonged Bed Rest. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 29(2), 197-202.
- Byatt, N., Davidson, A., & Allison, J. (2014). Depression and Anxiety Among High Risk Obstetric Inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 36, 644-649.
- Cande, A. V. (2006). Maternal-Fetal Conditions Necessitating A Medical Intervention Resulting in Preterm Birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195, 1557-1563.
- Carey, C., & Rayburn, W. (2006). *Obstetrik & Jinekoloji*. (H. Güner, Çev.) Ankara: Öncü Basımevi.
- Caughey, A., Robinson, J., & Nowitz, E. (2008). Contemporary Diagnosis and Management of Preterm Premature Rupture of Membranes. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*(1), 11-22.
- Choi-Hui, W., Lee, G., Celia, H., Ray, Y., Ceunhg, I. L., & Chan, L. (2012). The Relationship of Social Support, Uncertainty, Self- Efficacy and Commitment to Prenatal Psychosocial Adaptation. *Journal of Advanced Nursing*, 2633-2645.
- Colleen, M., Lohan, M., Fethney, J., Woodhart, L., & Sahmim, I. (2006). Women's Responses to Two Models of High-risk Care: Day Stay And Hospital Stay. *Women and Birth*, 19, 89-95.
- Coşkun, P. D. (2012). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Coucans-Read, M., Lobel, M., Cares, J., Kreaither, M., D'Anna, K., Argys, L., et al. (2012). The Occurrence of Preterm Delivery is Linked to Pregnancy- Specific Distress and Elevated Inflammatory Across Gestation. *Brain, Behavior and Immunity*(26), 650-659.

- Çalık, Y. A. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatrik Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-162.
- DaCosta, D., Larouche, J., Driste, M., & Brender, W. (1999). Variations in Stress Kevels over the Course of Pregnancy: Factors Associated with Elevated Hassels, State Anxiety and Pregnancy Spresific Stres. *Journal of Psychosomatic Research*, 47; 609- 621.
- Dağlar, G., & Nur, N. (2014). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi İle İlişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36: 429-441.
- Demirbaş, H., & Kadioğlu, H. (2014). Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(4), 200-206.
- Doyurgan, T. (2009). *Gebelik ve Gebelik Sonrası Dönemdeki Kadınların Uyum Düzeyleri*. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Samsun: Ondokuzmayıs Üniversitesi .
- Dunkel Schetter, C., & Glynn, L. (2010). Stress in Pregnancy: Empirical Evidence and Theoretical Issues to Guide Interdisciplinary Researchers. R. Contrada, & A. Baum içinde, *Handbook of Stress* (s. 321-343). New York: NY: Springer.
- Durat, G. (2003). *Sakarya İlindeki Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Riskinin Belirlenmesi ve Yüksek Riskli Kadınlarda HemŞirelik Uygulamalarının Etkinliği*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Emmanuel, E., Creedy, D., John, W., Gamble, J., & Brown, C. (2008). Maternal Role Development Following Childbirth Among Australian Women. *Journal of Advanced Nursing*, 64(1), 18-26.
- Evrenol Öçal, S. (2011). *Adölesan Gebelerin Gebelik, Doğum ve Anneliğe Uyumları ve Etki Eden Faktörler*. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Farquhar, C. M. (2005). Ectopic Pregnancy. *The Lancet*, 366(9485), 583-591.
- Freedman, J. (1994). *Sosyal Psikoloj*. (A. Dönmez, Çev.) Ankara: İmge Kitabevi.
- Gifford, R., August, P., Cunningham, G., Green, L., Lindhemier, M., & McNellis, D. (2000). Report of the national high blood pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*(183), 1-22.
- Gilbert, S., & Harmon, J. (2002). *Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı*. (L. Çeviri Editörü Taşkın,) Ankara: Palme Yayıncılık.
- Gilbert-Barnes, E. (2010). Teratogenic Causes of Malformations. *Annals of Clinical & Laboratory Science*, 40(2), 99-113.
- Goldenberg, R. (2002). The Managment of Preterm Labor. *Ostetrics and Gynecology*, 102, 282-287.
- Goldenberg, R., Cliver, S., Bronstein, J., Cutter, G., Andrews, W., & Mennemeyer, S. (1997). Bed Rest in Pregnancy. *Obstetrics and Gynaecology*, 84, 131-136.
- Guerra Benute, G., Nomura, R., Jorge, V., Nonnenmacher, D. F., Souza de Lucia, M., & Zugaib, M. (2011). Risk of Suicide in High Risk Pregnancy : An Exploratory Study. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 57(5), 570-574.
- Hall, D. (2009). Abruptio Placentae and Disseminated Intravascular Coagulopathy. *Seminars in Perinatology*, 189-194.
- Heaman, M. (1990). Psychosocial aspects of antepartum hospitalization. *NAAGOC's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 1, 333-341.
- Heaman, M., & Gupton, A. (1998). Perception of Bed Rest by Women with High-risk Pregnancy; A Comparison Between Home and Hospital Birth. *Birth*, 25(4), 252-258.

- Hildingson, I., Nilsson, C., Karlström, A., & Lundgren, I. (2011). A Longitudinal Survey Of Childbirth-Related Fear and Associated Factors. *JOGNN*, 40, 532-543.
- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G., Sakala, C., & Weston, J. (2013). Continuous Support for Women During Childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7).
- Ibanez, G., Charles, M., Forhan, A., Magnin, G., Kaminski, M., & Saurel-Cubizolles, M. (2012). Depression and Anxiety in Women During Pregnancy and Neonatal Outcome from the EDEN Mother - Child Cohort. *Early Human Development*, 88, 643-649.
- Jaffe, M., Schoen, W., Silver, T., Bowerman, R., & Stuck, K. (1981). Sonography of Abruptio Placentae. *American Journal of Roentgenology*, 1049-1054.
- Kaptan, G. (2012). *Gebelikte İç Hastalıkları*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Karaçam, Z., & Şen, E. (2012). Yüksek Riskli Gebelerin Evde Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 80-91.
- Karataş, T., & Mete, S. (2012). Gebelikte Bulantı Kusma Sorunu İle Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *DEUHYO Ed*, 5(2), 47-52.
- Kiehl, E., & White, M. (2003). Maternal Adaptation During Childbearing in Norway, Sweden and the United States. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 96-103.
- Kişnişçi, H., Gökşin, H., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A., Gürkan, T., et al. (1996). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara: Güneş Kitabevi.
- Kızılaya Beji, N. (2015). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

- Kovacevich, G., Gaich, S., Lavin, J., Hopkins, M., Crane, S., & Stewart, J. (2000). The Prevalance of Thromboembolic Events Among Women With Extended Bed Rest Prescribed as Part of The Treatment for Premature Labor or Preterm Premature Rupture of Membranes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(5), 1089-1092.
- Kuru, A. (2007). *Gebelerin Risk Durumunun Belirlenmesinde Kullanılan "Knox Skorlama Sisteminin Geçerliliğinin Değerlendirilmesi"*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İzmir.
- Lederman, R., & Lederman, L. (1979). Relationship of Psychological Factors in Pregnancy to Progress in Labor. *Nursing Research*, 28(4), 94-97.
- Lederman, R., Boyd, E., Pitts, K., Roberts-Gray, C., Hutchinson, M., & Blackwell, S. (2013). Maternal Development Experiences of Women Hospitalized to Prevent Preterm Birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4, 133-138.
- Lederman, R; Wels, K. (2009). Psychosocial Adaptation to Pregnancy : Seven Dimensions of Maternal Development. *Third Edition*.
- Lee, S., Ayers, S., & Holden, D. (2012). Risk Perception of Women During High Risk Pregnancy: A Systematic Review. *Health, Risk & Society*, 14(6), 511-531.
- Lobel, M. (2008). Revised Prenatal Distress Questionnaire (NUPDQ) : 17 Item Version.
- Lobel, M., Cannella, L., Graham, E., Devincent, J., & Meyer, A. (2008). Pregnancy Spresific Stres, Prenatal Health Behaviors and Birth Outcomes. *Health Psychology*, 27(September), 604-615.
- Maloni, J. (1998). Antepartum Bed Rest : Case Studies Research : Nursing Care. *AWHONN*, 10, 34-78.

- Maloni, J. (2007). Commentary by Maloni. *Western Journal of Nursing Research*, 29(5), 606-608.
- Maloni, J. (2010). Antepartum Bed Rest for Pregnancy Complications: Efficacy and Safety for Preventing Preterm Birth. *Biological Research for Nursing*, 12(2), 106-124.
- Maloni, J. A., & Kutil, R. (2000). Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*, 25(4), 204-210.
- Maloni, J., & Schneider, B. (2002). Inactivity Symptoms Associated with Gastrocnemius Muscle Disuse During Pregnancy. *American Association of Critical-Care Nurses Clinical Issues*, 13(2), 248-262.
- Maloni, J., Change, B., Zhang, C., Cohen, A., Betts, D., & Gange, S. (1993). Physical and Psychosocial Side Effects of Antepartum Hospital Bed Rest. *Nursing Research*, 42(4), 197-203.
- Maloni, J., Kane, J., Suen, L., & Wang, K. (2002). Dysphoria Among High-Risk Pregnant Hospitalized Women on Bed Rest. *Nursing Research*, 51(2), 92-99.
- Maloni, J., Margevicius, S., & Damato, E. (2006). Multiple Gestation: Side Effects of Antepartum Bed Rest. *Biological Research Nursing*, 8(2), 115-128.
- Maloni, J., Park, S., Anthony, M., & Musil, C. (2005). Measurement of Antepartum Depressive Symptoms During High-risk Pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 28, 16-26.
- Maloni, J.A. (2002, September). Astronauts & Pregnancy Bed Rest. *AWHONN Lifelines*, 6, 318-323.
- Maloni, J; Cohen, A; Kane, J. (1998). Prescription of activity restriction to treat high-risk pregnancies. *Journal of Women's Health*, 7(3), 351-358.

- Maloni, JA; Margevicius, SP; Damato, EG. (2006). Multiple Gestation: Side Effects of Antepartum Bed Rest. *Biological Research Nursing*, 8(2), 115-128.
- Maloni, JA; Schneider, BS. (2002). Inactivity Symptoms Associated with Gastrocnemius Muscle Disuse During Pregnancy. *American Association of Critical-Care Nurses Clinical Issues*, 13(2), 248-262.
- Martini, J.A., Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Lieb, R., & Wittchen, H. (2010). Anxiety Disorders Before Birth and Self-perceived Distress During Pregnancy: Associations with Maternal Depression and Obstetric, Neonatal and Early Childhood Outcomes. *Early Human Development*, 33, 305-310.
- Matsuda, Y., Hayashi, K., Shiozaki, A., Kawamichi, Y., Satoh, S., & Saito, S. (2011). Comparison of Risk Factors for Placental Abruption and Placenta Previa: Case-cohort study. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 37(6), 538-546.
- McCarty-Singleton, S., & Sciscione, A. (2014). Maternal Activity Restriction and the Prevention of Preterm Birth: An Evidence Based Review. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57(3), 616-627.
- McPherson, K. (1996). *Bedside Matters: The Transformation of Canadian Nursing, 1900-1990*. Toronto: Oxford University Press.
- Meades, R., & Ayers, S. (2011). Anxiety Measure Validated in Perinatal Populations : A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 133, 1-15.
- Meher, S., & Duley, L. (2006). Rest During Pregnancy for Preventing Pre-Eclampsia and its Complications in Women with Normal Blood Pressure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).
- Meher, S., Abalos, E., & Carroli, G. (2005). Bed Rest with or without Hospitalisation for Hypertension During Pregnancy. *The Wiley Library - Cochrane Databases of Systematic Reviews*(4), Art. No.: CD003514. DOI: 10.1002/14651858.CD003514.pub2.

- Mercer, R., & Ferketich, S. (1988). Stress and Social Support as Predictors of Anxiety and Depression During Pregnancy. *Advances in Nursing Science*, 10(2), 26-39.
- Mısırlıoğlu, E., Aliefendioğlu, D., Fidan, K., Çakmak, F., & Haberal, A. (2006). Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Doğum Yapan Annelerin Antenatal Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumunun Değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 14(1), 7-13.
- Mutlugüneş, E. (2012). *Gebelikte Bulantı Kusma, Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulü Arasındaki İlişki*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.
- Novick, G. (2004). Centering Pregnancy and the Current State of Prenatal Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(5), 405-411.
- Oskay, Ü. (2001). *Hastanede Yatak İstirahatındaki Yüksek Riskli Gebelerde Ortaya Çıkan Sorunların Giderilmesinde Hemşirenin Rolünün Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Oskay, Ü. (2004). Yüksek Riskli Gebelerde Hemşirelik Bakımı. *Perinatoloji Dergisi*, 12(1), 11-16.
- Oskay, Ü., & Coşkun, A. (2012). Hastanede Yatak İstirahatındaki Yüksek Riskli Gebelerde Ortaya Çıkan Sorunların Giderilmesinde Verilen Kapsamlı Hemşirelik Bakımının Etkinliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(2), 163-172.
- Özgüven, E. (1992). *Hacettepe Kişilik Envanteri El Kitabı*. Ankara: Psikolojik Danışma Rehberlik ve Eğitim Merkezi Yayınları.
- Özkan, H. (2010). *Annelik Kimlik Gelişimi Eğitiminin Primiparların Annelik Rolü Kazanımına ve Bebeğim Algısına Etkisi*. Erzurum: Atarürk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı.

Pamuk, S., & Arslan, H. (2009). Hastanede Yatan Riskli Gebelerde Hastane
Stresörlerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Maltepe
Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 22-32.

Pişirgen, N. (2011). *Riskli Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin
Değerlendirilmesi*. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

Promislow, J., Hertz-Picciotto, I., Schram, M., Watt-Morse, M., & Anderson, J.
(2004). Bed Rest and Other Determinants of Bone Loss During Pregnancy.
American Journal of Obstetrics and Gynecology, 191, 1077-1083.

Promislow, JH; Hertz-Picciotto, I; Schram, M; Watt-Morse, M; Anderson, JJ. (2004).
Bed Rest and Other Determinants of Bone Loss During Pregnancy. *American
Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191, 1077-1083.

Rubarth, L. (2012). Women's Experiences of Hospitalized Bed Rest During High-risk
Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing JOGMM*,
41, 398-407.

Rubin, M. (1988). The Physiology of Bed Rest. *American Journal of Nursing*, 88,
50-56.

Say, L., Gülmezoğlu, A., & Hoffney, J. (1996). Bed Rest in Hospital for Suspected
Impaired Fetal Growth; A Systematic Review. *The Cahrane Collaboration*,
Published by John Wiley&Sons, Ltd(1), Art. No.: CD000034. DOI:
10.1002/14651858.CD000034.

Serçekuş, P., & Mete, S. (2010). Effects of Antenatal Education on Maternal Prenatal
and Postpartum Adaptation. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 999-1010.

- Serçekuş, P., & Okumuş, H. (2009). Fears Associated with Childbirth Among Nullparous Women in Turkey. *Midwifery*, 25, 155-162.
- Slobhan, M., & Sciccione, A. (2014). Maternal Activity Restriction in Pregnancy and the Prevention of Preterm Birth : An Evidance-based Review. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57(3), 616-627.
- Sosa, C., Althabe, F., Belizan, J., & Bergel, E. (2004). Bed Rest in Singleton Pregnancies for Preventing Preterm Birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), Art. No.: CD003581. DOI: 10.1002/14651858.CD003581.pub2.
- Sprague, A. (2004, September/October). The Evolution of Bed Rest as a Clinical Intervention. *JOGNN*, 33(5), 542-549.
- Şahin, N., Dinç, H., & Dişsiz, M. (2009). Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(2), 57-62.
- Şen, E., & Şirin, A. (2013). Preterm Eylem Tanısı Alan Gebelerin Kaygı, Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 19(3), 159-163.
- Şen, S. (2006). *Erken (Preterm) Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Belirlenmesi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı Programı.
- Şirin, A. (2008). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. İstanbul.
- Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Koç Yayınları.
- TNSA. (2003). *Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması*. Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- TNSA. (2008). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- TNSA. (2013). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Vahanian, S., Lavery, A., & Cande, V. (2015). Placental Implantation Abnormalities and Risk of Preterm Delivery : A Systematic Review an Metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213(4), 78-90.
- Vernikos-Danellis, J., Leach, C., & Winget, C. (1976). Changes in Glucose, Insulin and Growth Hormone Levels Associated with Bed Rest. *Aviation, Space and Enviromental Medicine*, 47, 583-587.
- Walls, A., Saftlas, A., Hsia, J., & Atrash, H. (2008). Secular Trends in the Rates of Preeclampsia,Eclampsia and Gestasional Hypertension, United States, 1987-2004. *American Journal of Hypertension*, 21(5), 521-526.
- White, M., Ritcihe, J. (1984). Phsychological Stressors in Antepartum Hospitalization: Report from Pregnant Women. *Maternal-Child Nursing Journal*, 13(1),47-56.
- WHO. (2013). *Child Mortality*. World Health Organisation.
- WHO. (2015). *Maternal Mortality*. World Health Organisation.
- Yali, M., & Lobel, M. (1999). Coping and Distress in Pregnancy : An Investigation of MEDically High-risk Women. *Psychosom Obstet Gynecol.*, 20, 39-52.
- Yang, M., Lİ, L., Zhu, H., Alexander, I., Liu, S., Zhou, et al. (2009). To Relieve Anxiety in Pregnant Women on Bed Rest; A Randomized Controller Trial. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 34(5), 316-323.
- Yaşar, D. (2009). *Intaruterin Bebek Ölümleri*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.

Yekenkunrul, D. (2011). *Gebelikte Bulantı Kusma, Evlilik Uyumu ve Eş İlişkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

Yılmaz, F. (2012). *Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yüksel ,F; Akın ,S; Durna ,Z. (2011). Prenatal Distres Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Faktör Analizi. *HEAD*, 8(3), 43-51.



8 EKLER

EK 1 Gebe Tanılama Formu

EK 2 Prenatal Distres Ölçeği

Ek 3 Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

EK 4 Aydınlatılmış Onam Formu

EK 5 Koç Üniversitesi Etik Kurul Kararı

EK 6 Kamu Hastaneler Birliği Beyoğlu Genel Sekreterliği İzin Yazısı

EK 7 şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı

GEBE TANILAMA FORMU

Dosya verileri ;

Gebelik Haftası :

Tanısı :

Kaç gündür hastanede yatıyor ? :

Gebelik süresince sürekli kullanılan ilaç var mı ? :

Medeni hali :

Gebeden alınacak veriler ;

1.Kaç yaşındasınız ? :

2.Kaç yıldır evlisiniz ? :

3.Eğitim durumunuz nedir ?

- a.Okuryazar
- b.İlköğretim
- c.Lise
- d.Üniversite
- e.Üniversite sonrası

4.Son 6 ay içinde gelir getiren herhangi bir işte çalıştınız mı ?

- a.Çalıştım
- b.Çalışmadım

5.Eşinizin eğitim durumu nedir ?

- a.Okuryazar değil
- b.Okuryazar
- c.İlköğretim
- d.Lise
- e.Üniversite
- f.Üniversite sonrası

6.Eşiniz kaç yaşında ? :

7.Eşiniz gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor mu ?

- a.Çalışıyor
- b.Çalışmıyor

8.Sosyal güvenceniz var mı ?

- a.Hayır
- b.Evet

9.Ailenizin gelir durumunuzu size göre nasıldır ?

- a.İyi (gelir giderden fazla)
- b.Orta (gelir gidere denk)
- c.Kötü (gelir giderden daha az)
- Ş.i

10. Bu gebeliğiniz planlı mıydı ?
 a. Planlı
 b. Plansız
 c. Tedavi ile
11. Toplam gebelik sayınız nedir ? :.....
12. Bu kaçınıcı gebeliğiniz ? :.....
13. Bu gebeliğinizde daha önce hastaneye yattınız mı?
 a) Hayır
 b) Evet ise neden :.....
14. Daha önceki gebeliklerinizde hastaneye yattınız mı ?
 a) Hayır
 b) Evet ise neden :.....

15. Gebelik sırasıyla daha önceki gebelikleriniz nasıl sonlandığını söyler misiniz ?

Gebeliklerin sırası	Gebelik sonuçları				
	Miadında doğum	Kendiliğinden Düşük	İsteyerek düşük	Erken doğum	ölü doğum
Birinci					
İkinci					
Üçüncü					
Dördüncü					

16. Yaşayan kaç çocuğunuz var ? :.....
17. Bu gebeliğiniz ile önceki gebelik arasındaki süre ne kadar ?
 d. 24 aydan (2 yıl) daha az
 e. 24 aydan (2 yıl) daha fazla
18. Hastanede yatma nedeni ile aşağıda yer alan durumlar ile ilgili endişeniz olup olmadığını söyler misiniz ?

Durumlar	Var	Yok
İşimden uzak olma		
Yalnız başıma uyuma		
Evden uzak olma		
Ailemden uzak kalma		
Başkalarına bağımlı olma		
Evdeki çocukların bakımı hakkında		
Diğer ;		

PRENATAL DİSTRES (Revize Versiyon)

Gebelikte bir takım durumlar bazı kadınlar için rahatsızlık verici veya tedirgin edici olabilir. Ancak, başka kadınlar aynı şeylerden rahatsız olmayabilir. Biz, sizin gebeliğiniz süresince şu ana kadar endişe duyduğunuz ya da rahatsız olduğunuz şeyleri öğrenmek istiyoruz.

Gebeliğinizin bu döneminde, kendinizi rahatsız, endişeli ya da üzgün hissettiğiniz durumları lütfen aşağıda yer alan “0-Hiç”, “1-Biraz” ve “2-Çok Fazla” seçeneklerden birini işaretleyerek cevaplayınız.

	0= HİÇ	1= BİRAZ	2= ÇOK FAZLA
1. Gebeliğinizin bu döneminde yeni doğan bebeğin bakımı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
2. Gebeliğinizin bu döneminde yüksek tansiyon veya şeker hastalığı gibi devam eden sağlık sorunlarınızın gebeliğinize etkisi konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
3. Gebeliğinizin bu döneminde enerjinizin düşük olması ve kendinizi yorgun hissetmeniz konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
4. Gebeliğinizin bu döneminde doğum sırasında hissedeceğiniz ağrı/sancı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
5. Gebeliğinizin bu döneminde aldığınız sağlık bakım hizmetleri için yaptığınız harcamalar konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
6. Gebeliğinizin bu döneminde kilonuzda ve vücudunuzun görünümünde oluşan değişiklikler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
7. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin beklenenden çok erken doğma olasılığı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			

<p>8. Gebeliğinizin bu döneminde gebelikte ortaya çıkan kusma, ayaklarda şişlik veya bel ağrısı gibi bedensel şikayetler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?</p> <p>(Evet ise; hangi şikayetler?)</p>			
<p>9. Gebeliğinizin bu döneminde aldığınız tıbbi bakımın kalitesi konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?</p>			
<p>10. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumu nedeniyle diğer insanlarla olan ilişkilerinizde yaşayacağınız değişiklikler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?</p> <p>(Evet ise; özellikle kim?.....)</p>			
<p>11. Gebeliğinizin bu döneminde sağlıklı bir bebeğiniz olabileceği konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?</p>			
<p>12. Gebeliğinizin bu döneminde doğum sırasında neler olacağı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?</p>			
<p>13. Gebeliğinizin bu döneminde çalışma yaşamınız veya ailenizin bakımı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?</p>			
<p>14. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin giysileri, beslenmesi ve sağlık bakımı için yapacağınız harcamalar konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?</p>			
<p>15. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumundan sonra bir işte çalışmak durumunda olmanız konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?</p>			
<p>16. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumundan sonra bebeğin günlük bakımı, diğer bakım konuları ve bebek bakımında destek alınan kişiler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?</p>			

musunuz?			
17. Gebeliğinizin bu döneminde kullandığınız sigara, alkol ya da ilaçlardan bebeğin etkilenmiş olup olmadığı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?			
18. Gebeliğiniz, doğum veya bebeğiniz ile ilgili sizi rahatsız eden, endişelendiren ya da üzen başka şeyler var mı? (Cevabınız Evet ise); bunların neler olduğunu söyleyebilir misiniz:			

PRENATAL KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

Lederman'nın Hamilelikte Kendini Değerlendirme Ölçeği	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 yardımcı 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 sorunlarıyla ilgilenmemesinden korkuyorum.				
28. Annemle problemlerim hakkında rahatlıkla konuşabiliyorum.				
29. İyi bir anne olup olamayacağım konusunda kuşkularım var.				
30. Sık sık bebekte olabilecek sorunları düşünüyorum.				
31. Annem torununu sabırsızlıkla bekliyor				
32. Hamile olmaktan memnunum.				
33. Etrafımda çocukların olması hoşuma gidiyor.				
34. Çocuk bakımı ile diğer sorumluluklarımı ve işlerimi dengelemem zor olacak.				
35. Eşim, ihtiyaç duyduğumda ev işlerinde yardım eder.				
36. Gebelik süresince cinsel hayatımızdaki değişiklik konusunda, eşimle konuşmakta zorlanırım.				
37. Annem yanımda olduğunda kendimi iyi hissediyorum				
38. Doğumda iyi olmak için kendi kendimi hazırlıyorum				
39. Doğum sırasında kontrolümü kaybedeceğimden eminim.				
40. Doğumum sırasında eşimin bana destek olacağına inanıyorum.				
41. Doğumda bana kötü şeyler olabileceğinden korkuyorum.				
42. Bebek bakımının o kadar da eğlenceli olmadığını düşünüyorum.				
43. Eşim, duygularım ve sorunlarımla onu sıktığımı düşünüyor.				
44. Annem ve ben ne zaman bir araya gelsek tartışırız.				
45. Bebeğe yeterli dikkati / özeni göstermek benim için zor olacak.				
46. Bebeğin, bana bir yük olacağını düşünüyorum.				
47. Doğumda olacaklara kendimi hazır hissediyorum				
48. Doğumda kendi kendime yardımcı olabilmek için yapabileceğim bazı şeyler biliyorum.				
49. Doğum zamanı geldiğinde, ağrılı 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.				
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 olaylar aklımdan geçiyor.				
69. Bu hamilelik benim için bir hayal kırıklığı oldu.				
70. Bebeğin bakımını paylaşmak konusunda eşime güvenebilirim.				
71. Normal doğum yapacağım konusunda kendime güveniyorum.				
72. Doğumun doğal ve heyecan verici bir olay olduğunu düşünüyorum.				
73. Bebeğimi şimdiden sevmeye başladım.				
74. Bu hamilelik benim için doyum verici.				
75. İyi bir anne olacağıma inanıyorum.				
76. Şu an hamile olmaktan üzüntü duyuyorum.				
77. Hamileliğin hoş olmayan bir çok yönü var.				
78. Bebeğimle olmaktan hoşlanacağımı hissediyorum				
79. Hamile olduğum için mutluyum.				

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yüksek Lisans Öğrencisi Şeyma İnciser Paşalak tarafından “Hastanede yatak istirahatinde olan yüksek riskli gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi” konusunda yürütülen araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu çalışmada katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız her hangi bir şey varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN ADI: YÜKSEK RİSKLİ GEBELİK NEDENİYLE HASTANEDEN YATAK İSTİRAHATİNDE OLAN GEBELERİN GEBELİĞE UYUM DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, yüksek riskli gebelik nedeni ile hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeylerinin ve etkileyen bazı faktörlerin incelenmesidir .

PROSEDÜRLER

Bu çalışmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar şöyledir; Bu araştırmada size, hastanede yattığınız sürede şu ana kadar endişe duyduğunuz ya da rahatsız olduğunuz sorunları belirlemek amacıyla doğumöncesi kaygı formu, kendinizin ve bebeğinizin sağlığı ile ilgili düşünceleriniz, gebeliğinizin- annelik rolünüzün kabulü, doğuma hazır olma durumunuz, doğuma ilişkin korkularınız, kendi anneniz - eşiniz ile ilişkiler durumunuzu ortaya koyan gebeliğe uyumu değerlendirme formu ve çalışma için gerekli olan bazı kişisel özelliklerinizi belirlemek amacı ile hazırlanmış bir form olmak üzere toplam 3 adet veri toplama formu verilecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermenizdir.

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmanın sonucunda elde edilen bilgiler, hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin, gebeliğe uyum konusunda yaşadıkları sorunlarının belirlenmesinde, önlenmesinde ve çözümünde kaynak olarak kullanılacaktır.

GİZLİLİK

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz veya kanunun gerektirdiği ölçüde ifşa edilecektir. Gizlilik tanımlanmış bir kodlama prosedürüyle sağlanacak ve kod çözümüne erişim yalnızca çalışmanın sorumlusu araştırmacıyla

sınırlı kalacaktır. Tüm veriler, sınırlı erişime sahip güvenli ve şifreli bir veritabanında tutulacaktır.

KATILIM VE AYRILMA

Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamı ile bağımsız ve etki altında kalmadan karar verebilirsiniz. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmaya karar vermeniz halinde dahi, sahip olduğunuz her hangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir cezaya maruz kalmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Çalışmadan çekilmek isterseniz bir cezası yoktur ve sahip olduğunuz faydaları kaybetmezsiniz.

Araştırma süresince sizin ve bebeğinizin üzerinde olumsuz hiçbir uygulama yapılmayacaktır.. Katılım için karar verme aşamanızda istediğiniz bilgileri sorma ve doğru, güvenilir, anlaşılır yanıtlar alma hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılmak istemezseniz klinikten aldığınız hizmette hiçbir değişiklik ve aksaklık olmayacaktır. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacak yalnızca sizden aldığımız bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonucu elde edilen bilgiler herhangi bir yayında kullanılırken bu yayında kimlik bilgileriniz yer almayacak, size ulaşamayacaktır.

ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:

Şeyma İnciser PAŞALAK
Koç Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu
T: 506 9593703
E: lozcan13@ku.edu.tr

Yukarıda açıklanan prosedürleri anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde yanıtlandı ve dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi.

Katılımcı Adı-Soyadı

Katılımcı İmzası Tarih

Araştırmacının İmzasıTarih

Şahit İmzasıTarih

**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ****ETİK KURUL KARARI**

Toplantı Tarihi:	21.05.2015
Karar No:	2015.118.IRB3.053
Sorumlu Araştırmacı:	Şeyma İnciser(Özcan)Paşalak
Araştırma Başlığı:	Yüksek Riskli Gebelik Nedeniyle Hastanede Yatak İstirahatinde Olan Gebelerin Gebeliğe Uyum Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi
Başlangıç tarihi:	12.06.2015
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu" tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.
- Araştırmaya katılan kurum dışı merkezlerden ayrıca idari izin alınması gerekmektedir.

Saygılarımla,

Dr. Hakan S. Orer
Başkan

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/09/2015-42909



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 97175836-774.99-
Konu : Araştırma İzni (Şeyma İNCİSER
ÖZCAN)

KOÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450

İlgi : 03/08/2015 tarihli ve 36268 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Şeyma İNCİSER ÖZCAN'ın, Doç.Dr. Kafiye EROĞLU danışmanlığında "Yüksek Riskli Gebelik Nedeniyle Hastanede Yatak İstirahatinde Olan Gebelerin Gebeliğe Uyum Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi ilgi sayılı yazımız ile uygun görülmüştür. Adı geçen öğrencinin söz konusu tez çalışmasını Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesinde de yapabilmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Aşkın AYVAZ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
..11./..9./20.15

İstanbul Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Gülseren ERBETÇİ
Uzman

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tarih: 27/08/2015

Karar: Şeyma İNCİSER ÖZCAN' ın yüksek lisans tez çalışması hk.

“Yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi” konulu yüksek lisans tez çalışması'nın hastanemizde yapılması uygun bulunmuştur.

Op. Dr. Mesut ÖZMİR
Kurul Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

1.Adı Soyadı: Şeyma İnciser (Özcan) PAŞALAK

2.Doğum Tarihi: 1989

3.Öğrenim Durumu: Yüksek Lisans

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	GATA Hemşirelik Yüksekokulu	2007-2011
Y. Lisans	Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği	Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2014-2016

4. Akademik Unvanlar

- 2014 – 2015 Mart; Öğretim Görevlisi, Beykent Üniversitesi Meslek Yüksekokulu Tıbbi Laboratuvar Teknikleri
- 2015 Mayıs- ; Araştırma Görevlisi, Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

5. Aldığı Sertifikalar

- Ekim 2014, Koç Üniversitesi HYO, Jinekolojik Onkoloji Hastalarında Cinsel Sağlık ve Psikososyal Yaklaşımlar Kursu
- Kasım 2014, Koç Üniversitesi HYO, Mezuniyet Sonrası Araştırmanın Kolaylaştırılması: Lisansüstü Eğitimde Avrupa Araştırma Direktiflerinin Paylaşımı

6. Diğer Görevler

- 2011-2012; GATA HEH, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Kliniği, Klinik ve Yoğun Bakım Hemşiresi
- 2012-2014 Diyarbakır Asker Hastanesi, Cerrahi Klinikler, Klinik Hemşiresi

7. Son 2 Yıl İçinde Verdiği Dersler:

	Dersin Adı	Ders Saati	
		Teorik	Uygulama
ÖnLisans	İnsan Anatomisi ve Fizyolojisi	4	
	Acil Hasta Bakımı - 2	4	

