



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

RİSKLİ GEBELİKLERDE KADININ GEBELİK VE ANNELİĞE UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nedime Gül DOĞAN

Samsun

Haziran-2018





ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

RİSKLİ GEBELİKLERDE KADININ GEBELİK VE ANNELİĞE UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nedime Gül DOĞAN

Danışman

Prof. Dr. Özen KULAKAÇ

Samsun

Haziran-2018

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Nedime Gül DOĞAN tarafından Prof. Dr. Özen KULAKAÇ Danışmanlığında hazırlanan "Riskli Gebeliklerde Kadının Gebelik ve Anneliğe Uyumunun Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 29/06/2018 tarihinde yapılan sınav ile Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof.Dr. Nülüfer ERBİL, Ordu Üniversitesi



Üye: Prof.Dr. Özen KULAKAÇ, Ondokuz Mayıs Üniversitesi (Danışman)



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi



ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

... / ... / ...

Prof.Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitiminin boyunca bilgi, deneyim ve desteğini esirgemeyen Sayın Prof.Dr. Özen KULAKAÇ 'a ,

Verilerin elde edilme sürecinde katkı sağlayan Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi yönetimi ve perinatoloji kliniğine,

Yaşamımın her döneminde destek olan, güç veren ve sevgilerini esirgemeyen sevgili annem Gönül DOĞAN ve sevgili babam Atilla DOĞAN'a çok teşekkür ederim. Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi tarafından PYO.SBF.1904.18.001 proje numarası ile desteklenmiştir.



ÖZET

RİSKLİ GEBELİKLERDE KADININ GEBELİK VE ANNELİĞE UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu çalışmanın amacı riskli gebelik tanısı almış kadınların anneliğe ve gebeliğe uyum düzeyleri ile riskli gebelik deneyimlerini incelemektir.

Materyal ve Metot: Bu çalışma nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı karma yöntem tipinde bir araştırmadır. Araştırmanın verileri Haziran-Aralık 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği” (PKDÖ) ve “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılmıştır. Nicel verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U, tek yönlü varyans, bağımsız örnekler t testi, spearman korelasyon testi ve Kruskal Wallis analizleri kullanılmıştır. Nitel verilerin değerlendirilmesinde tematik analiz yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular: Nicel araştırma sonucunda, kadınların gebelik ve anneliğe uyumlarında aile tipi, sosyal güvencenin varlığı ve gebelik ve riskli durum hakkında bilgilendirme düzeyleri ile PKDÖ'nün bazı alt boyutları arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Nitel verilerin bulguları “Annelik bir başka duygusallık”, “Herşey bebeğim için”, “Riskli gebelik, mücadele etmektir”, “Herşey güzel olacak” ve “Tanıyı değil beni önemse” başlıklarını içeren beş ana tema ve 21 alt tema tespit edilmiştir.

Sonuç: Geniş ailede yaşayan kadınlarda anneliğin kabulü ve doğum korkusunun daha fazla olduğu, sosyal güvencesi olan kadınların kendi annesi ve eşi ile ilişkisinin daha pozitif olduğu ve gebeliği isteyenlerde gebeliğe uyumun daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Görüşmeler sonucunda kadınların riskli gebeliğe karşı şok, kaygı ve korku hissettikleri, çok yönlü fedakarlık yaptıkları saptanmıştır. Anneliğin eşsiz ve tarif edilemez, sorumluluk gerektiren bir süreç olduğu riskli durumla ilgili bilgilendirme arttıkça eş ile ilişkisinin daha pozitif olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda riskli gebelikte eş, aile üyeleri ve sağlık profesyonellerinin desteğinin önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; Nicel; Nitel; Uyum; Primipar; Riskli gebelik.

Nedime Gül DOĞAN, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Haziran-2018

ABSTRACT

ASSESSMENT OF WOMEN'S ADAPTATION TO PREGNANCY AND MOTHERHOOD IN HIGH RISK PREGNANCIES

Aim: The aim of this study is to examine the levels to motherhood and pregnancy, and the risky pregnancy experiences of women who are risky pregnant.

Material and Method: This study, which include quantitative and qualitative research methods used together, is a mix method. The data of the study were collected between June and December 2017. "Prenatal Self-Evaluation Questionnaire" (PSEQ) and "Semi-Structured Interview Form" was used for collecting the data. Mann Whitney U, one way variance, independent sample t test, Spearman correlation test and Kruskal Wallis analysis were used in the evaluation of quantitative data and thematic analysis method was used in the evaluation of qualitative data.

Results: As a result of the quantitative research, there were found statistical differences between the subtypes of PSQE and the level of family type, the presence of social security and informing about pregnancy and risky status in the adjustment of women to pregnancy and motherhood. The results of the qualitative data, five main themes and 21 sub-themes were identified, including "Motherhood is another sensuality", "Everything for my baby", "Risky pregnancy is to struggle. ", "Everything will be good" and "Care about me, don't care about the diagnosis".

Conclusion: Acceptance of motherhood and the fear of birth are found mor efor women who has a extenden family; there is a more positive relation with their own mothers and partners for women who have a social assurence; adaptation to pregnancy is found mor efor women who is eager being pregnant. As a result of the interviews, it was determined that women felt shock, anxiety and fear towards risky pregnancy, and they made various sacrifices. It has been determined that the relationship with your partner is more positive when your mother is informed about the risky situation, which is a unique and unrecognizable, liable process. At the same time, the importance of support for partners, family members and health professionals in risky pregnancy is emphasized.

Keywords: Adaptation; Nursing; Primigravida; Risky pregnancy; Qualitative; Quantitative.

**Nedime Gül DOĞAN, Master Thesis
Ondokuz Mayıs University – Samsun, Haziran-2018**

SİMGELER ve KISALTMALAR

EDT: Erken Doğum Tehditi

GDM:Gestasyonel Diabetes Mellitus

İUGG: İntrauterin Gelişim Geriliği

PKDÖ: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

SPSS: Statistical Package for Social Science

TAYA:Türkiye Aile Yapısı Araştırması

TDK:Türk Dil Kurumu

TNSA:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO:Dünya Sağlık Örgütü

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Gebelik.....	6
2.2. Uyum	7
2.3. Gebeliğe Fizyolojik ve Psikososyal Uyum.....	8
2.3.1. İlk trimester.....	10
2.3.2. İkinci trimester	12
2.3.3. Üçüncü trimester	14
2.4. Anneliğe Uyum.....	15
2.4.1. Annelik Rolüne Geçiş Süreci	15
2.5. Annelik Rolüne Uyum Basamakları	16
2.5.1. Taklit Etme	16
2.5.2. Rol yapma	16
2.5.3. Hayal kurma.....	17
2.5.4. Rol Model Arama.....	17
2.6. Gebenin Maternal Görevleri	17
2.6.1. Kendisi ve bebeği için güvenli bir pasaj oluşturmak(fiziksel, sosyal, duygusal)	17
2.6.2. Kendisi ve bebeği için destek ve kabul sağlamak.....	18
2.6.3. Anne-bebek bağı kurmak	18
2.6.4. Bebeğe kendini adanmak	18

2.6.Mercer'in Orijinal Annelik Rolü Kazanma Teorisine Genel Bakış	19
2.7.Meleis Geçiş Kuramı Temel Kavramları	23
2.8.1. Farkındalık	24
2.8.2. Katılım (Sorumluluk Alma)	24
2.8.3. Değişim ve Farklılıklar	25
2.8.4. Zaman Süreci	25
2.8.5. Dönüm Noktaları ve Olaylar	25
2.8.Riskli Gebeliklerde Hemşirelik Süreci	26
2.9.1. Değerlendirme.....	26
2.8.2. Olası Hemşirelik Tanıları ve Bakım Uygulamaları	29
3. MATERYAL VE METOD	33
3.1. Araştırmanın Şekli	33
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	33
3.3.1.Nicel Araştırmanın Örneklemi	34
3.4.Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri	34
3.5. Araştırmanın Etiği.....	35
3.6. Veri Toplama Araçları	35
3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu.....	36
3.6.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Türkçe Formu.....	36
3.6.3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	37
3.7. Verilerin Toplanması	38
3.8. Verilerin Analizi	39
3.8.1. Nicel Verilerin Analizi	39
3.8.2. Nitel Verilerin Analizi.....	39
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
4. BULGULAR.....	44
4.1. Nicel Verilere İlişkin Bulgular	44

4.2. Nitel Verilere İlişkin Bulgular.....	54
5. TARTIŞMA	80
5.1. Nicel Verilere İlişkin Tartışma.....	80
5.2. Nitel verilere ilişkin tartışma.....	90
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	99
6.1. Sonuçlar	99
6.2.Öneriler	101
KAYNAKLAR	103
EKLER	116
ÖZGEÇMİŞ	129

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Aile; Türk Dil Kurumu'na göre, "Evlilik ve kan bağına dayanan karı, koca, çocuklar ve kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birim" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2018a). Başka bir tanımda ise aile; insanların doğduğu an itibariyle katıldıkları ilk sosyal topluluk özelliğini taşımaktadır (Eyce, 2000). Aile yaşam döngüsünde birçok geçiş ve süreç bulunmaktadır. Ebeveynliğe geçiş, hamilelik haberinin öğrenilmesi ile başlayan ve doğum sonrası dönemde anne ve babanın yeni rollerine adaptasyonu ile devam eden dinamik bir gelişim sürecidir (Durham ve Chapman, 2013). Gebelik ve ebeveyn olma dışındaki başka hiçbir olay aile yapısında böylesine hızlı ve önemli değişimi gerektirmemektedir (McKinney ve ark. 2018). Gebelik ve annelik bir kadının yaşamında keyifli ve gelişimsel bir olay olmasına karşın psikolojik ve fiziksel değişiklikler nedeniyle farklı endişe ve strese neden olabilmektedir (Dolatian ve ark., 2017).

Hayatın dönüm noktası olarak görülen gebelik aynı zamanda da gelişimsel bir kriz dönemi olarak tanımlanmaktadır (Davidson ve ark., 2012; Mattson ve Smith, 2016). Gebelikte kadının gelişimsel olarak üstesinden gelmesi gereken iki temel bileşen bulunmaktadır. Sırasıyla, kadının kendini anne olarak temsil etmesi ve fetüsle olan ilişkisini geliştirmesidir (London ve ark., 2007; McKinney ve ark., 2018). Annelik, kadınlar için kültürün de etkisiyle yaşadıkları toplumdaki tüm rollerinden çok daha fazla öneme sahip olan bir deneyimdir (Kızılkaya Beji, 2016). Kadının yaşamındaki en önemli gelişimsel görevlerden biri olan anne olmak, bebeğine bağlandığı, role ilişkin görevleri yerine getirebildiği, haz ve memnuniyet dolu etkileşimlerin olduğu ilerleyici bir süreçtir (Masters, 2015). Diğer bir deyişle anne olmak, bilinen, güncel bir gerçeklikten yeni bir benlik anlayışı elde etmek için amaçların, davranışların ve sorumlulukların yeniden yapılandırılmasını gerektiren bir geçişi içermektedir (Meleis, 2010).

Kadın, hayatında var olan tüm karmaşık durumları çözümleyip, gebelikte sürecine ilişkin gelişimsel görevleri tamamlamak ve anne olma kimliğine ulaşmak durumundadır (Rubin, 1976; Mercer, 2004;). Gelişimsel görevler; aynı anda gerçekleştirilen, hem psikolojik hem de sosyal açıdan tamamlanması gereken, farklı değişimleri ve sonuçları barındıran süreçleri kapsamaktadır (Côté-Arsenault ve Denney-Koelsch, 2016).

Annelik kimliğinin kazanılmasında, kadın fiziksel olarak pasif görünmesine rağmen, bilişsel anlamda aşamalı olarak ilerlemektedir (Rubin, 1976). Mercer'e göre bu aşamalarda kadın, önce kendisi için gerekli olan değişikliğin kalıcılığını tanımlayarak bilgi arayışına girmeli, rol modelleri araştırmalı ve yeterlilik için kendini test etmelidir. Bu görevleri dört aşamalı annelik rolü ile gerçekleştirir: beklenen annelik evresi, formal evre, informal evre, kişisel evre (Mercer, 2004; Çoşkuner Potur, 2013). Bu aşamaların ilki olan beklenen annelik evresi, maternal-fetal bağlanmanın oluşumuyla başlamaktadır. Hamileliğe uyum ve bağlanma öncelikle sosyal ve psikolojik kabul sağlanarak gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır (Mercer, 1981, Masters, 2015; Çoşkuner Potur, 2013). Gebeliğini kabul edemeyen kadınlar, anneliğe ve gebeliğe uyumda zorlanmaktadırlar (Lederman ve Weis, 2009).

Risk; zarara uğrama tehlikesi, riziko anlamına gelmektedir (TDK, 2018c). Riskli gebelik, annenin veya fetüsün hayatının veya sağlığının gebelikle ilgili olan veya olmayan bir bozukluk tarafından tehlikeye atıldığı bir durumdur (Gilbert ve Harmon, 2011). Riskli gebe kadınları gebelik sırasında beklenmedik bir sağlık sorunu ortaya çıkan olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. (Heaman, 1998). Dünya geneli incelendiğinde 2015 yılında gebelik sırasında oluşan komplikasyonlar ve sağlık sorunları nedeniyle günde 830 kadın yaşamını kaybetmiştir (WHO 2017). Anne ölümlerinin çoğu gebelik döneminde gelişen önlenebilen ve tedavi edilebilen sağlık sorunları nedeniyle gerçekleşmektedir. Bu sorunlar tüm anne ölümlerinin %75'ini oluşturmaktadır. Gebelik sırasında oluşan hipertansif sorunlar maternal morbidite ve mortaliteye neden olan en önemli riskli gebelik tanısıdır (Say ve ark., 2014). Hindistan'da yapılan bir çalışma ile Haryana bölgesinde yaşayan kadınların %31,4'ünün riskli gebelik tanısı aldığı saptanmıştır (Bharti ve ark., 2013). Hafez ve arkadaşları (2014) ise Suudi Arabistan'da 30-35 yaş arası kadınlarda %44 oranında riskli gebelik olduğunu saptamışlardır. Ülkemizde ise, Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırmaları 2013 verilerine göre, 18-34 yaş arasında ilk doğumlarını yapacak olan kadınların % 63'ü gebelik dönemlerinde herhangi bir risk kategorisinde bulunmaktadır (TNSA, 2013).

Gebelik döneminde sorun yaşayan kadın kendisinin ve fetüsün sağlığının sürdürülmesi için hastaneye yatmak zorunda kalmakta bu da kadında olduğu kadar ailesinde de stres ve anksiyetenin artmasına neden olur (Martin-Arafeh ve ark., 1999). Riskli gebelik yaşayan kadınlarda hastaneye yatış, evden ve aileden ayrılma, duygusal anlamda rahatsız hissetme, aile yaşamındaki değişimler, kendi ve fetüsün sağlığına ilişkin endişeler ve bakım koşulları kadının hamilelikteki gelişimsel görevlerini yerine getirememesine neden olmakta, gebeliğe ve anneliğe uyumu zorlaştırmaktadır (White ve Ritchie, 1984). Hastaneye yatmanın gebelerde oluşturduğu endişenin değerlendirildiği bir çalışmada, kadınlarda anksiyete düzeyi yüksek bulunmuş ve bebeğin sağlığı ve uzun süreli yatış ile ilgili kaygıların baskın olduğunu görülmüştür (Heaman, 1998). Bu gebelerin sağlık durumunun düzeltilmesi için gerekli destek sağlanmazsa anne stres ve anksiyete yaşamakta, gebelik süreci olumsuz etkilenmektedir. Kadın gebeliğe psikolojik uyum sağlayabilmeli ve sorunlarla baş etmede güçlü olmalıdır (Gilbert ve Harmon, 2011).

Kılavuzlar, basılı yayınlar ve eğitim materyalleri kadının gebeliğe ve anneliğe uyum sağlamasında önemlidir. Ancak bir hemşire tarafından annenin endişelerinin tanımlanması ve sağlıklı bir iletişimin yerini almamaktadır. Hemşireler, bu kritik süreçlerde anneler üzerinde uzun vadeli olumlu etkiler yapabilme konusunda benzersiz bir konumda bulunmaktadır (Meighan, 2013). McCain ve Deatrick (1994) tarafından yapılan bir çalışmada gebelik döneminde hastanede yatan kadınlar hemşireler tarafından sağlanan duygusal desteğin önemini vurgulamışlardır. Erken doğum tehditi olan ve hastanede yatan kadınlarla yapılan bir diğer çalışmada, kadınlar durum hakkında hemşire ile konuşmanın, onların hayatlarındaki değişimi bilmelerinin ve takdir edilmelerinin terapötik yönü olduğunu belirtmişlerdir.

Riskli gebeliklerde gebeliği ve anneliğe uyumu araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Fışkın ve arkadaşları (2017) tarafından riskli gebelik nedeniyle hastanede yatan kadınlarla yapılan çalışmada gebelerin %47'sinin gebeliğe uyum düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Nakamura ve arkadaşları (2011) tarafından erken doğum riski nedeniyle hastaneye yatırılan gebelerle yapılan çalışmada da psikososyal uyumun daha düşük olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda riskli gebeliğin umutsuzluğa yol açtığı ve kadınlarda gebeliğe uyum sürecini zorlaştırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Çelik ve ark., 2013; Yu ve ark., 2013). Gümüüşdaş ve arkadaşları (2014) riskli gebelerde

sağlıklı gebe kadınlara göre daha düşük psikososyal uyumun olduğunu ve bu gebelerin daha yüksek kaygı ve stres yaşadıklarını bildirilmiştir. Çalışmalar, riskli gebeliğin klasik keder sürecine yol açtığını ve gebeliğin akut komplikasyonları olan kadınlarda gebeliğin zorluğuna adaptasyon sürecinin yapıldığını bildirmiştir. Prenatal dönemde sağlık sorunları olan kadınların psikososyal uyumunun daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Denis ve ark., 2012).

Tüm bunlar değerlendirildiğinde gebelik döneminde risk faktörü bulunsun ya da bulunmasın gebeliğe ve anneliğe uyumun değerlendirilip etkileyen faktörlerin kontrol altına alınmasının önemi ortaya çıkmaktadır. Literatür taramasında gebeliğe ve anneliğe uyum hakkında çalışmalar olmasına rağmen riskli gebeliklerdeki gebeliğe ve anneliğe uyumu saptayan ve bu süreci etkileyen faktörleri inceleyen hem nitel hem de nicel araştırma tasarımını içeren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, primipar riskli gebelik tanısı almış kadınların anneliğe ve gebeliğe uyum düzeyleri ile riskli gebelik deneyimlerini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Türk Dil Kurumu (TDK) 'na göre, gebelik "Gebe olma durumu; döllenme ile doğum arasında geçen süre" olarak tanımlanırken (TDK, 2018b); aslında bu dönem fetüsün oluşumu, büyümesi ve gelişmesini içeren süreçlerden çok daha fazlasını içermektedir (Rubin, 1976). Gebeliğin fizyolojik tanımından ise 280 gün, 10 lunar ay ve her biri 13 haftayı kapsayan üç trimesterden oluşan bir dönem olarak bahsedilmektedir (Tharpe ve Ark., 2013; Davidson ve Ark., 2012; Lowdermilk, 2016).

Gebelik dönemi kadının yaşadığı gelişimsel bir kriz süreci olarak da tanımlanmakta, gebeliğin istenmiş veya istenmemiş olmasına bağlı olarak ailede stres ve anksiyeteye neden olan bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. Anne ve babanın gebeliğe uyum sürecinde başarılı olmaları, çok ciddi ve reddedilmesi mümkün olmayan sorumlulukları içeren yaşamsal bir tecrübe olan ebeveynliği pozitif bir şekilde deneyimlemelerinde elzemdir (Davidson ve ark., 2012; Tharpe ve ark., 2013; McKinney ve ark, 2018).

"Kadınlık ve Annelik Psikolojisi" kitabında Solmuş (2012), gebelik dönemini kadınlığın kırılma noktalarından biri olarak tanımlanmıştır. Gebelik dönemi kavramsal olarak-çocuğu olmayan kadın olma durumundan çocuk sahibi olan kadın olma- durumuna geçme, başka bir deyişle iki yaşam biçimi arasındaki geçiş süreci olarak görülmektedir (Lederman ve Weis, 2009).

Kadın gebelik sürecinde kendine özgü ve bağımsız olmaktan çıkıp kendi dışında başka bir canlı için yaşam boyu sürecek olan endişe duygusuna kapılmaktadır (Lowdermilk, 2016). Bu geçiş ve endişe durumu bir paradigma değişimi olarak tanımlanabilir. Sözü edilen paradigma değişimi, yenidoğan bebeğin benliğinin ayrılmaz ve önemli bir parçası olarak görüldüğü, kadına ait benlik imajı, inançlar, değerler, öncelikler, davranış kalıpları, başkalarıyla olan ilişkiler ve problem çözme becerilerinin bütününe gelen yolcuya bağlı olarak yeniden düzenlenmesini gerektirmektedir. Gebelik süreci boyunca kadın kendisini ve diğer önemli gördüklerini tekrar değerlendirirken, kullandığı bazı eski yollardan vazgeçip yenileri ile değiştirmektedir. Bu gelişimsel büyüme ve değişim süreçleri gebelik deneyimi sırasında sıklıkla karşılaşılan gelişimsel görevleri yerine getirmeyi gerektirir (Valentine, 1982; Cohen, 1988; Lowdermilk, 2016).

Gelişimsel görevler, bireyin yaşamının belli bir döneminde veya sonrasında ortaya çıkan görevlerdir. Görevi yerine getirmede başarısız olduğunda, uyum eksikliği, çevresel baskı ve güçlüklerle karşılaşılırken, sonuç başarılı olduğunda duruma uyum sağlama, denge kurma ve daha sonraki görevlerde başarı olasılığının artmasını sağlamaktadır (Davidson ve ark., 2012; Alligood, 2014). Gebelik dönemini gelişimsel bir görev serisi olarak görmek, bu görevlerin neler olduğunu ve her bir görevin başarısının anlamını bilmek gebeliğe uyumun değerlendirilmesini sağlamaktadır (Valentine, 1982). Hamilelikteki gelişimsel görevler öncelikle psikanalitik literatürde tanımlanmış daha sonra bu konu üzerinde çalışma yapan kadın doğum hemşireleri Reva Rubin, Ramona Mercer ve Regina Lederman tarafından araştırılmış ve ana hatları belirlenmiştir (Durham ve Chapman, 2013).

Gebelik dönemi boyunca, kadının vücudu anatomik olarak büyüme, gelişme, büyümekte olan fetüsü barındırma ve beslenmesini sağlamak için fizyolojik birçok değişime maruz kalır (Rubin, 1976; Mattson ve Smith, 2016). Aynı zamanda gelişimsel olarak da büyümenin sağlandığı bu dönem, stres ve anksiyetenin eşlik ettiği bir dönemdir (McKinney ve ark., 2018). Bu dönemde kadın; psikolojik açıdan daha hassas, kişisel gelişim için fırsatlara daha açık, kişilerarası ilişkiler, iş hayatı, eğitim durumu, ekonomik durum, bakıma ulaşma gibi bazı alanlarda strese karşı daha duyarlı ve kırılabilir yapıda olmaktadır (Mattson ve Smith, 2016).

2.2. Uyum

Uyum, bireyin iç ve dış çevresinde meydana gelen herhangi bir değişikliğe karşı bireysel bütünlüğünü koruma ya da denge kurma amacıyla fiziksel ve davranışsal olarak verdiği tepkiler olarak tanımlanmaktadır (Gençöz, 1998; Townsend, 2014). Genel anlamda uyum; kişinin çevresel tüm etmenlerle sağlıklı bir iletişim kurması ve bunu devam ettirmesidir (Beydağ ve Mete, 2008). Uyum, kişiden kişiye göre değişen ve toplumsal süreçlerden etkilenebilen bir kavramdır (Sezer, 2016).

Uyum süreci birçok faktörden etkilenmektedir. Kişinin kendisinden kaynaklı faktörlerin yanı sıra, duyguları, düşünceleri, tutkuları ve davranışları uyumu ve uyum sürecini etkilemektedir. Kişiler bu süreçte öncelikle kendilerinden kaynaklanan değişiklikleri kavramalı, kabullendikten sonra çevresel faktörlerle uyum geliştirmelidir.

Uyum, kişinin çevresindeki tüm etmenlerle sağlıklı bir iletişim kurarak hayatına devam etmesi olarak tanımlanabilir (Beydağ ve Mete, 2008). Gebelik kadına ait çevresel faktörlerden etkilenen, hem de çevresel faktörleri etkileyebilen bir dönemdir. Gebelik döneminde kadınların sağlık koşulları ve yaşadığı çevre olaylara karşı verdikleri tepkisel yanıtları şekillendirmektedir (Hudson ve ark., 2001).

2.3. Gebeliğe Fizyolojik ve Psikososyal Uyum

Kadın gebelik sürecinde psikososyal değişikliklere ek olarak biyokimyasal ve fizyolojik değişikliklerine ilişkin uyum süreci yaşamaktadır. Gebelik ile birlikte artış gösteren östrojen ve progesteron hormonları tüm vücudu etkilemekte ve vücut buna uygun uyum mekanizmaları geliştirmektedir (Lowdermilk, 2016; McKinney, 2018). Kadının üreme organlarında yoğun değişimler yaşanmaktadır (Ward ve Hisley, 2009). Gebeliğin ilk dönemlerinde östrojenin etkisiyle uterusu ağırlık, genişlik, derinlik, boyut ve hacimde artış meydana gelmektedir. Uterusun ağırlığı yaklaşık 70 gr iken gebelikte 1100-1200 gr olur ve kan hacmi ise gebeliğin son dönemlerinde 5000 ml düzeyine ulaşmaktadır (Ricci, 2013).

Memelerdeki değişimler konsepsiyondan hemen sonra başlamaktadır. Pigmentasyondaki artış ile birlikte areolada koyulaşma, östrojen ve progesteron ile birlikte Montgomeri tuberküllerinde genişleme ve meme uçlarının daha belirginleşmesi gibi değişimler meydana gelmektedir (Mattson ve Smith, 2016; McKinney, 2018). Serviks dokusu vaskülarizasyonda ve hormonlar artış ile birlikte fetüsün doğumuna izin verecek şekilde esnemeye ve yumuşaya başlar. Özellikle de progesteronun etkisiyle vajinal akıntı fetüsün bakteriyel enfeksiyonlardan korunması amacıyla katılarak servikal osun kapanmasını sağlamaktadır (Witten ve ark., 2018).

Fizyolojik uyumun en fazla yaşandığı sistem kardiyovasküler ve hemodinamik sistemdir. Hemodinamik değişikliklerde başlıca uyum mekanizmaları kardiyak output, plazma, kan volümünde ve sistemik vasküler rezistansta artış ile kan basıncında azalma olmaktadır. Sağlıklı bir gebelikte damarlarda vazodilatasyonda artış olurken kan basıncında düşme meydana gelmektedir (Lopes van Balen ve ark., 2017). Gebeliğin ilk haftası ile birlikte plazma ve kan hacminde artışın başlamakta ve üçüncü trimesterde en yüksek düzeye çıkmaktadır. Gebelik boyunca plazma hacminde 1,3 litre, oranında ise %45,6'lık bir artış olduğu tespit edilmiştir (De Haas ve ark., 2017). Serebral fonksiyonların ve sinir sisteminin gebelikteki fizyolojik uyumu diğer organ ve yapılara

oranla benzersizdir. Sinir sistemindeki en önemli uyum mekanizması dolaşımdaki vazoaktif faktörlerin etkisini ortadan kaldırmaktır. Gebelik sırasında sinir sistemi tarafından kemokinler, sitokinleri steroidler ve büyüme faktörleri de dahil olmak üzere yüksek miktarda hormon salgılanmakta ve bu hormonlar özellikle plasenta, overler, uterusu etkilemektedir (Johnson ve Cipolla, 2015).

Gebelik sadece anneyi değil bütün aile üyelerini etkilemekte ve her aile üyesi bu yeni duruma uyum sağlamaya çalışmaktadır (Lowdermilk, 2016). Gebelik her anne ve baba için benzersiz bir deneyim olmasına karşın, geçmiş yaşam deneyimleri ve içinde bulunulan koşullar her gebeliğin, her birey için gelişimsel farklılıklar göstermesine neden olmaktadır (Weis ve ark., 2008). Aynı zamanda sosyal ve kültürel faktörler de gebeliğe uyum sürecini etkilemektedir (Kuğu ve Akyüz, 2001; McKinney ve Ark, 2018). Bu dönemde kadında sürekli sorgulama ve belirsizlik durumları yaratan bilişsel süreçler meydana gelmektedir (Rubin, 1970). Hem anne hem de baba için öngörülebilir bazı psikolojik süreçler gebelikte yaşanmaktadır (Valentine, 1982).

Gebelik döneminde kadın hem beden imajında oluşan değişikliklere uyum sağlamaya çalışırken hem de aile içerisinde ilişkileri yeniden düzenlemektedir. Gebeliğe karşı psikolojik ve duygusal tepkiler sosyal ve kültürel boyutlardan etkilenmesine rağmen her kadında gebeliğe uyumun bazı aşamalarının ortak olduğu belirlenmiştir (Davidson, 2012). Gebeliğe uyum sürecindeki en önemli noktalardan birisi gebeliğin kabul edilmesidir. Gebeliğin kabul edilmesi en geniş anlamda; kadının prenatal dönemde fetüsün büyüme ve gelişmesiyle birlikte oluşan değişimlere verdiği uyumlu-yanıtları ifade etmektedir (Lederman ve Weis 2009). Gebeliğin kabul edilmesi, bir kadının gebelik ve annelik kimliğini oluşturma adaptasyonunun önemli bir bileşenidir (Weis ve ark., 2008).

Gebeliğin kabul edilme süreci birçok faktörden etkilenmektedir (McKinney ve ark.,2018). Planlanmamış ve istenmeyen bir gebeliğin yaşanması kadında korku ve çatışma duyguları oluşturmakta ve gebeliğe uyum sağlayamamasına neden olmaktadır. Planlanmayan ve istenmeyen bir gebeliği devam ettiren kadın fiziksel rahatsızlıkları, depresyon, anksiyete gibi ruhsal durum bozukluklarını daha fazla yaşamaktadır (Davidson ve ark, 2012). Gebeliğe uyum sağlandığında kadın mutluluk ve memnuniyet duyguları yaşamadığını ifade etmektedir. Fiziksel rahatsızlıkların oluşması daha az, son trimesterde oluşan fiziksel rahatsızlıklara karşı toleransı daha fazla olmaktadır. (Lederman ve Weis, 2009). Öte yandan kadının obstetrik açıdan maternal ve fetal sağlığın

değerlendirilmesi için sürekli prenatal kontrole gitmesi gebelik ve çocuk sahibi olmayı tehlikeli bir hastalık durumu olarak görmesine neden olabilmektedir. Gebelik süreci fizyolojik bir süreç olmasına rağmen bir hastalık gibi tıbbileştirilmiş (medikalizasyon) olması kadının gebeliğe uyum sürecini sürekli gözden geçirmesine neden olan ve gebeliğe uyumunu da etkileyen bir belirsizlik durumunun sürekli yaşanmasına neden olabilmektedir (Pillitteri, 2014; Bergbom ve ark., 2017).

Gebeliğin kabul edilmesi ve anneliğe uyum, fetüse karşı olumlu duygular oluşturma, öz bakım davranışları için içsel motivasyon oluşturma ve postpartum döneme uyum sağlama gibi önemli maternal konuları da etkilediğinden prenatal dönemdeki hemşirelik bakımı kadın için büyük önem taşımaktadır (Nakamura, 2010). Gebelik ister planlanmış isterse beklenmedik bir anda gerçekleşmiş olsun gebeliğe uyum için belirli bir süre gerekmektedir. Gebeliğin kabul edilmesi, fetüs ve anneliği kabul etme süreci dinamik olarak devam eden bir süreçtir (Rubin, 1976; Lowdermilk, 2016). Gebelik dönemi boyunca gebenin her trimester dönemine özgü uyum süreci bulunmaktadır. Her trimesterde kadının tepkileri değişmekte ve aşılması gereken görevleri farklılaşmaktadır (Rubin, 1976; Davidson ve ark., 2012).

2.3.1. İlk trimester

İlk trimesterde öncelikle gebelik durumu yalnızca bir çocuğa sahip olunması ile ilişkilendirilmektedir (Rubin, 1976). İlk haftalarda gebeliğinden emin olamayan kadın bu durumu menstruasyonun sona ermesi ve gebelik testinin pozitif çıkması olarak tanımlamaktadır. Kadın ultrasonda gebelik kesesini görmedikçe gebeliğin gerçek olduğuna inanmaktadır (Davidson ve ark., 2012; McKinney ve ark., 2018). Bu nedenle, sürekli kendisinde gebelik ile birlikte oluşan değişimleri gözlemleyerek gebe olduğunu kabullenmeye çalışır (McKinney ve ark., 2018).

Gebelik kabul edilmeden önce, başlangıçta çoğu kadın “ambivalan duygular” yaşamaktadır. Bu ambivalan duyguların nedenleri, kadının gebe kalma zamanını yanlış bulması, kariyer planları ve var olan ilişki durumlarını yeniden düzenleme ihtiyacı hakkındaki endişeleri, annelik rolünü kabullenme ile ilişkili korkuları, kendi annesi ile çözümlenmemiş duygusal sorunlarının olması ve gebelik ile doğum süreci hakkındaki korkuları olabilmektedir (Lederman ve Weis, 2009). Gebe kalmak ve anne olmak yaşam boyu süren kalıcı değişikliklere yol açacağından sıklıkla kadın bu değişikliklerin neler

olacağını ve nasıl baş edeceğini değerlendirmeye başlamaktadır (Rubin, 1984; McKinney ve ark., 2018).

Birinci trimester boyunca kadının odak noktası bebek yerine kendisi olmaktadır. Erken dönemde gebelikle birlikte oluşan yorgunluk, kusma gibi fiziksel değişimlerin olması bebekten çok kadının vücuduna yönelmesine neden olmaktadır. Mide bulantısı, kusma, halsizlik gibi yaşanan fiziksel sorunlara ambivalan duyguların eşlik etmesi kadında hem psikolojik hem de fizyolojik olarak stres yaratmaktadır (Davidson, 2012). Ek olarak bu değişimlere rağmen bebeğin varlığı gerçek görülmemektedir (Pilletteri, 2014 , Lowdermilk, 2016; McKinney ve ark., 2018).

“Anne olmak- Mutlu kuşaklar yetiştirmek için” kitabında bazı anne adaylarının ilk trimesterla ilgili düşüncelerine yer verilmiştir. Kadınların bu ifadeleri ilk trimestere özgü yaşanan sorunları açıklamaktadır:

“İlk üç ayında sanırım bebek küçük olduğundan ve karnım henüz çıkmadığından henüz bir bağ oluşmamıştı aramızda. O yüzden her şey yine eskisi gibi benim eksenimde dönüyordu.”(Yavuzer, 2010).

“İlk üç ayında fiziksel olarak bir değişiklik olmamasından dolayı sadece duygusal olarak inanılmaz bir sevinç ve biraz da kaygı yaşadım. Bir de ilk üç ayında toplu taşıma araçlarında yer vermeleri için karnımın şiş görünmesine uğraşıyordum. İnsanlar tereddüt ederek veriyorlardı ama gene de yer veriyorlardı.” (Yavuzer, 2010).

Kadının ilk trimesterde yapması gereken öncelikli görevi, gebeliği kabul edip benimsemesidir. Gebeliği kabul edilmesi veya reddedilmesi arasındaki çatışma kadının ideal beden algısı ile şu anki beden imajı arasındaki uyum sorunlarından kaynaklanmaktadır (Rubin, 1976). Gebeliğin kabulü birçok faktörden etkilenmektedir. Gebeliğini planlamayan ve gebelik haberi ile birlikte korku ile endişeyi çok yoğun yaşayan kadınlarda uyum düşük olmaktadır. Özellikle istenmeyen gebeliğe sahip kadınlarda daha yoğun fiziksel rahatsızlıklar ve konforda bozulma görülmektedir. Kadınlar ancak gebeliğin tam olarak kabul edilmesiyle birlikte gebelikten duydukları memnuniyet ve hazzı ifade etmeye başlamaktadır (Lederman ve Weis, 2009). Gebeliğin kabulünü kadının yaşı da etkilemektedir. İleri yaşta (35 yaş ve üstü) gebe kalan kadınlar yaşamları boyunca problem çözme becerilerini geliştirdiklerinden genç ve adölesan gebelere oranla gebeliğe ve anneliğe uyumda daha az çatışma yaşamakta ve daha uyumlu olmaktadır. Ancak genç gebelere oranla daha az gebe yaşlıları olduğundan uyum

sürecinde sosyal destekten yararlanma durumları azalmaktadır (Davidson ve ark., 2012). İlk trimesterde gebeliğin reddedilmesi yaygın görülmesine karşın gebeliğe uyum ile bu dönem sonlanmaktadır (Lowdermilk ve ark., 2016).

İlk trimesterde meydana gelen fizyolojik değişimler gebeliğe uyumu etkilemektedir. İlk trimesterde en fazla görülen fiziksel semptomlar bulantı, kusma, yorgunluk, sık idrara çıkma ve düşük tehditi olmaktadır (Taşkın, 2015). Kusma, bulantı ve yorgunluk erken gebelik döneminde yaşanan en yaygın semptomlardır. Kadınların %70'inden fazlası bu durumu yaşadığı bildirmektedir (Lee ve Saha, 2011). Bu durumu yaşayan kadınlarda yeniden tekrarlamaya olasılığı oranı %15,2-%81 arasındadır (Brown, 2016). Ülkemizde Timur ve Kızılırmak (2011) tarafından ilk trimesterdeki gebelerle yapılan bir çalışmada ise kadınların %60,6'sının ağır düzeyde bulantı ve kusma yaşadığı tespit edilmiştir. Kusma ve bulantı gebeliğin erken dönemlerinde kadınların hem sosyal hem de iş yaşamını etkilemektedir (ACOG, 2015). Bai ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada bulantı, kusma ve yorgunluğun kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. İlk trimesterde kadın kendini hasta olarak görmektedir. Gebelik nedeniyle oluşan bu durum karşısında kadın ambivalan duygular yaşamakta ve gebeliğe uyumu etkilenmektedir (Pillitteri, 2014). Yapılan bir çalışmada ilk trimesterde kadınlar gebeliği kabullenmede ve gebeliğe uyum sürecinde en fazla kusma, bulantı ve yorgunluk hissinin etkilediğini bildirmişlerdir (Lederman ve Weis, 2009). TNSA 2013 verilerine göre ilk gebeliklerin %77,2'sinin düşükle sonuçlandığı belirtilmiştir. Gebeliğin erken dönemlerinde düşük tehditinin yoğun olması, henüz bebeğin varlığının hissedilmemesi de gebeliğin kabulünü ve uyum sürecini olumsuz etkilemektedir (Mercer, 2004; Lederman ve Weis, 2009).

2.3.2. İkinci trimester

İkinci trimester genel olarak ilk trimestere oranla daha sorunsuz ve rahat ilerlemektedir. Sabah bulantıları genel olarak geçmiş, düşük tehditi azalmış ve kadın gebelik gerçekliğini kabul etmiştir (Davidson ve ark., 2012). Aynı zamanda ikinci trimester, kadında fetüsün “gerçek” olarak algılanmasını sağlayan fiziksel değişikliklerin meydana geldiği dönemdir. Uterusun palpasyonu, abdomenin büyümesi, memedeki değişiklikler ve kilo artışı bu dönemde oluşan fiziksel değişimlerdir (McKinney ve ark., 2018). Kadınların bazıları gebe görüntüsüne sahip olmayı kendisi ve ailesi tarafından gurur verici bir olarak kabul edip hızlı ve beklenmedik değişimleri olumlu

karşılamaktadırlar. Bazı kadınlar ise uyum sağlamakta zorlanmakta ve bu değişimleri “beden imgesinde bozulma” olarak görmektedirler (Carpenito-Moyet ve Erdemir, 2012).

Bebeğin hareketlerinin ilk kez hissedilmesi ile kadınlar çok özel ve unutulmaz bir deneyim yaşamaktadırlar. “Tekmeleme” kavramı kadının fetüsün gerçekliğini somut olarak ilk kez hissettiği oldukça önemli bir aşama olarak görülmektedir (Rubin, 1976). Kadın fetal hareketlerle birlikte bebeğin ultrasondaki görüntüsünü görüp kalp atışını işittiğinde bebeğini vücudunun bir parçası olarak görmek yerine onunla birlikte yaşamını devam ettiren bir birey olarak görmeye başlamaktadır (Ward ve Hisley, 2009).

İlk trimesterdeki fiziksel sorunların azalması ve fetüsün gerçekliğinin kabul edilmesiyle birlikte kadının odak noktası kendinden bebeğine doğru yer değiştirir. Kadın artık gebelikte meydana gelebilecek sorunları düşünmekte ve tamamen fetüsün varlığı ile onun sağlığına odaklanmaktadır (McKinney ve ark., 2018). Hemşireler kadına bu dönemde sağlık eğitimi planlarken anne-bebek bağlanması, bebek için güvenli çevre oluşturulması ve fetüsün bir birey olarak kabul edilmesini kolaylaştıracak konuları dahil etmelidirler (Ward ve Hisley, 2009).

Bu dönemde kadınların birçoğu fetüsün beslenmesi ve korunmasına ilişkin yeterlilikleri hakkında endişeleri artmaktadır. Bu endişeler sıklıkla “narsizm” ve “introversiyon” (içe yönelme) kavramlarını ortaya çıkarmaktadır (Pillitteri, 2014; McKinney ve ark., 2018). Narsisizm, kadının bu dönemde doğru besinleri tüketmeye ve uygun kıyafetleri seçmeye her zamankinden daha önem vermesi ve kendini her şeyden önemli olarak görmesidir. İntroversiyon (içe yönelme) kavramı ise, kadının yalnızca gebeliğine ve bebeğine odaklandığından etrafında olup biten olayların daha az farkında olmasıdır (McKinney ve ark., 2018). İçe yönelme kavramı bazen kadının eşine ilgi ve sevgisini yeterince gösterememesine neden olmaktadır. Bu durum eş ve tüm aile bireylerinde stres kaynağı oluşturup sorunlara neden olabilmektedir (Davidson ve ark, 2012). Aynı zamanda kadınlarda doğmamış bebeğine yönelik fantezi ve bebeğin görünümü, cinsiyeti, davranışları, ailedeki etkisi gibi hayalleri ortaya çıkmaktadır. Ancak, bu hayallerin içeriği gebeliğin ilerlemesi ve riskli gebelik varlığı ile değişmektedir (Ward ve Hisley, 2009). Bu dönemin sonunda, gebeliğe tamamen uyum sağlayan ve anne-bebek bağlanmasını tamamlayan anneler doğum için kendilerini hazır hissetmeye başlar ve eşi ile daha olumlu ilişkiler geliştirirler (Kiehl ve White, 2003).

2.3.3. Üçüncü trimester

Üçüncü trimester kadının gebeliği ile gurur duyarken aynı zamanda bebeğin doğması için ne yapması gerektiğine ilişkin anksiyete deneyimlediği bir dönemdir. Bu dönemde karın bölgesi oldukça belirgin ve dışa çıkık olduğundan kadın diğer kişiler tarafından daha fazla korunmaya, sabırla karşılanmaya ve hoş görülmeye başlanmaktadır (Davidson ve ark., 2012). Bu durum aynı zamanda kadınların kendilerini savunmasız hissetmesine de neden olmaktadır (McKinney, 2018). Gebeliğe ilişkin bazı fiziksel rahatsızlıkların uzun bir süreden sonra yeniden ortaya çıktığı dönemdir. Fetüsün olgunlaşması ve gelişmesi en üst sınıra ulaştığından mide yanması, varis, ödem gibi sorunlar oluşmaktadır (Lowdermilk 2016). Bu dönemin sonunda kadının doğum yapacağı gerçekliği doğuma hazırlanması için kadını motive etmektedir (Şirin ve Kavlak,2016).

Üçüncü trimester boyunca kadın bebeği güvenliği, sağlığı ve doğum sırasında olacaklar hakkında endişe duymaktadır (Davidson ve ark., 2012). Doğumunun ne şekilde olacağını, ilerleyiş sürecini ve kendisi ve bebeğinin zarar görme/ölme olasılığını fazlasıyla merak etmektedir. Bu nedenler kadının sağlık profesyonellerinden ve aile üyelerinden en fazla destek almaya ihtiyaç duyduğu bir dönem olmaktadır (Serçekuş ve Mete,2010). Aynı zamanda son trimesterde kadınlarda duygu durumunda karışıklık yeniden ortaya çıkmaktadır. Kadınlar bir yandan gebeliğin son aylarındaki fiziksel rahatsızlıklardan yakınıp bebeğine kavuşmak için gebeliğinin sona ermesini isterken, öte yandan da bebekle birlikte gelişecek sorumluluklar nedeniyle gebeliğinin devam etmesini istemektedir (Ward ve Hisley, 2009; Davidson ve ark.,2012; Lowdermilk ve ark., 2016).

“Anne Olmak-Mutlu Kuşaklar Yetiştirmek İçin” adlı kitapta son trimesterdeki kadınlarla yapılan görüşmelerin içeriği yukarıda bahsedilen duygusal ve fiziksel değişikliklerle örtüşmektedir:

“Son üç ayda karnımın iyice büyümesiyle birlikte ufak tefek fiziksel zorluklar yaşamaya başladım. Tüm sıkıntılara rağmen bir an bile pişman olmadım ve hep bebeğimizi kucağımıza alacağımız günün gelmesi için dua ettim.”

“Son üç ayda ise doğum iyice yaklaşmış olduğu için daha da yavaş geçiyordu zaman. Fiziksel olarak da zorlandığım için bir an evvel doğsun istiyordum. Sabırsızlık had safhadaydı. Hiçbir zaman, keşke hep karnımda kalsaydı demedim. Hamilelik güzel ve değişik bir süreç ama birlikte yaşamak çok daha güzel.”

“Son üç ayına geldiğimizde ise artık her şey onun için olmaya başladı. Alışverişler, onunla birlikte kurduğumuz hayaller, endişeler...” (Yavuzer, 2010).

Bu dönemde hemşireler tarafından kadına verilecek doğuma hazırlık, annelik rolüne hazırlanma, bebek bakımı ve lohusalık dönemi gibi konuları kapsayan eğitimler kadının belirsizlikten ve bilgisizlikten doğan kaygılarının azalmasına katkıda bulunacaktır (Ward ve Hisley, 2009).

2.4. Anneliğe Uyum

2.4.1. Annelik Rolüne Geçiş Süreci

Anneliğe geçiş kadının annelik rolünü üstlendiği ve kendini anne olarak nitelendirdiği süre içinde kişisel ve kişilerarası değişimlerin gerçekleştiği bir süreçtir. Bu süre içinde kadın fiziksel psikolojik ve sosyal değişimler geçirip öz benliğine anne olma kimliğini de eklemektedir (Emmanuel ve ark., 2008). Anneliğe geçiş, gebelik döneminde başlayan ve gebelik haftası ilerledikçe artış gösteren bir süreçtir Kadın gebeliği ve gebelikle birlikte olabilecek değişiklikleri kabul etmelidir. Kadın doğmamış bebeği ile bir ilişki geliştirip fetüsü önce kendi bedeninden bir parça olarak görmekte sonrasında ise ayrı bir birey olarak tanımlamaktadır. Gebeliğin sonlarına yakın dönemde kadın kendini doğuma ve ebeveynliğe hazırlamalıdır (McKinney ve Ark., 2018).

Kadınlar için anneliğe geçiş süreci evrensel bir gelişimsel deneyim olarak tanımlanmaktadır (Meleis, 2000). Anneliğe uyum sağlama ve annelik rolünü kazanma kadında sosyal, bilişsel, duygusal ve davranışsal değişimlere neden olmaktadır. Anneliğe geçiş süreci kültürel inanış ve davranışlardan etkilenmektedir. Bu inanış ve davranışlar anneliğe uyum sürecini etkileyen önemli faktörlerdir (Heydarpour ve ark.,2017). Örneğin Ortadoğu ülkelerinde sağlıklı bir bebeğe sahip olamayan ve riskli bir gebelik geçiren kadınların anneliğinin yetersiz olduğu söylenmektedir (Heidari ve ark., 2012). Bu olumsuz sosyal ve toplumsal tepkiler kadının anneliğe uyum sürecinde aksamalara yol açmaktadır (Shin ve White, 2007). Öte yandan kadının gebelikle ilgili kararının net olması, yaşı, anneliğe ilişkin beklentilerinin gerçekçi olması anneliğe uyum sürecini olumlu etkileyen etmenler arasındadır. Adölesan dönemin en belirgin özelliği olan benmerkezcilik nedeniyle bu dönemde yaşanan gebeliklerde anneliğe uyumu zorlaştırmaktadır (Durham ve Chapman, 2010). Annelik rolüne uyum sağlandığında annenin kendine olan güveni artarak beklenen rol ve sorumlulukları yerine getirmekte, böylece gebelikten duyulan memnuniyette artış olmaktadır (Rubin, 1984; Emmanuel ve ark., 2008).

2.5. Annelik Rolüne Uyum Basamakları

Annelik rolünün gelişimi gebelikte birlikte başlamakta ve doğumdan sonra da aşamalı olarak ilerlemektedir. Rubin (1984) anneliğe geçiş sürecinin anlaşılabilmesi için annelik rolüne uyum basamaklarını içeren teorik bir çerçeve oluşturmuştur. Bu teorik çerçeveye göre kadının annelik rolünü kazanabilmesi için dört temel maternal görevi yerine getirmesi gerekmektedir (Rubin, 1984). Görevler kadın tarafından yerine getirilirken aynı zamanda bebeği ile karşılıklı memnuniyet veren bir ilişki için temel oluşturulmaktadır (Davidson ve ark., 2012). Bu görevler sırasıyla; taklit etme, rol yapma, hayal kurma, rol model arama aşamalarıdır.

Kadın öncelikle içeri alma (introjection) döneminde anne olmak için öğrenmesi gerekenler hakkında farkındalık oluşturup, ailesinden ve arkadaşlarının arasından bu role uygun rol model arayışı ile yansıtma (projection) dönemine geçiş yapar. Reddetme (rejection) döneminde ise seçilen rol model uygun davranışlarda bulunmazsa bu model reddedilir. Kendine uygun gördüğü rol modeli bulana kadar yeniden arayış dönemi olan bir önceki döneme geçiş yapar (Rubin 1984; Pillitteri,2014).

2.5.1. Taklit etme

Taklit etme , çocuk sahibi veya halen gebe olan diğer kadınların annelik rolüne uygun olan davranışlarını gözleme ve taklit etmeyi içermektedir. Taklit etme gebeliğin erken dönemlerinde başlamaktadır. Kadının kendini gebe gibi hissetmesi ve diğerlerinin nasıl tepki vereceğini görmek istemesinden dolayı erken dönemde gebe kıyafetleri giymesi taklit etmeye bir örnek olarak gösterilebilmektedir (McKinney ve ark., 2018). Bu dönem okul öncesi çağıdaki anne ve babasını taklit ettiği dönemle benzer özellikler taşımaktadır. Kadın annesi ile konuşarak daha fazla vakit geçirmek istemektedir. Bu dönem aynı zamanda kadının annesi ile adölesan dönemden beri süregelen bariyerlerin ortadan kaldırılmasına imkân sunmaktadır (Pillitteri,2014; McKinney ve ark., 2018).

2.5.2. Rol yapma

Rol yapma gebelik dönemi boyunca bebek bakımını öğrenmek için diğer annelerin yaptıkları davranışları gözlemlemektir. Genel olarak kadınlar bu dönemde bebek bakımı konusunda bilgi düzeyini arttırmak için çevresinde yeni doğum yapmış annelerin bebeklerinin bakımlarını üstlenmeye hevesli olmaktadırlar. Rol yapma kadına beklenen annelik rolü için pratik kazandırma imkânı sunmaktadır (Pillitteri,2014;

Durham ve Chapman, 2010; Davidson ve ark., 2012). Bu konuda ebeveynliğe ve doğuma hazırlık sınıfları çoğu kadına çözüm olanağı sunmaktadır (Ward ve Hisley, 2009; Lowdermilk ve ark., 2016).

2.5.3. Hayal kurma

Hayal kurma kadına çeşitli olasılıklara karşı nasıl davranışlar geliştirmesi gerektiğini keşfetme imkânı sağlamaktadır. Hayaller genel olarak bebeğin nasıl görüneceği veya nasıl bir karaktere sahip olacağı hakkında olmaktadır (McKinney ve ark., 2018). Bazı zamanlar bu hayaller korku dolu olmaktadır. Ya bebeğin sağlığı ile ilgili ters giden bir şeyler olursa? Ya bebek ağlarsa ve hiç susmazsa? gibi sorular kadının kafasında oluşabilmektedir. Bazı kadınlar ise bir yabancıya hayatlarına girmesi gibi rüyalar görmektedir. Bu yabancı genel olarak fetüs olarak tanımlanmaktadır (Driscoll, 2008).

2.5.4. Rol Model Arama

Rol model arama kadının annelik rolü için beklentilerinin oluşmasından sonra ortaya çıkmakta ve “iyi anne olma” kavramını içselleştirmeyi sağlamakta, beklentilerine uygun olan davranışları özümseyerek anneliğe uyumunu desteklemektedir (McKinney ve ark., 2018). Kadın birçok annenin davranışlarını gözlemleyerek oluşturduğu beklentiler ile yaptığı davranışları kıyaslamaktadır.

2.6. Gebenin Maternal Görevleri

Rubin (1984), gebelikte kadın tarafından psikolojik olarak aşılması gereken görevleri dört ana grupta toplamıştır:

1. Kendisi ve bebeği için güvenli bir pasaj oluşturmak (fiziksel, sosyal, duygusal)
2. Kendisi ve bebeği için destek ve kabul sağlamak
3. Anne-bebek bağına kurmak
4. Bebeğe kendini adanmak

2.6.1. Kendisi ve bebeği için güvenli bir pasaj oluşturmak (fiziksel, sosyal, duygusal)

Gebelik boyunca en fazla dikkat gerektiren ve en öncelikli maternal görev gebelik ve doğum süreci boyunca güvenliğin sağlanmasıdır (Rubin 1984; Ward ve Hisley, 2009). Eğer kadın kendi ve bebeği için güvenli bir çevre oluşturamazsa diğer maternal görevlere geçememektedir Kadın gebeliği boyunca hem kendisi hem de doğmamış bebeği için

endişe duymaktadır. Üçüncü trimester ile birlikte kadının vücut ağırlığında artış ve hareketlerinde yavaşlama başlamaktadır. Tüm bunlar kadın tarafından çevreden gelebilecek olası dışsal etkenlerin, üstesinden gelinmesi gereken tehdit olarak görülmesine neden olmaktadır. Bu nedenle güvenliğini sağlayacak sürekli bakım hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır (Davidson ve ark.,2012). Güvenli çevre oluşturulması doktor veya hemşire tarafından gebelikte beslenme ve vitamin desteği hakkındaki önerilere uyma ile sürekli kontrole gitme davranışları ile sağlanabilmektedir. Bunlara ek olarak kadın kendisi ve bebeğinin güvenliğini sağlayacak kültürel uygulamalara da bağlı kalabilmektedir (McKinney, 2018).

2.6.2. Kendisi ve bebeği için destek ve kabul sağlamak

Bebeğin kabul edilmesi gebeliğe uyum sürecindeki en kritik noktalardan birisi olarak görülmektedir (Ward ve Hisley, 2009). Kabullenme süreci gebelik boyunca devam etmektedir. Kadının kendisi ve bebeğin, aile bireyleri tarafından kabullenilmesi kişiler arası ilişkilerin yeniden düzenlenmesini gerektirmektedir (Lowdermilk ve ark., 2016; McKinney ve ark., 2018). Eğer bebek kadının eşi ve ailesi ve kendi annesi tarafından benimsenip, kadına karşı olumlu davranışlar gösterilirse kadın kendini değerli ve konforlu hissetmektedir. (Ward ve Hisley, 2009).

2.6.3. Anne-bebek bağı kurmak

Kendinden ödün vermek anne olanın bir bileşeni olup zorunlu olarak yerine getirilmesi gereken bir görevdir. Kadın için ödün vermeyi öğrenme gebelikte birlikte vücudunda bebeği için bir yer oluşturması ile başlamaktadır. Kadın aynı zamanda ödün vermenin yanı sıra kabul etmeyi de öğrenmektedir. Gebelik döneminde kadının aile bireyleri, eş ve arkadaşlarının yanında bulunması, eşlik etmesi, dikkatini kadına yöneltmesi, destek olması ve yardım etmesi kadının bebeği için kendinden ödün vermesi karşılığında aldığı gizli ödüller olarak görülmektedir (Ward ve Hisley, 2009; Lowdermilk, 2016; McKinney ve ark., 2018).

2.6.4. Bebeğe kendini adanmak

İlk trimesterde anne bebeğinin varlığı hakkında hala şüpheli ve onun gerçekliğini henüz kabullenmemektedir. Ancak “tekmeleme” hareketi ile birlikte fetüsün varlığının gerçekliği kabullenildiğinde kadın bebeği ile bağlanma geliştirmektedir. Bağlanma kadının bebeğine karşı gösterdiği oldukça güçlü sevgi bağı olarak tanımlanmaktadır.

“Bağlanma” sonucunda kadın annelik rolünden memnuniyet duymaya başlamaktadır (Mercer, 2004). Bazı kadınlar gebeliğin normal olduğundan ve sağlıklı süreceğini hissetmeye başlayana kadar fetüs ile bağlanmayı ertelemektedir. Bu özellikle riskli gebelerde ve fetal kayıp yaşamış annelerde görülmektedir. Kritik olarak görülen dönem atlatıldıktan ve gebeliğin ilerlemesinden sonra kadınlar kendilerini bebeklerine adanarak bağlanmayı tamamlamış olmaktadır (Driscoll, 2008).

Bu görevlerin tamamlanması kadınların öz benliklerinde kendilerini anne olarak görmelerine yardımcı olmaktadır. Ancak kadının kendini tam olarak anneliğe uyum sağlaması ve kendini anne olarak görmesi doğum eylemini gerçekleştirmesi, bebeği ile ilgili gerçek deneyimleri yaşaması ile gerçekleşmektedir (Lederman ve Weis, 2009).

2.7. Mercer'in Orijinal Annelik Rolü Kazanma Teorisine Genel Bakış

Annelere göre annelik rolü, bebeğine bağlandığı, rolle ilgili görevleri yerine getirebildiği, haz ve memnuniyet dolu, etkileşimli ve gelişimsel bir süreçtir. Bu tanıma göre annelik rolünün ana bileşenleri şunlardır:

Bu tanıma göre annelik rolünün ana bileşenleri şunlardır:

- Bebeğe bağlanma
- Annelik davranışlarında yeterlilik kazanma
- Anne-bebek etkileşimlerinde sınırlama

Gebe kadın, rolü nasıl yerine getirdiğine ilişkin bir uyum, güven ve yeterlilik duygusu yaşarsa annelik rolünü kazanmanın son noktasına ulaşmış olmaktadır (Masters, 2015).

2.7.1. Mercer'in Anne Olma / Annelik Rolünü Kazanma Teorisi

Annelik rolünün kazanılması, anne ve bebek bağlanmasının gerçekleştiği, rolde yer alan görevlerde yetkinlik kazanılması ve bunun sonucunda zaman içinde annelik rolünden haz duyulmaya başlandığının ifade edildiği gelişimsel bir süreçtir (Mercer 1986; Alligood, 2014). Mercer, “annelik rolünü kazanma” teriminin yaşam boyu devam eden büyüme, gelişme ve değişimi vurgulamaktan daha çok tüm kadınlarda ortak olan bir sonucu içerdiğinden “anne olma” terimini kullanmayı tercih etmiştir (Masters, 2015). Maternal kimlik ise kadının kendini anne olarak görmesi ve bu rolü içselleştirmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Mercer, 1981).

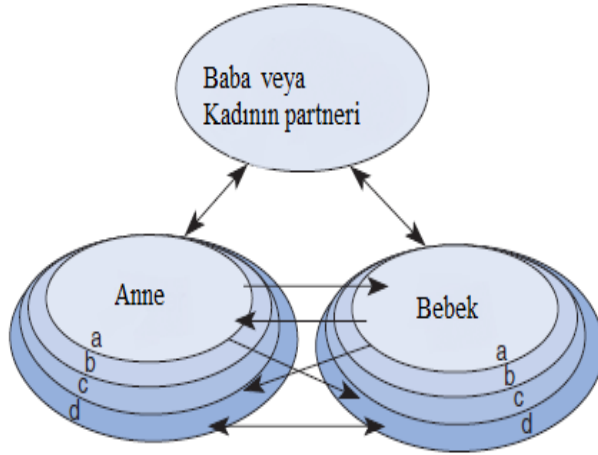
Anne olma süreci kadında annelik kimliğinin oluşması, gelişmesi ve bu rolün kazanılması ile son bulmaktadır (Mercer, 2004). Rubin'in Annelik rolü kazandırmayı

etkileyen faktörleri incelemek için kullanılan teorik çerçeve, rol ile ilgili kavramlar, bebeğin doğuştan gelen özellikleri ve gelişimi hakkındaki bilgileri içermektedir (Mercer, 1981).

Mercer'in Maternal Rolün Kazanılması modeli Bronfenbrenner (1979)'in mikrosistem, mezosistem ve makrosistem ile açıkladığı sistem yaklaşımını temel almaktadır. Orijinal modelde yer alan mezosistem olan teriminin ekzosistem ile değiştirilmesi Mercer tarafından önerilmiştir (Alligood, 2014). Mercer bu değişikliği Bronfenbrenner'in modelinde yer alan sistemlere nasıl uygun hale getirildiğini şu şekilde açıklamıştır:

1. Mikrosistem, annelik rolünün kazanıldığı ortamdır. Aile yapısı, anne baba ilişkileri, sosyal destek, ekonomik durum, aile değerleri ve aile stres faktörleri gibi faktörleri içermektedir. Bu yakın çevrede yer alan değişkenler, annelik dönemine geçişi etkileyen diğer değişkenlerden bir veya daha fazlası ile etkileşime girer. Bebek bir birey olarak aile sistemi içine gömülü durmaktadır. Aile, aile sistemi ve diğer sosyal sistemler arasındaki değişimleri kontrol eden ve sınırları belirleyen yarı kapalı bir sistem olarak tanımlanmaktadır (Mercer, 1990).

Mikrosistem, annelik rolünün kazanılmasının en etkili çevresini oluşturmaktadır. Annelik rolünün kazanılması anne, baba ve bebeğin sürekli etkileşimi ile sağlanmaktadır. Mercer (1995) "Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present" kitabından alıntılanan şekilde a'dan d'ye doğru yer alan tabakalar, kadının annelik rolünün kazanılmasında katılımcı rolünden, maternal kimliği kazanmasına kadar geçen aşamaları gösterirken, bebekte ise fetüsün büyüme ve gelişme aşamalarını göstermektedir. Bu her iki süreç birbiriyle sürekli etkileşim halinde olmaktadır (Şekil 1).

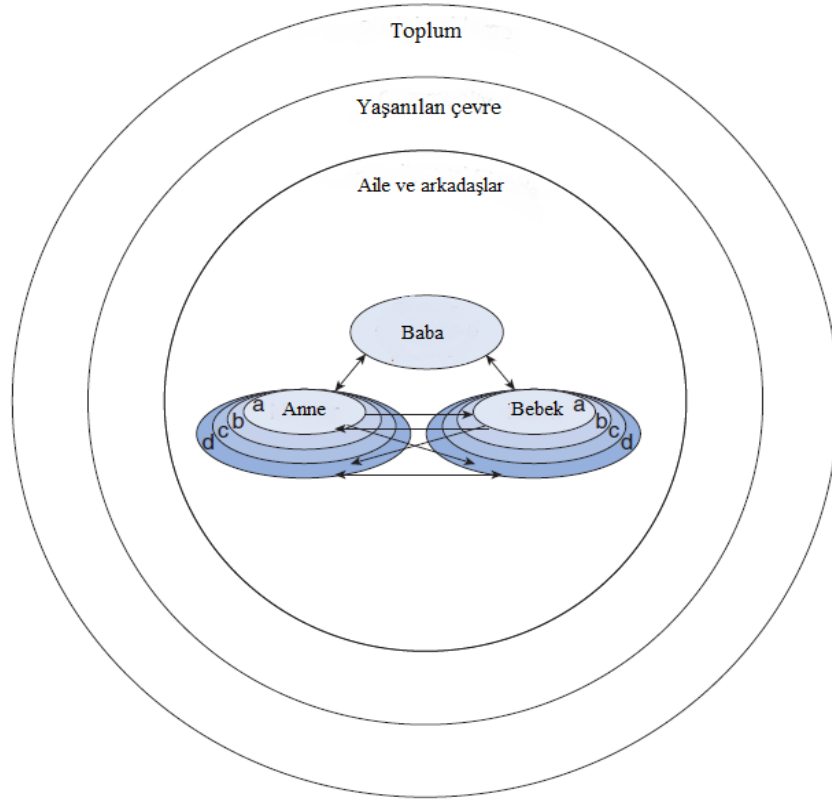


Şekil 1. Maternal rolün kazanılması modeli içinde gelişen mikrosistem (Mercer, 1995)

2.Mezosistem, Günlük yaşam alanları, okullar, işyerleri, ibadethaneler ve toplumdaki diğer özel ve tüzel kişiler mezosistemi oluşturmaktadır. Mezosistem, mikrosistem içinde yer alan kişileri kapsamakta ve onlarla sürekli etkileşmektedir. Mezosistemle olan etkileşimler annelik rolünün kazanılmasını etkileyebilmektedir.

3.Makrosistem, şu anda sürdürülen veya geçmişten gelen kültürel özelliklerin içerisinde var olan genel annelik uygulamalarını ifade etmektedir. Makrosistem diğer iki sistem üzerindeki kültürel, sosyal ve politik etkileri içermektedir. Bu sistemde sağlık bakım çevresi ve sağlık politikaları annelik rolünün kazanılmasını etkileyebilmektedir. Kadın ve çocuklara ilişkin ulusal yasalar ve annelik rolünü etkileyen sağlık hizmetleri makrosistem içerisinde yer almaktadır (Alligood,2014).

Mercer (2004) anne olma süreci aşamalarında aile ve arkadaş ilişkilerinin, yaşadığı çevrenin ve toplumunda katkısı olacağını belirtmiş ve oluşturduğu orijinal teorisine yeni bir boyut kazandırmıştır:



Şekil 2. Maternal rolün kazanılması geliştirilmiş modeli (Mercer, 2004)

Annelik rolünün elde edilme süreci rolü kazanmanın dört aşamasını takip etmektedir. Bu aşamalar Thornton ve Nardi (1975) tarafından yapılan araştırmadan temel alınarak elde edilmiştir. Şekil 1’de yer alan tabakalar bu aşamaları göstermektedir.

a. Beklenti Evresi: Bu evre gebelik dönemini kapsamakta ve gebeliğe karşı ilk sosyal ve psikolojik uyum süreçlerini içermektedir. Kadın annelik rolünden beklenenleri öğrenerek annelik rolü ve karnındaki bebeği hakkında hayal kurmaya ve bu rolü canlandırmaya başlamaktadır (Mercer, 2006; Alligood, 2014; Masters, 2015). Daha fazla hayal kuran kadınların doğum sonrasında bebekleriyle daha fazla etkileşimleri saptanmıştır.

b. Formal evre: Bu evre bebeğin doğumu ile başlamakta ve annelik rolünün geliştirilmesini ve öğrenilmesini içermektedir. Kadın yaklaşık 2 hafta süren bu dönemde sosyal sisteminde yer alan kendi annesi ve çevredeki diğer kişilerin rehberliğinde annelik rolünün gerekliliklerini aynen önerildiği gibi yerine getirmeye çalışmaktadır (Özkan ve Polat, 2011; Alligood, 2014; Masters, 2015). Davranışlarına annenin sosyal sisteminde yer alanların beklentileri formal olarak rehberlik etmektedir.

c. **İnformal evre:** Annelik rolünün getirdiği sorumlulukları yerine getirirken kadının sosyal sistemi içerisinde yer alan kişilerin etkisinin giderek azaldığı ve kendine özgü annelik tarzını oluşturduğu süreçtir. Doğum sonrası 2. haftadan 4. aya kadar süren bu dönemde kadın, geçmiş deneyimleri ve gelecek planlarını temel alarak var olan yaşam stili ile birlikte yeni kimliğine uyum sağlamaktadır (Mercer, 2006; Ocağcı ve Ecevit Alpar, 2013; Masters, 2015).

d. **Kişisel evre:** Kadın annelik rolünü içselleştirdikçe kişisel evre oluşmaya başlamaktadır. Bu aşamada kadın annelik rolünü kendilik kavramına entegre etmiştir. Rolünü içselleştirmiş ve kendine özgü eşsiz annelik modelini geliştirmiştir. Aynı zamanda kadın annelik rolünü yerine getirirken uyum, güven ve yetkinlik duygusu hissetmekte ve başarı deneyimlemektedir. (Mercer 2006; Ocağcı ve Ecevit Alpar, 2013; Alligood 2014; Masters, 2015).

Bebeğin gelişimini gösteren aşamalar ile annelik rolünün kazanılması aşamaları birbiriyle örtüşmekte ve değişmektedir (Mercer, 1995). Annelik rolünün elde edilmesi kadınlar arasında farklılık göstermesine rağmen ortalama dört ay sürmektedir. Anne olma süreci kapsamlı psikolojik, sosyal ve fizyolojik bir değişim gerektirmektedir. Tüm bu süreç ve değişimlerde hemşireler danışmanlık, savunuculuk ve bakım verici rollerini yerine getirerek kadınlara destek olma açısından önemli bir konuma sahiptirler (Mercer, 2006).

2.8. Meleis Geçiş Kuramı Temel Kavramları

Hemşireler, hastalar ve onların ailelerine bakım verirken gelişimsel, sağlık ve hastalık, durumsal ve organizasyonel geçişlerle karşılaşmaktadır (Bekmezci ve ark., 2016). Geçiş dönemleri birden fazla süreci içeren karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık sorunları bireylerde farklı bir geçiş sürecini tetikleyebilmektedir. Beklenmedik bir geçiş süreciyle karşılaşan ve duruma karşı savunmasız olan bireylerde geçiş sürecinden zarar görme, sorunlu ya da geç uyum sağlama ve sağlıklı olmayan baş etme yöntemlerini kullanma gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Meleis ve ark, 2000).

Riskli gebelik tanısı gebelikle birlikte yaşanan gelişimsel ve yaşamsal süreçlere ek olarak kadında sağlık sorunlarındaki değişim nedeniyle ortaya çıkan durumsal bir geçiş sürecini de başlatmaktadır. Riskli gebelik durumunda hem kadın hem de sağlık profesyonelleri birden fazla ve farklı geçiş süreçlerine maruz kalmaktadır. Örneğin kadın

gebelikle gelişimsel geçişi yaşarken riskli gebelik ile birlikte durumsal geçişi de yaşamaktadır. Sağlık profesyonelleri ise kendi yaşamlarındaki krizlere ek olarak durumsal krizlerle baş etmeye çalışmaktadır (Mu, 2004). Hemşireler de bakım verirken kadının yalnızca tek bir geçiş yaşamadığının farkında olmalı ve ailenin de yer alacağı bütüncül bakış açısıyla değerlendirme yapmalıdırlar (Meleis ve ark., 2000). Birden fazla çeşidi olan geçişlerde farklı ve çok yönlü boyutlar olmasına rağmen farkındalık, katılım, değişim ve farklılık, zaman süreci, dönüm noktaları ve olayları ortak ve temeldir (Meleis, 2010; Çoşkuner Potur, 2013).

2.8.1. Farkındalık

Farkındalık bölümü geçiş deneyiminin algılanması, bilinmesi ve ayırt edilmesi ile ilgilidir. Ancak her geçiş sürecinde farkındalık gerçekleşmeyebilir (Meleis, 2010). Im ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan bir çalışmada Koreli kadınların bazıları menopoz dönemine geçişin farkında olmayıp bunu adet döneminin bitmesi ile farkettilerini belirtmişlerdir. Öte yandan değişimde farkındalığın başlamadığı durumlarda bireyin geçiş deneyimini algılayamadığı da belirtilmektedir (Chick ve Meleis, 1986). Preterm doğum eylemi nedeniyle hastaneye yatışı yapılan kadınlarla yapılan bir çalışmada tanı ile birlikte farkındalığın oluştuğu ve kadınların durumsal geçiş sürecine başladığı belirtilmektedir (Mu, 2004).

2.8.2. Katılım (Sorumluluk Alma)

Geçiş dönemlerinde katılım ve olayın içinde yer alma diğer bir önemli özelliktir. Katılım, geçiş sürecinde bireyin bu sürece katılması ve iç içe olması ile karakterizedir. Kendine yarayan bilgiyi arama, rol modeller bulma ve edinme katılım sürecinde gerçekleştirilen eylemlerdendir. Bu nedenle katılım ilk aşama olan farkındalığın kazanımı evresini takip etmektedir (Im ve ark. 1999; Meleis, 2010; Bekmezci ve Ark.,2016).

Kadının durumla ilgili farkındalığının oluşması durumsal süreçteki sorumluluğunu da etkilemektedir (Meleis, 2010). Riskli gebelik durumunda kadınlar sağlık profesyonelleri nedeniyle kendi bakımlarında pasif olmaktadır. Riskli gebe kadınlar, kendileri ve bebekleri için var olan riskten haberdar olarak daha fazla sorumluluk alıp katkıda bulunmak isterler. Tüm bunlar kadındaki beklentilerin

değişmesine yol açarak değişim sürecini kolay atlatmasını sağlamaktadır (Harrison ve ark., 2003).

2.8.3. Değişim ve Farklılıklar

Geçişlerde belirgin ve en temel özelliklerden birisi değişim ve farklılıklardır. Yaşam boyu meydana gelen tüm geçişler herhangi bir değişimi barındırır, fakat oluşan tüm değişimler geçiş süreciyle bağlantılı değildir. Geçiş süreçlerini tam olarak tanımlamak için oluşan değişimin yarattığı etkileri ve anlamları meydana çıkarmak ve açıklamak gerekir. Değişimin boyutlarını incelerken, kişinin olaya yüklediği önem ve anlam, bireysel, ailevi ve toplumsal olarak oluşturulan normlar, bireyin beklentileri göz önüne alınmalıdır (Meleis, 2010; Bekmezci ve Ark.,2016).

Geçişlerin diğer bir önemli özelliği de farklılıkların varlığıdır. Örneğin başka bir alana göç eden kişiler gittikleri yerlerde alışılmadık ortamlarda engelleyici veya küçük düşürücü tavırlara maruz kalabilir. Bu koşullarda bazı kişiler büyük bir üzüntü içine girerken diğerleri ise uyum sağlayabilir (Im ve ark., 1999; Meleis, 2010) Riskli gebelik yaşayan kadınların yaşadıkları değişimler geçiş sürecine ilişkin tepkilerinde farklılıklar yaratabilmektedir. Bazı kadınlar geçiş sürecine uyum sağlarken diğerleri ise durumla başa çıkamayıp zorlanabilmektedirler (Heaman, 1998).

2.8.4. Zaman Süreci

Tüm geçişlerin belirli bir zaman ve hareket süreci vardır. Geçiş sürecindeki ilk aşama, kişide değişime yol açacak duygularını kontrol altına aldığı ve engel olduğu sonlar dönemidir. Nötr dönem kişinin ilk aşama sonunda oluşan uyumu bozan duruma bozukluğuna ve yeniden kendini adapte ettiği dönemdir. Bu aşamanın tamamlanması ile kişi yeni başlangıçlar dönemine başlamaktadır. Yeni başlangıçlar dönemine geçen kişi geçiş süreçlerini başarıyla tamamlamış olmaktadır (Meleis, 2010).

Gebelikte riskli durumla karşılaşan kadınlar tarafından oluşturulan annelik rolüne ilişkin beklentiler ve alışkanlıklar geçiş durumunda yeniden düzenlenmektedir. Kadının yaşadığı geçişteki değişimleri kabul etme ve şekillendirme zaman sürecini oluşturmaktadır (Shin ve White-Traut, 2007).

2.8.5. Dönüm Noktaları ve Olaylar

Bireyin hayatındaki geçişler doğum, ölüm, menopoz dönemi veya herhangi bir kronik hastalığın tanısının alınması gibi olaylar olabilir. Ama her zaman geçiş dönemleri

bu kadar belirgin olmayabilir. Dönüm noktaları ve olaylar kişilerde farkındalık ve katılım oluşturmaktadır (Meleis, 2010). Oldukça önemli olan doğum deneyimi ve anne olmak kadınların yaşamlarındaki bir dönüm noktasıdır (Bekmezci ve Ark., 2016).

2.9. Riskli Gebeliklerde Hemşirelik Süreci

2.9.1. Değerlendirme

Riskli gebelikler, maternal ve fetal sağlığı bozan, mortalite riskini arttıran ve fetal ve maternal yaşamı tehlikeye sokan durumların meydana geldiği gebelikler olarak tanımlanmaktadır (Gilbert ve Harmon, 2011). Riskli gebelik nedeniyle hastaneye yatırılan bir kadına özel ilgi gösterilmelidir. Çünkü bu durum sonucunda genellikle anksiyete ve depresyon hissi oluşmakta ve yetersiz anne-fetüs bağlanması oluşmaktadır (Pisoni, 2014). Riskli gebeliğe sahip olan kadınlardaki antenatal depresyon ve kaygı düzeyi belirsiz obstetrik risk içeren bir gebeliğe sahip kadınlara oranla oldukça yüksek bulunmuştur (Thiagayson ve ark., 2013). Riskli gebeliklere sahip kadınlar, normal gebeliğe sahip olanlara göre yönlendirilmiş dikkat gerektiren aktivitelerle daha fazla zorluk çekebilir. Yeni bilgi ve becerileri öğrenme, problem çözme ve planlama, karmaşık gebeliklere sahip kadınlar için ek çaba gerektirebilir (Stark, 1997). Bu yüzden gebeliğe uyumu etkileyen risk faktörlerine sahip kadınların erken dönemde tespit edilmesi ve multidisipliner yaklaşım benimsenmesi gerekmektedir (Mercer ve Walker, 2006).

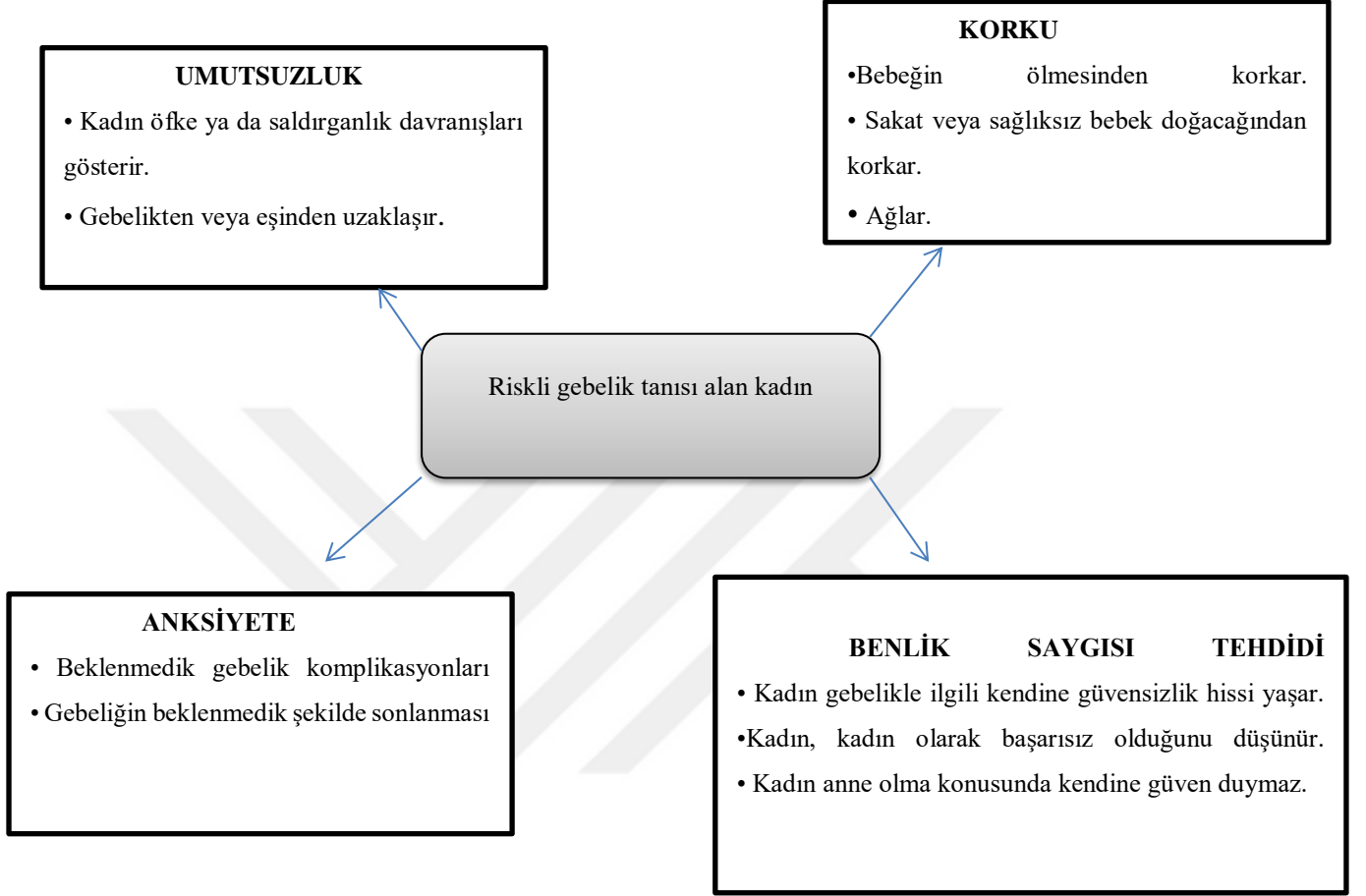
Riskli gebeliklerde anneliğe ve gebeliğe uyumda hemşirelik değerlendirmesi yapılırken ilk olarak kadının durumla ilgili algı ve düşüncelerine yer verilmelidir. Ancak ulaşılabilen ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde kadının algısına odaklanmak yerine fizyolojik yönleri inceleyen müdahaleci paradigmanın elden bırakılmadığı görülmektedir (Amorim ve ark., 2017).

Riskli gebelik yaşayan kadınlar, sağlıklı bir gebelik dönemi geçiren kadınlardan daha fazla risk algısına sahip olmaktadır. Biyomedikal bakış açısı da kadınlarda risk algısını daha fazla arttırmaktadır. Hemşirelik değerlendirmesine kadının risk algısı hakkındaki görüşleri de eklenmelidir (Gupton ve ark., 2001). Riskli gebelikte uyuma yönelik değerlendirme yapılırken hemşirelik değerlendirme ve uygulamalarının geliştirilmesi ile hemşirelik tanılarının tanımlanması için bir bakım modeline temellendirilmiş hemşirelik süreci takip edilmesinin önemli olduğu savunulmaktadır (Farias ve ark., 2000). Sosyoekonomik ve kültürel olarak bütünsel bir bakış açısıyla

prenatal dönemde kadın ve ailesinin ihtiyaçları değerlendirilmedi (Vásquez ve ark., 2012).

Hemşire riskli gebelik yaşayan kadın ve ailesinin bu deneyim sonucu oluşan stres ile daha iyi başa çıkabilmesini sağlayan manevi destek kaynaklarını tanımlamalıdır (Price ve ark., 2007). Hemşireler tarafından humanistik bakış açısı ile kadınların duygusal ve fiziksel değerlendirilmesi yaklaşımı benimsenmelidir (Azevedo ve ark., 2009). Hemşirelik sürecinin uygulanmasının kolaylaştırılması ve uygun bakımın sağlanabilmesi için Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırılması (Nursing Interventions Classification) sisteminin kullanılması uygun olmaktadır (Bulechek ve ark., 2013; Amorim ve ark., 2017). Aynı zamanda riskli gebeliklerde psikososyal değerlendirme yapılırken NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) tarafından oluşturulan fonksiyonel sağlık örüntülerine göre değerlendirme yapılmalıdır. Sağlığı algılama, beslenme ve metabolik durum, boşaltım, aktivite ve egzersiz, uyku/dinlenme özellikleri, bilişsel/algısal özellikler, kendini algılama, rol ve ilişki biçimleri, cinsellik/üreme, stresle başetme ve inanç sistemlerini içeren alanların altında değerlendirme yapılmalıdır (Gilbert ve Harmon, 2011).

Aşağıda olası sonuçların olması durumunda kadın tarafından verilebilecek fiziksel ya da psikolojik tepkiler kavram haritası ile gösterilmiştir (Şekil 3).



Şekil 3. Riskli Gebelik Tanısı Alan Kadına Yönelik Kavram Haritası (Durham ve Chapman, 2013)

2.9.4. Olası Hemşirelik Tanıları ve Bakım Uygulamaları

Riskli gebelik deneyimleyen kadın birçok yönden etkilenmektedir. Yapılan çalışmalarda riskli gebelik yaşayan kadınlarda çevrenin değişimine bağlı rahatlık ve uyku düzeninde bozulma, hastane prosedürleri ile ilişkili fiziksel aktivitede bozulma, yaşadığı durumun belirsizliği ile ilişkili korku, çoklu stres nedeniyle uyumun bozulması gibi hemşirelik tanılarının olduğu belirtilmektedir (Medeiros ve ark., 2016). Başka bir çalışmada ise riskli gebelik dönemindeki kadınlarda en fazla enfeksiyon riski, sağlık bakım davranışında değişme, konforda bozulma, etkisiz emzirme riski, cinsel sağlık örüntüsünde bozulma ve korku tanıları bulunduğu belirtilmiştir (Gouveia ve Lopes, 2004). Kadın riskli gebelikte yaşanan fetüsün sağlığına ilişkin belirsizlik, (Durham ve Chapman, 2013) sosyoekonomik durum, annelik rolündeki değişim ve benlik kavramına ilişkin (Gilbert ve Harmon, 2011) olarak korku ve anksiyete yaşamaktadır.

Riskli gebelik deneyimleyen kadının gebeliğe ve anneliğe uyumunun sağlanmasında sağlık profesyonelleri tarafından uygun iletişimin başlatılması oldukça önemlidir (Heaman, 1998). Hemşireler tarafından kadının kişisel mesafe sınırlarını aşılmadan, basit ve doğrudan ifadelerle endişe ve korkularını rahatlıkla ifade edebileceği bir iletişim kurulmalı ve sürdürülmelidir (Gilbert ve Harmon, 2011; Carpenito-Moyet ve Erdemir, 2012; Durham ve Chapman, 2013). İletişim boyunca aile üyelerini suçlayan ifadeler, isteksizlik, bitkinlik, uyku hali ve göz teması kurmama gibi belirtilerin varlığı değerlendirmelidir (Gilbert ve Harmon, 2011). Yaşam tarzı ve mali değişiklikler, fetal sağlık durumu, aile sürecindeki değişimler ve kişisel güvenlik ile ilgili duygu ve korkularını ifade edebilmesi için teşvik edilmelidir (Bulechek ve ark., 2013). Kadında anksiyete ve korkunun arttığı durumlarda yavaş ve ritmik solunum, gevşeme egzersizi, düşüncelerini başka yöne yönlendirme ve hayal kurma gibi teknikler kullanılabilir (Carpenito-Moyet ve Erdemir, 2012). Aynı zamanda kadının manevi yönden rahatlaması için kullandığı uygulamalar ve inançları keşfedilip kullanılmasına destek olunmalıdır (Durham ve Chapman, 2013). İletişim sürecinde yalnızca kadın değil eşinin de korkularını ifade etmesi sağlanmalı ve karşılıklı olarak ebeveynlik rolünü paylaşmaları konusunda teşvik edilmelidir (Gilbert ve Harmon, 2011).

Kadının sosyal desteğinin yetersiz olması, gebelikteki maternal görevlerde kendini yetersiz hissetmesi, gebelik ve anneliğe uyumda zorlanması düşük benlik saygısı riski oluşturabilmektedir (Gilbert ve Harmon, 2011; Durham ve Chapman, 2013). Bu durumda hemşirenin amacı kadının kendinde bulunan pozitif yönlerini keşfetmesini ve

ileriye dönük olumlu ifadelerle planlarını ifade etmesini sağlamaktır (Carpenito-Moyet ve Erdemir, 2012). Özellikle riskli gebeliklerde kadının gebelikteki gelişimsel görevleri yerine getirebilecek bireysel baş etme yöntemlerinin farkında olması sağlanmalıdır. Gebeliğin kabul edilmesi, bebeğin birey olarak görülmesi ve annelik rolünün kabulü sürecinin her aşaması incelenip uygun olmayan davranışlarda yönlendirici ve destekleyici olunmalıdır (Gilbert ve Harmon, 2011). Riskli gebelik durumundaki kadının tedavi ve bakım sürecine aktif katılım ve otonomi kullanması için cesaretlendirilmelidir (Gilbert ve Harmon, 2011; Carpenito-Moyet ve Erdemir, 2012). Yapılan bir çalışma riskli gebelik tanısı nedeniyle hastanede yatan kadınların tedavi planına aktif katılmalarının hemşirelik bakımına olan memnuniyetlerini arttırdığı belirlenmiştir (Harrison ve ark., 2003).

Hemşire, kadın ile eşini ebeveynlik rolünü kabullenmesini ve doğum sürecine hazırlanmasını sağlayacak doğuma hazırlık sınıfları hakkında bilgi verip katılımı için destek olmalıdır (Song ve Ahn, 2013). Hospitalizasyon sürecinde hareket kısıtlaması ve aile bireylerinden uzak kalması nedeniyle kadının aile sürecinde değişiklik oluşabilmektedir (Durham ve Chapman, 2013; Gilbert ve Harmon, 2011). Aile üyelerinin iş durumlarını değerlendirilip işsizlik ve maddi sıkıntı gibi bir durum varlığında sorunu çözebilmek amacıyla toplumsal kuruluşlarına veya evde bakım hizmetlerine yönlendirilmelidir (Gilbert ve Harmon, 2011; Carpenito-Moyet ve Erdemir, 2012). Aynı zamanda riskli gebelik sürecine ilişkin olarak gebeler umutsuzluk yaşamaktadır. Bu durumda hemşireler umut kavramının önemini belirten ifadeler kullanmalıdır (Carpenito-Moyet ve Erdemir, 2012; Durham ve Chapman, 2013). Kadınlara benzer ya da yakın durumu yaşayan ve etkili bir biçimde uyum davranışı geliştiren diğer gebelerle korku ve endişelerini paylaşması sağlanmalıdır (Bulechek ve ark., 2013).

Anneliğe uyumu artırıcı hemşirelik müdahaleleri çok fazla sayıda olmasına rağmen bunlardan en yaygın olanı anneliğe ve doğuma hazırlık programları olmaktadır. Anneliğe uyumu etkileyen pek çok değişken bulunmaktadır. Annelik rolünü kabullenmek ve bu rol için güven kazanmak en çok etkileyen değişkenler arasındadır (Song ve Ahn, 2013). Hemşireler tarafından kadının anne olma sürecinde fizyolojik ve psikolojik açıdan kendinde olan değişiklikleri farketmesi sağlanmalıdır (Pillitteri, 2014; Ward ve Hisley, 2009). Kadının gebelik döneminde kendi iç kaynakları ile dış kaynaklarını keşfetmesi maternal uyumu arttırmaktadır. Dış kaynakların keşfedilmesi ve güçlendirilmesi ile kadın sosyal destek ağlarını tanımakta ve bu ağları geliştirici

girişimlerde bulunmaktadır (Schachman ve ark., 2004). Aynı zamanda bir hemşirelik girişimi olan hazırlık programları maternal-fetal bağlanmayı arttırarak annelik rolüne ve gebeliğe uyumu desteklemektedir (Koniak-Griffin, ve Verzemnieks, 1991).

Gebeliğe maternal adaptasyonu teşvik etmek için prenatal müdahaleler terapötik açıdan uygulanmalıdır (Lederman, 2008). Gebelik dönemi boyunca sosyal destek ağları tarafından desteklenen kadınlar kısa ve uzun dönemde hem maternal hem de fetal açıdan olumlu sonuçlar göstermektedirler (McKinney ve ark., 2018). Kadın sosyal destek ağlarını eşi, aile üyeleri ve sağlık profesyonellerinden alabilmektedir (Lederman, 2008). Gebeliğin her döneminde kadınlar sorunlarına çözüm bulan ve her konuda danışabileceği kişi olan hemşire ile güvenli ve terapötik ilişkiler kurmaktadır (Lowdermilk, 2016). İlk kez gebelik dönemi geçiren kadınlarda gebeliğe adaptasyon için yapılan hemşirelik girişimleri yedi kategori şeklinde toplanabilmektedir. Kadın kendine ait bir hamilelik günlüğü tutarak deneyimlerini kaydetmesi, negatif duygularını tanımlamak ve kabul etmek, gebeliğe ait negatif yönleri azaltmak ve yeniden planlamak, pozitif anlamları açıklığa kavuşturma ve güçlendirmek, olumlu duyguları ifade etmek, yaşadığı rahat deneyimlere ilişkin farkındalık oluşturma ve konforlu yönleri teşvik ederek rahat bir gebelik geçirmesini sağlamak gibi girişimler yapılabilir. Yapılan bu müdahaleler gebelerin yaşadığı rahat deneyimlerin arttırılmasında ve gebeliğe yönelik olumlu tutumlarını arttırmada etkili olduğu gösterilmektedir (Nakamura, 2010; Gagnon ve Sandall, 2007).

Diğer bir destekleyici hemşirelik girişimi ise prenatal dönemde yapılan sağlık ve müdahale programlarının düzenlenmesidir. (Gagnon ve Sandall, 2007; McKinney ve ark., 2018). Birçok prenatal destekleyici eğitim programları sağlık eğitimine (diyet, egzersiz, bebek bakımı, ağrının hafifletilmesi, çocuk sahibi olmaya ve doğuma hazırlık, komplikasyonların farkedilmesi vb.) odaklanmaktadır (Lederman ve Weis, 2009). Yapılan çalışmalarda bu eğitim konularına ek olarak anne adayını ve aile üyelerini yönlendirici ve destekleyici girişimlerin olması gerektiği belirtilmektedir. Bu eğitim içeriği; ebeveynlik rolüne hazırlık, eşiyle ve diğer sosyal destek üyeleri ile ilişkisi iletişimi hakkında danışmanlık, benlik saygısını geliştirme, stresle başetme yöntemlerine ait farkındalık sağlama konularını içermektedir (Lederman, 2008). Aynı zamanda gebeliğe ve anneliğe uyumda meydana gelebilecek olan stres, anksiyete durumlarıyla başedebilmek için tamamlayıcı ve alternatif terapiler (TAT) hemşirelik girişimi olarak

kullanılmaktadır. Bu girişimler arasında akupunktur, egzersiz, hipnoz, masaj, aşamalı kas gevşetme, meditasyon, yoga ve diğer TAT uygulamaları da bulunmaktadır (Beddoe ve Lee, 2008). Örneğin, masaj ve refleksoloji gibi dokunmatik terapiler, vagal aktiviteyi stimüle ederek kortizol ve norepinefrini azaltıp maternal stresin azaltılmasına yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda terapötik dokunmalar dolaylı yoldan fetal büyümeyi arttırmakta ve annenin bebeğine olan uyumunu arttırmaktadır (Tiran ve Chummun, 2004).

Sonuç olarak; hemşireler, kadının ve bebeğinin sağlık durumu hakkında bilgi sahibi olarak ebeveynliğe geçişte duruma uygun yeniden düzenlenen maternal rollere uyum sağlaması için kadın ve ailesi ile güven verici ilişki içinde baş etme modelleri geliştirmelidir (Mu, 2004). Hastane ve ev ziyaretleri sırasında karşılaşılan riskli gebelerle yapılan bir çalışmada en fazla gereksinim duyulan hemşirelik müdahalelerinin; güvenli çevrenin sağlanması, cilt bütünlüğünün korunması, bilgi eksikliğinin giderilmesi, konforun devamlılığının sağlanması, etkili iletişimin sürdürülmesi ve özbakımın desteklenmesi olduğu belirlenmiştir (Farias ve ark., 2000). Tüm bahsedilen maternal stres, yaşamsal kaygı, fizyolojik zorlukların farkındalığı destekleyici sosyal ağların zenginleştirilmesi, baş etme becerilerinin güçlendirilmesi gibi girişimlerin hemşireler tarafından tüm rutin prenatal sağlık taramalarının bir parçası olarak görülmesi gerekmektedir (Ward ve Hisley, 2009).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, nicel ve nitel yöntemlerin birlikte kullanıldığı karma tipte tanımlayıcı bir araştırmadır. Nitel ve nicel araştırma bileşenlerini bir araya getiren karma yöntem araştırmasının genel amacı, bir çalışmanın sonuçlarını genişleterek ve güçlendirerek literatüre katkıda bulunmaktır. Araştırmacı bu bağlamda nicel ve nitel araştırma sonuçlarını birlikte kullanarak konuyu kapsamlı olarak açıklamayı amaçlamıştır (Cresswell ve Plano Clark, 2014). Bu çalışmada araştırmanın nicel aşaması, riskli gebelik tanısıyla hastaneye yatışı yapılan primigravida kadınların riskli gebelik durumunda gebeliğe ve anneliğe uyumları kesitsel olarak belirlenmiştir. Nicel aşaması ise, riskli gebelik tanısı ile hastaneye yatışı yapılan kadınların gebeliğe ve anneliğe uyumu hakkındaki algı ve deneyimlerini keşfetme olanağı vermiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Samsun Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Samsun İl merkezinde bulunan Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin Perinatoloji servisinde 1 Haziran 2017- 30 Aralık 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Kentin merkezinde yer alan Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İlkadım ilçesinde Samsun Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi yanında bulunmaktadır. Samsun ilindeki tek kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesidir. Bölgedeki ve çevre illerdeki riskli gebelik tanısı alan gebelerin yatışının yapıldığı hastanelerden biridir. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ndeki Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nden farklı olarak kendi bünyesinde sadece riskli gebelik tanısı alan gebelerin yatışının yapıldığı ve bakımının verildiği perinatoloji kliniğine sahiptir. Burada vardiya usulüyle sürekli bakım sağlayan 12 hemşire bulunmaktadır. Burada çalışan ebe ve hemşireler, fetal sağlığı ve gebe sağlığını değerlendirmek için gereken tıbbi prosedürleri ve hemşirelik bakımlarının devamlılığını sağlayıcı sağlık hizmetleri vermektedirler.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Perinatoloji kliniğine yatan gebeler, örneklemini ise riskli gebelik tanısı ile yatışı yapılan primigravida kadınlar oluşturmuştur.

3.3.1. Nicel Araştırmanın Örneklemi

Nicel araştırmanın örnekleme, Samsun Kamu Hastaneler Birliği'ne Ağustos 2016- Ocak 2017 tarihleri arasında perinatoloji servisine yatışı yapılan kadınların sayısı olan, 950 kadın temel alındığı güç analizi ile belirlenmiştir. İstatistik programı ile yapılan güç analizi sonucunda % 95 güven aralığı , %5 tip 1 hata % 80 güç ile incelenen değişken yönünden ortalama 7,39 farkın 27,43 standart sapmanın olduğu durumda minimum 111 kişi alınması gerektiği tespit edilmiştir (Power and Sample Size :1-Sample t Test Testing mean = null (versus not = null), Calculating power for mean = null + difference, Alpha = 0,05 ,Assumed standard deviation = 27,43 ;Sample Target: Difference :7,39 , Size: 111, Power:0,8 , Actual Power:0,803342).

Araştırmamızın nicel verilerinin toplanmasında olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme (convenient ya da haphazard sampling) yöntemi kullanılmıştır. Gelişigüzel örnekleme yöntemin seçilme nedeni verilerin belirli bir zaman aralığında, dahil olma kriterlerinde belirtilen özelliklere göre görece sınırlanmış belirli bir gruptan toplanması zorunluluğudur. Bu doğrultuda perinatoloji kliniğinde yatan, primipar ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar örnekleme alınmıştır. (Erdoğan ve ark., 2014).

3.3.2. Nitel Araştırmanın Örneklemi

Nitel çalışmalarda örneklem büyüklüğünün belirlenmesi ile ilgili belirli bir kural bulunmamaktadır. Verilerin tekrarlanması, belirli bir doyum noktasına ulaşması durumunda veri toplama süreci sonlandırılmaktadır (Polit ve Beck, 2003). Bu araştırmada 15 kadın ile yapılan bireysel görüşmeler sonucunda yeni bulguların ortaya çıkmadığı ve veri tekrarı olduğu için görüşmeler sonlandırılmıştır.

3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

Araştırma kapsamına alınan gebeler olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Evrenin sınırlarının riskli gebelik tanısı alan ve hastanede yatışı yapılan primigravida kadınlar olarak belirlenmesinde; kadının ilk kez anne olmasının, riskli gebelik ile hastanede bulunmanın stres düzeyini arttırarak gebeliğe ve anneliğe uyum sürecini etkilemesi dikkate alınmıştır (Heaman,1998; Martin-Arafeh ve ark., 1999; Nelson,2003).

Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi perinatoloji kliniğinde tedavi görmek,
- Riskli gebelik tanısı almış olmak,
- Primigravida olmak,
- Türkçe bilmek,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

Araştırma Dışı Bırakılma Kriterleri;

- 18 yaş ve altı olmak,
- Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Perinatoloji kliniğinde tedavi görmemek,
- Riskli gebelik kategorisinde bulunmamak,
- Multigravida olmak,
- Türkçe bilmemek,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek

3.5. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın etik kurul izni Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (Ek 4) (B.30.2.ODM.0.20.08/70), kurumsal izni ise Samsun Kamu Hastaneler Birliği'nden alınmıştır (Ek 5). PKDÖ kullanım izni ölçeğin Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışmasını gerçekleştiren Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ ve Prof. Dr. Samiye METE'den e-mail ve telefon görüşmesi yoluyla alınmıştır (Ek 6). Araştırmaya katılan gebelere araştırma ile ilgili bilgi verilerek yazılı onamları alınmış, bu formlara isim yazma zorunluluğu olmadığı ve bilgilerin araştırma haricinde başka kişilerle paylaşılmayacağı söylenmiş ve gönüllü olarak katılmaları sağlanmıştır. Nitel verilerin sunulmasında katılımcıların adlarına ya da o katılımcıyı işaret eden özel bilgilere yer verilmeyerek verilerin anonimliği ve kişisel bilgilerin gizliliği ilkesine uyulmuştur.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında kadınların sosyo-demografik bilgilerini elde edebilmek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 16 sorudan oluşan "Sosyo-Demografik

Özellikler Soru Formu”(Ek 1) kullanılmıştır. Soru formunun ön uygulaması on anne ile yapılmış gerekli düzenlemeler yapılarak soru formuna son şekli verilmiştir.

Riskli gebeliklerde annelerin gebeliğe ve anneliğe uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Prof.Dr. Samiye METE ve Yar.Doç.Dr. Kerime Derya BEYDAĞ tarafından yapılan “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Türkçe Formu”(Ek 2) bireysel görüşmelerde ise araştırmacılar tarafından geliştirilen “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” (Ek 3) kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu

Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu, riskli gebelik tanısı ile perinatoloji kliniğinde bulunan kadınların gebeliğe ve anneliğe uyum düzeyini etkileyebileceği düşünülen bazı kişisel ve sosyo-demografik bilgileri elde etmek amacıyla konuyla ilgili literatür taraması sonucunda 16 soru olarak oluşturulmuştur.

Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu’nda gebenin yaşı, medeni durumu, evlilik durumu, evlilik süresi, öğrenim durumu, aile tipi, yaşadığı yer, sosyal güvencesi, gebelik haftası, gebeliğin istenme ve istenmeme durumu, gebelikte düzenli kontrole gitme, kullanılan zararlı alışkanlık durumu, bebeğin cinsiyeti, ailede gebelik döneminde gebeliğe bağlı hastalık tanısı alma durumu, gebelik ve riskli durum hakkında bilgilenme durumu ve gebenin aldığı tanıya ilişkin bilgiler içeren sorular bulunmaktadır.

3.6.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Türkçe Formu

PKDÖ, Lederman tarafından 1979 yılında, doğum öncesi dönemdeki kadınların anneliğe ve gebeliğe uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal cronbach alpha katsayısı farklı trimesterlerdeki kadınlarla yapılan çalışmalarda 0.75 ile 0.94 bulunmuştur (Lederman,1979). Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliği, Prof.Dr. Samiye METE ve Yar.Doç.Dr. Kerime Derya BEYDAĞ tarafından 2008 yılında yapılmış ve cronbach alpha katsayısı 0.81 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise cronbach alpha katsayı değeri 0.76 olarak bulunmuştur.

Toplam 79 maddeden oluşan PKDÖ gebelerdeki anneliğe ve gebeliğe uyumun değerlendirilmesini sağlayan 7 alt boyutu içermektedir (Tablo1). Alt ölçekleri; gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, kendi annesi ile ilişkisinin durumu, eşi ile ilişkisinin durumu, doğuma hazır oluş, doğum korkusu, kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleridir. Alt ölçeklerin her birinde 10 ila 15 madde bulunmaktadır. Araştırmada

yer alan bazı sorular (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) tersine kodlanarak ölçmede uyum sağlanmaktadır.

PKDÖ 4'lü likert tipindedir. Gebelerden maddeleri değerlendirirken 4: "Çok fazla tanımlıyor, 3: "Kısmen tanımlıyor", 2: "Biraz tanımlıyor", 1: "Hiç tanımlamıyor" seçeneklerinden kendilerine en yakın olanı seçmeleri istenmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 316, en düşük puan 79'dur. Düşük puan, gebe kadınlarda gebeliğe ve anneliğe uyumun yüksek olduğu göstermektedir (Lederman,1979).

Tablo 1. PKDÖ ve alt gruplarının soru numaraları ve puan ortalamaları

PKDÖ ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Soru Numaraları	Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Değerler
Alt Ölçek 1. Kendi ve Bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	10	12,16,17,30,41,51,57,63,68,71	10-40
Alt Ölçek 2. Gebeliğin kabulü	14	1,3,9,22,32,58,61,62,66,69,74,76,77,79	14-56
Alt Ölçek 3. Annelik rolünün kabulü	15	2,6,19,29,33,34,42,45,46,50,54,67,73,75,78	15-60
Alt Ölçek 4. Doğuma hazır oluş	10	7,13,24,25,26,38,47,48,56,72	10-40
Alt Ölçek 5. Doğum korkusu	10	8,11,15,18,27,39,49,52,53,64	10-40
Alt Ölçek 6. Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	10	14,20,21,28,31,37,44,55,59,65	10-40
Alt Ölçek 7. Eşi ile ilişkisinin durumu	10	10 4,5,10,23,35,36,40,43,60,70	10-40
PKDÖ Toplam	79		79-316

3.6.3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırmanın nitel verilerinin toplanmasında yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır (Ek.3) Yarı yapılandırılmış görüşme formu araştırmacılar tarafından hazırlandıktan sonra alanında uzman 3 öğretim elemanına gönderilmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda yarı yapılandırılmış görüşme formu son şekli verilmiştir.

Yarı yapılandırılmış görüşme formu kadınların, anne olmaya ilişkin duygu ve düşüncelerini, riskli gebelik tanısının gebeliğe ve anneliğe uyumuna etkisinin yorumlanmasını, gebelikten ve sağlık profesyonellerinden beklentilerini açıklamayı

içeren 9 ana soru ve alt sorulardan oluşmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan sorular; (1) Anne adayları olmak nasıl bir deneyim? Biraz anlatır mısınız?; (2) Anne olmaya ilişkin neler hayal ettiniz?; (3) Şu anda perinatoloji servisinde ve..... tanısıyla, gündür bulunuyorsunuz, bu tanıyı ilk duyduğunuz anda neler hissettiğinizi paylaşır mısınız? Bu tanı nedeniyle hastanede olmak sizin için nasıl bir durumdur?; (4) Hastaneye yatmak bebeğiniz ve kendi sağlığınıza ilişkin düşüncelerinizi nasıl etkiledi?; (5) (Riskli gebelik) tanısı almak, gebeliğe uyumunuzu nasıl etkiledi?; (6) (Riskli gebelik) tanısı almak, anne olmaya yönelik duygularınızı nasıl etkiledi?; (7) Bu süreçte gebelik ve anneliğe yeniden uyumunuzu neler etkiledi? Etkileyen (olumlu ya da olumsuz) en önemli şey neydi?; (8) Gebeliğe uyumunuzda yakınlarınızın/arkadaşlarınızın/hemşirelerin katkısı oldu mu?; (9) Bu durumda olan diğer hamilelere önerileriniz neler olabilir? şeklindedir. Katılımcıyı rahatlatmak ve görüşmeyi derinleştirmek için ara sorular sorulmuştur. Görüşme süresince özetleme, duyguları yansıtırma ve açıklama yapma gibi görüşme teknikleri kullanılmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın nicel verileri Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Perinatoloji kliniğinde yatan ilk çocuğuna gebe kadınlarla yüz yüze görüşülerek 1 Haziran 2017- 30 Aralık 2017 tarihleri arasında elde edilmiştir. Kadının okur yazar olmadığı durumlarda araştırmacı soruları okuyarak kayıt etmiştir. Her soru formunun doldurulması ortalama 20 dakika sürmüştür. Perinatoloji kliniğinde öğleye kadar ultrason gibi diğer tanı testleri yapılmakta ve gebeler yataklarında bulunmamaktadırlar. Bu nedenle nicel ve nitel verilerin yüz yüze ve en doğru şekilde toplanması için veri toplama zamanı kliniğin prosedürüne uygun olarak öğleden sonra olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın nitel verileri ise 2 Kasım 2017 - 8 Aralık 2017 tarihleri arasında riskli gebelik deneyiminin kadının gebeliğe ve anneliğe uyumuna etkilerini incelemek için perinatoloji servisinde görüşmeyi kabul eden kadınlarla yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak yüz yüze bireysel görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Görüşme öncesinde kadınlarla görüşerek görüşmenin amacı belirtilip kadın ve görüşmeci için en uygun saat karşılıklı olarak belirlenmiştir. Görüşmeler kadının kendi odasında ses kayıt cihazı kullanılarak sessiz ve rahat bir ortam sağlanarak yapılmıştır. Verilerin toplanma aşamasından önce bir kadınla pilot görüşme yapılarak kadınların soruları araştırmacılarla

benzer şekilde anlamlandırma durumuna bakılmıştır. Bu görüşmeden elde edilen yanıtlar incelenerek form danışman öğretim üyesi ile birlikte tekrar incelenmiş ve soruların uygunluğuna karar verilmiştir. Görüşmelerde kadınlardan izin alınarak ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Görüşme esnasında sürece müdahale etmeden yalnızca kadının sorulara verdiği tepki ve ifadeleri takip etmesi amacıyla bir gözlemci bulundurulmuştur. Her görüşme sonrası ses kayıtları ile gözlemci notları araştırmacı tarafından saklanmıştır.

Bireysel görüşmeler en az 7, en fazla 20 dakika olmak üzere ortalama 13 dakika sürmüştür. Kadınların ifadelerinde tekrarlar başladığı ve yeni bir veri elde edilemediği zaman görüşmeler sona ermiştir. Görüşmeler yöresel ifadelerde dahil olmak üzere kelimesi kelimesine dinlendikten sonra yazılı hale getirilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme ile 89 sayfa yazılı doküman elde edilmiştir.

3.8. Verilerin Analizi

3.8.1. Nicel Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri IBM SPSS V23 (demo sürümüyle) bilgisayar programı ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında bağımsız örnekler t testi ile tek yönlü varyans analizi (ANOVA), normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında ise parametrik olmayan yöntemlerden Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman sıra korelasyonu ile incelenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına p değerlerine bakılarak karar verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8.2. Nitel Verilerin Analizi

Araştırmanın nitel aşamasının değerlendirilmesinde içerik analiz yöntemi kullanılmıştır. Tematik içerik analizinde amaç, toplanan verileri açıklamayı sağlayan kavram ve yapılara ulaşmaktır. Toplanan veriler öncelikle kavramsallaştırılıp, sonrasında kavramlar mantıksal bir çerçevede içerisinde düzenlenip temalar oluşturulur (Cresswell, 2016). Veriler Colaizzi'nin (1978) sürekli karşılaştırmalı yöntemi ile analiz edilmiştir. Yazılı metinler önce her araştırmacı tarafından ayrı okunmuş ve anlamlar kategorize edilmiştir. Daha sonra araştırmacılar bir araya gelerek kategorize edilen anlamlar üzerinde fikir birliğine varana kadar tartışmışlardır. Bu süreçte asıl verilere tekrar tekrar dönülerek anlamlandırmadaki doğruluk kontrol edilmiştir. Belirlenen ortak ve anlamlı

ifadeler ile temalar oluşturulmuştur. Temalar oluşturulduktan sonra ortaya çıkan temaların altında yer alan kodların bütünlüğünün (iç tutarlılık) ölçülmesi ile ortaya çıkan temaların verileri açıklayabilmesi (dış tutarlılık) durumunun gözden geçirilmesi için çalışmada yer almayan bir eğitim elemanının görüşlerine başvurulmuştur.

İç ve dış değerlendirmede kullanılacak diğer bir yöntem olan araştırmanın katılımcılarına geri dönerek oluşturulan temaların uygunluğunu sorma katılımcılar taburcu oldukları için kullanılamamıştır. Verilerden ortaya çıkan kavram ve temaların açıklanmasında inandırıcılığın artırılması için katılımcıların ifadelerinden alıntılar yapılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Perinatoloji kliniğinde araştırmaya katılmayı kabul eden riskli gebelik tanısıyla yatan primigravida kadınlarla sınırlıdır. Araştırma ile elde edilen sonuçların diğer kadınlar için genellememektedir.

4. BULGULAR

4.1. Nicel Verilere İlişkin Bulgular

Nicel verilere ilişkin bulgular sırasıyla sosyodemografik ve obstetrik olmak üzere iki tablo şeklinde gösterilmiştir. Katılımcıların PKDÖ'den aldığı toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 5.'te gösterilmiştir. PKDÖ ortanca puan ortalamaları ve ortanca puan değerlerinin kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre dağılımlarına ilişkin bulgular ve istatistiksel sonuçlar aşağıda gösterilmiştir (Tablo 6. ve 7.)

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler		Ort.	Min.-Mak.
Yaş (yıl)		26± 6,1	17-42
Evlilik süresi (yıl)		3±3,4	1-20
		n	%
Medeni durum	Evli	111	100
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	2	1,8
	Okuryazar	6	5,4
	İlkokul	17	15,6
	Ortaokul	38	34,2
	Lise	28	25,2
	Lisans ve üzeri	20	18
Ücretli işte çalışma durumu	Çalışıyor	19	17,1
	Çalışmıyor	92	82,9
Aile tipi	Çekirdek	132	89,4
	Geniş	43	10,6
Yaşadığı yerleşim birimi	Kent	95	85,6
	Köy	16	14,4
Sosyal güvence	Var	100	90,1
	Yok	11	9,9
Zararlı alışkanlık kullanma durumu	Sigara kullanıyor	11	9,9
	Zararlı alışkanlığı yok	100	90,1

Ort.: Ortalama, Min.: Minimum, Mak.: Maksimum

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 26 olup (17-72) tümü evlidir. Kadınların %59,4'ünün orta öğretim ve lise (sırasıyla %34,2 ve %25,2) eğitimine sahip olduğu, yalnızca %1,8'inin okuryazar olmadığı saptanmıştır. Gebelerin %82,9'u herhangi bir ücretli işte çalışmamaktadır. Kadınların büyük çoğunluğu kentte ikamet etmekte (%85,6) ve çekirdek aile (%90,1) olarak yaşamaktadır. Sosyal güvenceye sahip olan gebelerin oranı %84,7'dir. Gebelerin obstetrik öykülerine ilişkin veriler Tablo.4'te verilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere araştırmada yer alan kadınların gebelik haftaları ortalama 34 hafta olup, büyük çoğunluğu gebeliği istemektedir. Sigara gebelerin kullandıklarını belirttikleri tek zararlı alışkanlıktır.



Tablo 4. Katılımcıların obstetrik özelliklerinin dağılımı

Özellikler		Ort.	Min.-Mak.
Gebelik haftası		34±4,4	25-42
		n	%
Gebeliği istenme durumu	İsteniyor	97	87,4
	İstenmiyor	14	12,6
Gebelikte düzenli kontrole gitme durumu	Evet	102	91,9
	Hayır	9	8,1
Bebegin cinsiyeti	Kız	53	47,7
	Erkek	58	52,3
Ailede riskli gebeliğe sahip olan birey durumu	Anne	16	14,4
	Kız kardeş	2	1,8
	Teyze	2	1,8
	Diğer	2	1,8
	Yok	89	80,2
Hastalık tanısı	Sistemik hastalıklar *	44	39,6
	Gebelik ve fetüsle ilişkili hastalıklar**	67	60,4
Hastalık hakkında bilgilendirilme durumu	Bilgilendirildi	14	12,6
	Kısmen bilgilendirildi	68	61,3
	Bilgilendirilmedi	29	26,1

Ort.: Ortalama, Min.: Minimum, Mak.: Maksimum, *(preeklampsi, GDM, enfeksiyon), **(IUGG, EDT, kanama, kolestaz, uterus anomalisi, oligohidroamniosis, plasenta previa, servikal kısalık, renal problemler)

Araştırmaya katılan gebelerin neredeyse tamamı (%91,9) düzenli kontrole gittiğini belirtmiştir. Doğacak bebeklerin %47,7'sinin cinsiyeti-kız olarak tanımlanmıştır. Kadınların 19,2'si riskli gebelik aile öyküsüne sahip olduğunu belirtmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların aldığı hastalık tanısının %60,4'ünü gebelikle ilgili olan durumlar oluşturmaktadır. Kadınların %79,9'u kısmen ya da tamamen hastalık tanısı hakkında bilgilendirildiğini belirtmiştir.

Katılımcıların PKDÖ toplam ve alt boyutlarından alabilecekleri en düşük ve en yüksek puanlar ile kadınların aldığı puan ortalamaları Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların PKDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları

PKDÖ Alt Boyutları	Madde Sayısı		$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Mak)
Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	10	10-40	24,3 ± 4,4	24 (15 - 35)
Gebeliğin kabulü	14	14-56	30 ± 3,7	30 (17 - 38)
Annelik rolünün kabulü	15	15-60	31,9 ± 4	32 (17 - 42)
Doğuma hazır oluş	10	10-40	25 ± 2,4	25 (18 - 31)
Doğum korkusu	10	10-40	23,9 ± 2,7	24 (16 - 31)
Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	10	10-40	21,9 ± 3,5	22 (10 - 33)
Eşi ile ilişkisinin durumu	10	10-40	20,8 ± 3,3	21 (10 - 30)
Toplam ölçek	79	79-316	180,1 ± 14,8	182 (120 - 219)

\bar{x} : Ortalama, Min.: Minimum, Mak.: Maksimum, S.S: Standart Sapma

Kadınların PKDÖ'nün Eşi ile İlişkisinin Durumu alt boyut puan ortalamasının diğer alt boyutlara göre en düşük ($20,8 \pm 3,3$) puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Alt boyutlardan 30 ve üzerinde puana sahip iki ölçek alt boyutu ise annelik rolünün kabulü ($31,9 \pm 4$) ve gebeliğin kabulü ($30 \pm 3,7$) alt boyutlarıdır. Toplam ölçek puan ortalaması 120 ile 219 arasında değişmekte olup, puan ortalaması $180,1 \pm 14,8$ olarak bulunmuştur. Bu puan ölçekten alınacak toplam puan ortalama değerinin (158) üzerindedir.

Katılımcıların PKDÖ toplam ve alt ölçeklerinin puan değerlerinin, sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo. 6'da sunulmaktadır.

Tablo 6. Kadınların PKDÖ'nün genel ve alt ölçek ortanca puan değerlerinin, sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler		Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	Gebeliğin kabulü	Annelik rolünün kabulü	Doğuma hazır oluş	Doğum korkusu	Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	Eşi ile ilişkisinin durumu	Toplam
		$\bar{x} \pm S.s$	$\bar{x} \pm S.s$	$\bar{x} \pm S.s$	$\bar{x} \pm S.s$	$\bar{x} \pm S.s$	$\bar{x} \pm S.s$	$\bar{x} \pm S.s$	$\bar{x} \pm S.s$
Eğitim durumu	İlkokul	25,9 ± 5,6	27,6 ± 3,9	30,7 ± 4,5	25,0 ± 2,3	24,2 ± 2,6	21,8 ± 5,5	22,5 ± 3,8	177,6 ± 18,3
	Ortaokul	26,0 ± 4,8	27,8 ± 4,0	30,8 ± 2,9	24,6 ± 1,9	25,5 ± 3,1	20,7 ± 3,8	21,7 ± 3,1	176,9 ± 13,3
	Lise	23,4 ± 3,9	26,7 ± 3,5	29,7 ± 3,0	24,4 ± 2,8	24,8 ± 3,3	21,3 ± 3,5	21,4 ± 2,8	171,6 ± 10
	Üniversite	23,4 ± 4,6	26,5 ± 2,3	30,8 ± 2,9	24,1 ± 2,5	23,4 ± 2,6	20,5 ± 3,6	20,8 ± 2,8	169,4 ± 12,4
Test istatistiği		F= 2,7	F= 0,8	F= 0,7	F= 0,5	F= 2,4	F= 0,4	F= 0,9	F= 2,1
p		0,052	0,493	0,556	0,714	0,075	0,728	0,427	0,102
Ücretli bir işte çalışma durumu	Çalışıyor	24 (19 - 32)	26 (23 - 39)	30 (26 - 39)	25 (20- 30)	25 (18 - 32)	19 (18- 34)	22 (16 - 30)	170 (154- 214)
	Çalışmıyor	25 (15 - 37)	27 (20 - 36)	30 (21 - 40)	25 (20 - 31)	25 (19 - 32)	19 (10- 34)	21 (16 - 32)	173,5 (150- 227)
Test istatistiği		U= 801,0	U= 770,5	U= 848,5	U= 848,0	U= 847,0	U= 770,0	U= 802,5	U= 804,0
p		0,566	0,415	0,841	0,837	0,832	0,388	0,571	0,583

F: Tek yönlü varyans analizi test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, Min.: Minimum, Mak.: Maksimum

Tablo 6. Kadınların PKDÖ'nün genel ve alt ölçek ortanca puan değerlerinin, sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (Devamı)

		Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	Gebeliğin kabulü	Annelik rolünün kabulü	Doğuma hazır oluş	Doğum korkusu	Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	Eşi ile ilişkisinin durumu	Toplam
Özellikler		Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)
Aile tipi	Çekirdek	25 (16 - 36)	27 (20 - 39)	31 (25 - 40)	25 (20 - 31)	25 (18 - 32)	19 (17 - 34)	21 (16 - 32)	173 (154 - 227)
	Geniş	22 (15 - 37)	25 (22 - 35)	28 (21 - 33)	25 (23 - 27)	27 (22 - 29)	20 (10 - 25)	21 (16 - 25)	173 (150 - 183)
Test istatistiği		U= 384,0	U= 435,5	U= 310,0	t= -0,552	U= 305,0	U= 509,5	U= 541,0	U= 472,5
P		0,100	0,256	0,017	0,582	0,015	0,672	0,928	0,444
Yaşadığı yer	Kent	25 (16 - 36)	26 (20 - 39)	30 (25 - 40)	25 (20 - 31)	25 (18 - 32)	19 (17 - 34)	21 (16 - 32)	173 (154 - 227)
	Köy	24 (15 - 37)	27 (22 - 35)	30 (21 - 38)	25 (20 - 29)	25,5 (20 - 30)	19 (10 - 34)	22 (16 - 29)	176 (150 - 208)
Test istatistiği		U= 727,5	U= 716,5	U= 752,5	U= 670,5	U= 643,5	U= 627,0	U= 612,0	U= 632,0
p		0,784	0,713	0,949	0,448	0,325	0,236	0,209	0,282
Sosyal güvence varlığı	Evet	24 (15- 36)	26 (22- 36)	30 (25 - 40)	25 (20 - 31)	25 (18 - 32)	19 (18 - 34)	21 (16 - 32)	173 (150 - 227)
	Hayır	26 (20- 37)	27 (20 - 39)	31 (21 - 39)	25 (20 - 27)	25 (21 - 32)	19 (10 - 27)	20 (16 - 27)	173 (154 - 211)
Test istatistiği		U= 490,0	U= 645,0	U= 782,0	U= 756,5	U= 634,5	U= 490,5	U= 480,5	U= 732,0
p		0,011	0,205	0,889	0,726	0,175	0,007	0,008	0,583
Zararlı alışkanlık kullanma durumu	Sigara	26 (18 - 33)	27 (20 - 39)	28 (27 - 40)	26 (23 - 27)	25 (22 - 32)	19 (18 - 34)	19 (16 - 31)	173 (160 - 224)
	Yok	24,5 (15 - 37)	26,5 (22 - 36)	30 (21 - 39)	24,5 (20 - 31)	25 (18 - 32)	19 (10 - 34)	21 (16 - 32)	173,5 (150 - 227)
Test istatistiği		U= 455,0	U= 520,5	U= 529,0	U= 398,0	U= 499,0	U= 536,0	U= 414,5	U= 545,5
p		0,347	0,770	0,835	0,13	0,613	0,884	0,176	0,965

F: Tek yönlü varyans analizi test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, Min.: Minimum, Mak.: Maksimum

Tablo 6’da görüldüğü üzere PKDÖ toplam puanının kadınların eğitim durumu (F= 2,1, p=0,102), ücretli bir işte çalışma durumu (U= 804,0, p=0,583), aile tipi (U= 472,5, p=0,444), yaşadığı yer (U= 632,0, p=0,282), sosyal güvence (U= 732,0, p=0,583) ve zararlı alışkanlığa sahip olma (U= 545,5, p=0,965) durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir(p>0.05).

PKDÖ’nün “Kendi ve Bebeğinin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri” alt boyutu ortanca puanı ile sosyal güvence varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (p=0,011). Sosyal güvencesi olan kadınların ortanca puanı 24 iken, sosyal güvencesi olmayan kadınların ortanca puanı 26 olarak bulunmuştur. Başka bir deyişle, sosyal güvencesi olan kadınların kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşüncelerinin daha olumlu olduğu belirlenmiştir.

PKDÖ’nün “Kendi ve Bebeğinin Sağlığı İle İlgili Düşünceleri” alt boyutu ortanca puan değeri ile eğitim (F= 2,7, p=0,052) , ücretli bir işte çalışma durumu (U= 801,0, p=0,566), aile tipi (U= 384,0, p=0,100) yaşadığı yer (U= 727,5, p=0,784) ve zararlı alışkanlığa sahip olma (U= 455,0, p=0,347) durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

PKDÖ’nün “Gebeliğin Kabulü” alt boyutu ile eğitim durumu (F= 0,8, p=0,493), ücretli bir işte çalışma (U= 770,5, p=0,415) , aile tipi(U= 435,5,p=0,256), yaşadığı yer (U= 716,5, p=0,713), sosyal güvence (U= 645,0, p=0,205) ve zararlı alışkanlığa sahip olma (U= 520,5, p=0,770) ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05).

PKDÖ’nün “Annelik Rolünün Kabulü” alt boyutunda, çekirdek aileye sahip olan kadınların ortanca puan değeri 31 iken, geniş aileye sahip olanların ortanca puan değeri 28 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P=0,017). Bu bulguya göre geniş ailede yaşayan kadınların annelik rolüne uyumları çekirdek ailede yaşayan kadınlara göre daha yüksektir. Kadınların eğitim durumu puan ortalaması (F= 0,7, p=0,556) ve diğer sosyo demografik özellikleri ile PKDÖ’nün “Annelik Rolünün Kabulü” alt boyutu puan ortalamaları arasında ile ortanca puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Araştırmaya katılan kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe PKDÖ’nün “Doğuma Hazır” alt boyutu puan ortalamasının düştüğü, başka bir deyişle doğuma hazır olma durumunun arttığı belirlenmiştir. Ancak bu durumun istatistiksel olarak fark yaratacak kadar etkili olmadığı saptanmıştır (p>0.05). PKDÖ’nün “Doğuma Hazır Oluş” alt boyutu ile diğer

sosyo demografik özellikleri ortanca puan değerleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

PKDÖ'nün "Doğum Korkusu" alt boyutu ile kadının sahip olduğu aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,015$). Çekirdek ailede yaşayan kadınların ortanca puan değeri 25 iken, geniş ailede yaşayan kadınların ortanca puan değeri 27 olarak tespit edilmiştir. Buna göre çekirdek ailede yaşayan kadınlar doğuma yönelik daha az korku belirtmişlerdir. PKDÖ'nün "Doğum Korkusu" alt boyutu ile eğitim durumu puan ortalaması ($F= 2,4, p=0,075$), ücretli bir işte çalışma durumu ($U= 847,0, p=0,832$), yaşadığı yer ($U= 643,5, p=0,325$), sosyal güvence ($U= 634,5, p=0,175$) ve zararlı alışkanlığa sahip olma durumu ($U= 499,0, p=0,613$) ortanca puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Gebelerin "Kendi Annesi ile İlişkinin Durumu" alt boyutu ortanca puan değeri ile sosyal güvence varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,007$). Sosyal güvencesi olan ve olmayan kadınlarda ortanca değerler aynı olmasına karşın farkın sosyal güvencesi olan kadınların puanlarının daha yüksek değer aralığına sahip olmasından kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Buna göre, sosyal güvencesi olmayan kadınların kendi annesi ile ilişkilerini daha olumlu olarak tanımladıkları söylenebilir. PKDÖ'nün "Kendi Annesi ile İlişkinin Durumu" alt boyutu ile kadınların diğer sosyodemografik özellikleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Katılımcıların PKDÖ'nün "Eşi ile İlişkinin Durumu" alt boyutu ortanca puan değeri ile sosyal güvence varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,008$). Sosyal güvencesi olan kadınların eşi ile ilişkisinin durumu ortanca puan değeri 21 iken, sosyal güvencesi olmayan kadınların ortanca puan değeri 20 olarak belirlenmiştir. Buna göre sosyal güvencesi olmayan kadınlar eşi ile ilişkisini, sosyal güvencesi olan kadınlara göre daha olumlu olarak tanımlamaktadır. PKDÖ "Eşi ile İlişkinin Durumu" alt boyutunun kadınların eğitim durumu ($F= 0,9, p=0,427$) puan ortalaması ve ücretli bir işte çalışma ($U= 802,5, p=0,571$), aile tipi ($U= 541,0, p=0,928$), yaşadığı yer ($U= 612,0, p=0,209$) ve zararlı alışkanlığa sahip olma durumu ($U= 414,5, p=0,176$) ortanca puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların PKDÖ'nün genel ve alt ölçek ortanca puan değerlerinin, obstetrik özelliklerine göre dağılımları obstetrik özelliklerine göre PKDÖ toplam ve alt ölçekler puan ortalaması ve ortanca değerlerinin karşılaştırılması Tablo.7'de gösterilmiştir

Tablo 7. Kadınların PKDÖ'nün genel ve alt ölçek ortanca puan değerlerinin, obstetrik özelliklerine göre dağılımları

Özellikler		Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	Gebeliğin kabulü	Annelik rolünün kabulü	Doğuma hazır oluş	Doğum korkusu	Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	Eşi ile ilişkisinin durumu	Toplam
		Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)
Gebeliği isteme durumu	Evet	25 (15 - 37)	26 (20 - 39)	30 (21 - 40)	25 (20 - 31)	25 (18 - 32)	19 (10 - 34)	21 (16 - 32)	173(150-227)
	Hayır	25 (20 - 33)	30,5 (24 - 35)	30 (26 - 35)	24 (21 - 28)	26 (20 - 29)	19,5 (18 - 32)	21 (16 - 27)	175,5(159-195)
Test istatistiği		U= 632,0	U= 389,0	U= 640,0	U= 607,5	U= 613,5	U= 678,0	U= 614,0	U= 556,5
p		0,675	0,010	0,727	0,522	0,558	0,992	0,559	0,276
Düzenli kontrole gitme durumu	Evet	25 (15 - 36)	26,5 (20 - 39)	30 (25 - 40)	25 (20 - 31)	25 (18 - 32)	19 (17 - 34)	21 (16 - 32)	173(150-227)
	Hayır	24 (17 - 37)	28 (24 - 31)	30 (21 - 35)	24 (20 - 26)	22 (20 - 29)	19 (10 - 24)	21 (16 - 27)	172(154-184)
Test istatistiği		U= 366,0	U= 411,0	U= 406,0	U= 375,0	U= 395,5	U= 375,0	U= 421,5	U= 367,5
p		0,314	0,602	0,564	0,360	0,490	0,336	0,682	0,323
Bebeğin cinsiyeti	Kız	25 (15 - 34)	26 (20 - 36)	30 (26 - 40)	25 (20 - 31)	25 (18 - 31)	19 (18 - 34)	21 (16 - 32)	174(150-227)
	Erkek	24,5 (17 - 37)	27 (22 - 39)	30 (21 - 39)	25 (20 - 29)	25 (19 - 32)	19 (10 - 34)	20 (16 - 30)	172(154-214)
Test istatistiği		U= 1469,0	U= 1497,5	U= 1492,5	U= 1478,5	U= 1508,0	U= 1360,5	U= 1416,5	U=1426,5
p		0,687	0,815	0,791	0,728	0,863	0,269	0,472	0,514

U: Mann Whitney U test istatistiği, Min.: Minimum, Mak.: Maksimum

Tablo 7. Kadınların PKDÖ'nün genel ve alt ölçek ortanca puan değerlerinin, obstetrik özelliklerine göre dağılımları (Devamı)

Özellikler		Kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri	Gebeliğin kabulü	Annelik rolünün kabulü	Doğuma hazır oluş	Doğum korkusu	Kendi annesi ile ilişkisinin durumu	Eşi ile ilişkisinin durumu	Toplam
		Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)
Ailesinde gebelik döneminde gebeliğe bağlı hastalık tanısı alma durumu	Var	25 (15- 34)	27 (20- 35)	30 (27- 38)	24,5 (20- 29)	23 (19- 30)	19 (18- 34)	21 (19- 30)	173 (150-209)
	Yok	24 (16- 37)	26 (22- 39)	30 (21- 40)	25 (20- 31)	25 (18- 32)	19 (10- 34)	21 (16- 32)	173 (154-227)
Test istatistiği		U= 954,0	U= 876,0	U= 962,0	U= 970,0	U= 735,0	U= 941,0	U= 959,5	U=977,5
p		0,853	0,444	0,899	0,946	0,069	0,766	0,884	0,991
Hastalık tanısı	Gebelik ve fetüsle ilgili hastalıklar	24 (15 – 35)	30 (17- 38)	32 (17- 38)	25 (18- 31)	23(16- 31)	25 (10- 28)	19 (16- 30)	182 (120- 195)
	Sistemik Hastalıklar	23 (15- 35)	30 (19- 37)	32 (17- 42)	25 (20- 29)	24 (20- 30)	20 (19- 31)	21 (10- 30)	181,5 (124 -213)
Test istatistiği		U= 1395,5	U= 1650,0	U= 1395,0	U= 1597,5	U= 1728,0	U= 1665,5	U= 1232,0	U= 1443,0
p		0,635	0,284	0,453	0,587	0,123	0,221	0,140	0,956
Bilgilendirilme durumu	Bilgilendirildi	26,5 (18- 36)	27 (22- 32)	30 (27- 38)	22,5 (21- 27)	24 (20- 31)	19 (18- 34)	19 (16- 30)a	169(160-214)
	Kısmen bilgilendirildi	25 (16- 34)	27 (20- 39)	30 (26- 40)	25 (20- 31)	25 (18- 32)	19 (17- 34)	21(16- 31) ab	174(154-224)
	Bilgilendirilmedi	24 (15- 37)	26 (23- 36)	30 (21- 39)	24 (20- 29)	25 (20- 30)	20 (10- 34)	22 (16- 32) b	173(150-227)
Test istatistiği		$\chi^2 =2,4$	$\chi^2 =0,0$	$\chi^2 =0,1$	$\chi^2 =3,7$	$\chi^2 =0,1$	$\chi^2 =2,9$	$\chi^2 =8,1$	$\chi^2 =0,4$
p		0,295	0,984	0,929	0,156	0,955	0,232	0,017	0,826

U: Mann Whitney U test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği ,Min.: Minimum, Mak.: Maksimum, p<0,005, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 7’de görüldüğü üzere kadınların PKDÖ toplam “Kendi ve Bebeğinin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri”, “Annelik Rolünün Kabulü”, “Doğum Korkusu” ve “Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu” alt boyutlarına ilişkin puanları, obstetrik özelliklerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Kadınların gebeliği isteme durumu ile “Gebeliğin Kabulü” alt boyutu ortanca değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,01$). Gebeliği isteyen kadınların PKDÖ’nün “Gebeliğin Kabulü” ortanca puan değeri 26 iken, gebeliği istemeyen kadınların ortanca puan değeri 30,5 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre gebeliği isteyen kadınlar gebeliği daha kolay kabul etmektedir. “Gebeliğin Kabulü” alt boyutunun diğer obstetrik verilerle olan karşılaştırmasına göre gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

PKDÖ’nün “Eşi ile İlişkisinin Durumu” alt boyutu ortanca değeri ile kadının hastalığı hakkında bilgilendirilme durumu arasında istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır. ($p=0,017$). Bilgilendirilen ve kısmen bilgilendirilen kadınların ortanca puan değerleri sırasıyla 19 ve 21 iken bilgilendirilmeyen kadınların ortanca puan değeri 22 olarak bulundu. Buna göre, kadının hastalık hakkındaki bilgilendirilme durumunun artması ile eşi ile ilişkisinin daha olumlu olduğu belirlendi. PKDÖ’nün “Eşi İle İlişkisinin Durumu” alt boyutu ortanca değeri ile “gebeliği isteme” ($U= 614,0$, $p=0,559$), “düzenli kontrole gitme” ($U= 421,5$, $p=0,682$), “bebeğin cinsiyeti” ($U= 1416,5$, $p=0,472$), “ailesinde gebelik döneminde gebeliğe bağlı hastalık tanısı alma” ($U= 959,5$, $p=0,884$), “hastalık tanısı” ($U= 1232,0$, $p=0,140$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

4.2. Nitel Verilere İlişkin Bulgular

4.2.1. Annelik Bir Başka Duygusallık

Bu tema altında kadınların anne olmaya yönelik duygu ve düşüncelerine ilişkin görüşleri incelenmiştir. Görüşmeler sonucunda anneliğin tarifsiz bir duygu olduğu, yaşanmadan bilinemeyeceği, bebeğin hareketleri ile tam olarak anneliğin hissedilmeye başlandığı anlaşılmaktadır. Aynı zamanda kadınlar tarafından annelikle birlikte sorumluluğunun ve annesine olan bağının arttığı da belirtilmiştir.

Yaşayan bilir..

Kadınların büyük çoğunluğu (9 katılımcı) anne olma deneyimini tarif edilemeyen, eşsiz bir durum olarak ifade etmişlerdir. Bir katılımcının bu konudaki görüşleri şu şekildedir:

“Anneyi anneliği tanımlayamam yani. Çok farklı bir duygu. Anne olmak başka bir şey hani. Onu sahiplenmek işte onu çocuğunu hani nasıl diyeyim çok başka bir şey. Anne olmayı hiçbir zaman tarif edememişimdir. Annelik duygusunu.” (Katılımcı 11)

“Aslında eşsiz bir şey yani. Nasıl söylenir bilmiyorum. Çok güzel bir şey ya. Tanımlayamıyorum gerçekten. Tanımlamıyor yani ne denir ki?” (Katılımcı 14)

Başka bir katılımcı ise anne olmanın kadınlara verilen bir mucize olduğu şu şekilde açıklamıştır:

“Annelik... Ben başka bir şey ya onu ben tarif edemem. Allah'ım bize mucize olarak verdiği, bizi erkeklerden ayıran en önemli özellik. Kadın olmanın tek olumlu yani budur. Anne olmamız. Kadının anne olması çok önemli. Erkeklerden ayıran çok güzel bir özelliğimiz var ya iyi ki de bu olmuş.” (Katılımcı 10)

Kadınların bazıları (3 kadın) anne olmayı “su, aşk ve sevgi” kavramlarına benzetmişlerdir. İntrauterin gelişim geriliği tanısıyla 33. gebelik haftasında olan ve 7 gündür hastanede bulunan bir katılımcının görüşleri şu şekildedir:

“Neye benzetirdim bilmiyorum aslında. Su... Susuz yaşanmaz ya o şekilde.... Yani bence benzetilecek hiçbir şey yok. Bence tarifî yok. Annesiz de yaşanmaz herhalde su gibi bir şey.” (Katılımcı 12)

Anneliği sonsuz bir sevgiye benzeten iki katılımcının ifadeleri şu şekildedir:

“Anne olmayı benzetsem.. Aşk, kalp bunlara benzer bence.” (Katılımcı 9)

“Bir şeye benzetsem kardeş sevgisinin daha ötesinde bir şey. Yani en çok öyledir...” (Katılımcı 1)

Kadının anne olarak kendi yaşamından yeni bir yaşam oluşturduğunu vurgulayan bir katılımcının görüşleri şöyledir:

“Yani şey, zaten severek evlendiğim için sevdiğim adamdan kendi canımdan kanımdan bir tane daha çıkacak yani. Bu kadar anlatamıyorum ki .” (Katılımcı 9)

“Farklı yani şu an tam algılayamıyorum... Anne olmak çok başka bir şey ya. Anne olmak yani çok farklı. Canından can.” (Katılımcı 2)

Katılımcıların dokuzu anne olma duygusunun soyut bir kavram olduğunu ancak deneyimlenerek anlaşılabilirliğini ifade etmiştir. Bazı katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

“Aslında açıklayamam ki. Yaşayan bilir derler ya öyle bir atasözü var. Gerçekten onu yaşayan bilir.” (Katılımcı 5)

Katılımcıların beşi gebelik sürecinde duygularında değişim ve heyecanında artış olduğunu belirtmişlerdir. Farklı ve yoğun duygusallık yaşadığını belirten üç katılımcı görüşlerini şöyle açıklamıştır:

“Anne adayı olmak gerçekten güzel bir deneyim. Daha duygusal oluyor insan. Hayata daha farklı bakıyor.” (Katılımcı 7)

“Aşırı duygusallaştım. Her şeye. Herkese.” (Katılımcı 5)

“Mesela başka bir duygusallık geliyor insanın içine.” (Katılımcı 1)

Katılımcıların 9’u anne olmayı yaşamaktan haz duyulan bir duygu şeklinde tanımlamaktadır. Bu görüşü belirten ifadeler şu şekilde yer almaktadır:

“Nasıl hissediyorum farklı hissediyorum. Yani en güzel anne olmayı sevdim diyebilirim. Ben hayatta en çok anne olmayı sevdim.” (Katılımcı 12)

Ayrıca bir katılımcı ebeveyn olarak eşinin kendisinden daha heyecanlı olduğunu vurgulamış ve şu şekilde ifade etmiştir:

“Bilemiyorum. Heyecanlanıyorum duygulanıyorum bu şekilde oluyor hep. Eşimde öyle. O da bir an önce gelsin istiyor. Baba olmak istiyor. O daha telaşlı, daha panik. Çok çok panik. Biraz ben onu sakinleştiriyorum. (Katılımcı 14)

Anneye Olan Bağın Artması

Kadınların bir çoğu (6 kadın) gebelik sürecinin ve anne olmaya ilişkin bu deneyimin annelerine bakışlarını değiştirdiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların üçü kendi annesine verdiği değer ve sevginin anne olduğunda daha da arttığını ve annesini daha iyi anladığını aşağıdaki cümlelerle belirtmiştir:

“Yani bak şimdi biz hepimiz annemizi severiz ama. Anne olduktan sonra bir daha anneyi daha bir şey sevgin artıyor. Bir daha anlıyorsun anneni, anne olunca nasıl bir şey olduğunu.” (Katılımcı 5)

“Annelerimizin değerini daha çok anlıyoruz sanırım bu dönemde” (Katılımcı 7)

“Anne (duraksadı). Bir kere başta anne. (İu) Sözleri hani hareketleri, onun davranışları.. Bana güç veriyor. Daha çok bağlandım ona hamile kalınca.” (Katılımcı 1)

Annelik=Sorumluluk

Kadınlar annelik ile birlikte duyguların en güzelini yaşamamanın yanı sıra yaşam boyu devam eden çok büyük bir sorumluluğu da ortaya çıktığını aşağıdaki ifadelerle belirtmişlerdir:

“Anne olmak sanırım sorumluluk demektir. Büyük bir sorumluluk yani.” (Katılımcı 7)

“Yani savunmasız bir varlık geliyor ve sana bağlı olacak her şeyiyle. Yani onu yetiştirmesi yemesi, içmesi, yani bir bebek aldığını düşün. Ama bu gerçek. Bütün sorumluluğunu alıyorsun. Savunmasız olacak ve her şeyiyle sen ilgileneceksin. Ona bakmak zorundasın.” (Katılımcı 11)

“Anne olmak her şey ya onun için... Her şeyden önce baştan sona kadar onun hayatından sorumlu olmak yani ne bileyim.” (Katılımcı 14)

Bir katılımcı ise başka bir bireyin sorumluluğunu almanın bireyi daha özgür kıldığından ve kişinin kendi özelliklerini görebileceği bir ayna işlevine sahip olduğundan bahsetmektedir:

“Kendimi daha özgür birey olarak hissediyorum hani. Artık hani sorumluluk alabileceğim kendi eşimden hariç bir kişi daha. Hani ben nasıl size anlatsam kendi büyütebileceğim kendimin emeğiyle hani vatana millete bir evlat kazandırabileceğim bir birey oluşturacağım. Kendimden ne verirsem onu alacağım belli bir yaşa kadar tabi ki. Benim oluşturduğum benim sorumluluğum bir şey olacak o.” (Katılımcı 15)

İşte Şimdi Anne Oldum!

Bebeğinin ilk hareketlerini hissetmek ve kalp atışlarını ilk kez duymak 15 kadından 12’si tarafından riskli gebelik sürecinde yaşadıkları en olumlu deneyim olarak tanımlanmıştır. Katılımcıların bebeğinin varlığını hissetmeye ilişkin görüşlerinden bazıları şu şekildedir:

“Onu hissetmek en başta. En güzel duygu o. Onun işte o hareketleri o kalp atışını duymak onlar ayrı bir duygusallık, ayrı bir güzellik yani.” (Katılımcı 7)

“Mesela tekme atması çok hoşuma gidiyor. İçimde kıpır kıpır olması hoşuma gidiyor. İşte gebeliğim de en çok hoşuma giden şeyler bunlar.” (Katılımcı 14)

“Gebelik boyunca onun hareketlerini hissetmem en güzeliydi.” (Katılımcı 11)

Gebelik döneminde kadınlar bebeklerinin her hareketinden duydukları heyecanı şu sözlerle tanımlamaktadırlar:

“Onun kalp sesini duyduğum zaman içimde onu hissetmek bir başka. Ben onun her kalbini duyduğumda çok heyecanlanıyorum. Her tekme atışında heyecanlanıyorum. Her türlü ondan çok heyecanlanıyorum.” (Katılımcı 5)

Gebelik süresince bebeğinin varlığını hissetmesiyle birlikte gebeliği ve annelik rolünü kabullenme aşamalarının tamamlandığını ifade eden katılımcılar şu şekilde belirtmiştir:

“Yani 5. ayıma geldiğimde hani o oynadı ya karnımda. O zaman daha güzel şeyler hissettim. Tamam artık anne oldum dedim. O zamana kadar anne olarak görüyordum kendimi ama bir şey hissetmiyordum.” (Katılımcı 8)

“İlk başta anlamıyorsun hani anneliği. Ama işte tekme atmaya başladıkça o zaman bir başka heyecan oluşmaya başlıyor.” (Katılımcı 15)

Hayalim; mutlu, huzurlu ve iyi evlat yetiştirmek

Katılımcılara anneliğe yönelik hayalleri sorulduğunda çoğu (13 kadın) bebekleriyle vakit geçirmek istediklerinden ve geleceğe yönelik planlarından söz etmişlerdir. Kadınlar “güzel evlat” yetiştirmek istediklerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“En önce ilk aklıma gelen şey oğlumu çok güzel yetiştirmek bir şekilde yetiştirmek, vatana millete hayırlı olmasını sağlamak. Onu çok güzel yetiştirmek istiyorum.” (Katılımcı 11)

Kadınların anneliğe yönelik hayallerinde kendilerini ona adanmak ve çocuğuyla vakit geçirmek ve bulunmaktadır. Bu konuyla ilgili bir annenin görüşleri şöyledir:

“Ben okul öncesi öğretmeniyim. Anne olunca onunla hani görüyorum küçük çocukları kreşe bırakıyoruz. Belli bir yaşa kadar kendim onunla beraber eğitimi konusunda olsun, her şeyde kendimi tamamen ona vermeyi planlıyorum.” (Katılımcı 15)

İkiz bebek bekleyen bir katılımcının ifadesi ise şu şekildedir:

“Onlarla vakit geçirmek onlara bakmak tamamen onlara vakit ayırmak istiyorum. İşte ne bileyim onları büyütmek, beslemek ...” (Katılımcı 6)

Annesinin yaptığı davranışların tam tersini örnek alan bir katılımcı çocuğunun en yakın arkadaşı olmak istediğini belirtmiştir:

“Ben annemle sıkıntılı bir dönem yaşadığım için ilk önce kızıma güzel bir gelecek hazırlamak ve onunla arkadaş gibi olmak istiyorum. En büyük hayalim bu..” (Katılımcı 9)

4.2.2. Her şey bebeğim için..

Bu bölümde daha çok kadınların riskli gebeliğe ilişkin deneyimleri aktarılmıştır. Riskli gebelikle birlikte kadınların bir çok farklı alanda yaptıkları fedakarlıklar bu başlık altında toplanmıştır.

Beni seçme, bebeği seç...

Çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu (10 kadın) riskli gebelik tanısı ile hastanede buldukları sürede kendi sağlıklarından vazgeçtiklerini, bebeklerinin sağlığına “öncelik” verdiklerini belirtmişlerdir:

“Kendi sağlığım ile ilgili hiç endişem olmadı. Doğumdan çıkmadım bir şey oldu başıma bir iş geldi. Eşime hep diyorum bebek mi annemi dediklerinde bebeği seç.” (Katılımcı 2)

“Şu an ben önemli değilim. Doğum yaptıktan sonra kendi sağlığıma bakarım. Hep dua ettim inşallah önemli bir şey yoktur diye. Bebeklere öncelik verdim onlara bir şey olmasın diye.” (Katılımcı 6)

“Kendinden önce onu düşünüyorsun. Her zaman onu düşünüyorsun. Ben hamile kaldığımdan beri her zaman öncelik benim için o.” (Katılımcı 5)

Uzun süre tedavi gördükten sonra bebek sahibi olan bir katılımcının ifadesi şöyledir:

“Kendi sağlığımı hiç düşünmedim bebek daha önemliydi. 800 tane iğne yemişim.. Ama ben kendi sağlığımı onun sağlığına değiştirdim. Yer değiştirdim. Bana bir şey olursa olsun ama ona bir şey olmasın dedim.” (Katılımcı 10)

Kendi sağlığını yalnızca bebeğin sağlığının iyi olmasını istediği zamanlarda düşündüğünü belirten katılımcılar şöyle ifade etmiştir:

“Artık kendine bir şey olacak diye korkuyorsun. Önceden hiç önemsemezdim.. Ama şimdi çok korkuyorum mesela. Bana bir şey olursa ona da olur. Hani herkes gitsin. O kadar kıymetli ki hani her şey herkes gitsin, arkasını dönsün ama o sağlıklı olsun...”
(Katılımcı 10)

Bebeğinin sağlığına öncelik veren katılımcıların aksine bir katılımcı ise kendi sağlığına daha fazla önem verdiğini ve bundan dolayı bencillik hissettiğini şu şekilde belirtmiştir:

“Korktum. Ne bileyim bu sefer bencillik yaptım herhalde canımın yanmasından korktum. Yani bir nevi bencillik bence. Ne bileyim çocuğun sağlığı değil de o an kendimi düşündüm. Korktum” (Katılımcı 13)

Özgürlüğün kısıtlanması

Katılımcıların yaklaşık tamamı (12 kadın) hastaneye yatma ile birlikte günlük yaşamlarındaki alışkanlıklarının değiştiğini ve bunlara katlanmak zorunda olduklarını şöyle ifade etmişlerdir:

“Sürekli yatmıyordum hani ben yine hareket halindeydim. Hareket ederdim. Zaten sürekli eder evimin günlük işlerini yapardım ama buraya gelince mecburen yatmaya verdim kendimi.” (Katılımcı 1)

“Günlük yaşamım da biraz değişti. Evde hani şey olarak değil hani yürüyüşümü filan yapıyorum. Dışarıya filan çıkıp geziyordum. Maalesef burada sürekli yatıyorum.”
(Katılımcı 14)

“Çok hareketli bir insandım. Hani yatmayı sevmeyen bir insan olduğum için şu an çok sıkılıyorum. Şimdi kalkıp bir şeyler yapmak istiyorum. Dolaşmak istiyorum. Ama yatmak zorundayım.” (Katılımcı 15)

Yüksek lisans öğrencisi bir katılımcı ise günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlanma yerine var olan sorumluluklarının değişmesinden şu şekilde bahsetmektedir:

“Ben tabi şu anda benim okulum var. Biraz beni bu süreç yordu açıkçası. Biyokimyada yüksek lisans tez aşamasındayım da bitirmeye çalışıyorum. Bu süreç beni çok yordu.”

Katılımcılar hastanede olmanın katlanılması zorunlu bir süreç olduğunu şu cümlelerle belirtmişlerdir.

“Normalde hastane ortamını sevmeyen bir insanım. Daha öncede kaldım. Ama normalde de sevmem. Ama şu an tek derdim, düşüncem bu olduğu için mecburen katlanıyorum yani.” (Katılımcı 12)

“Ama riskli bir şey olduğu için doktorum göndermiyor. O yüzden burada kalıyorum mecbur. Biraz da alışmaya çalışıyoruz.” (Katılımcı 14)

Hastanede kalmayı “sıkıntı” ve “eve özlem” kavramları ile tanımlayan kadınlar ortama yabancılik çektiklerini şu sözlerle ifade etmişlerdir:

“Evini özliyorsun çok. Ben evimi çok özledim.” (Katılımcı 2)

“Ama hastane ortamı değişik geldi bana. Biraz sıkıldım. İnsan sıkılıyor. Hani insan derler ya kendi evi gibi yok. Gerçekten de öyle bir şey” (Katılımcı 5)

“Burada sıkılıyorum maalesef. Evde de yatıyordum aslında. Ama yine de mesela hastane ortamıyla ev ortamı çok farklı. Eve gittiğimde böyle bol bol oksijen alıyormuşum gibi geliyor. Tanıdık ortam eşyalar benim her şeye alışkan olmam.” (Katılımcı 9)

Olumsuz görüş belirten katılımcıların aksine bazı katılımcılar hastanede olmayı “kontrol altında ve doktora yakın olmanın” verdiği güvenlik hissini ve olumlu duygularını dile getirmişlerdir:

“Doktorum hani yavaş yavaş eve gidebilirsin dedi. Normal hayatına devam et dedi. Ama ben çok yalvardım. Beni bırakma buradan diye. Evim gibi tanımlıyorum. Aynı evim gibi. Gözetim altındayım bir de sürekli.” (Katılımcı 10)

“Burada daha şey, güvenilir. Özel bir bakım yoktu evde. Burası daha iyi.” (Katılımcı 3)

“Tabi gözetim altında olmak çok çok iyi. Şimdi ben evde olsam bilmiyorsun etmiyorsun. Sonuçta burada dakika başı NST’ye bağlıyorlar alttan bakıyorlar muayene ediyorlar.” (Katılımcı 11)

Bir başka katılımcı ise hastanede olma sürecini “vicdani bir sorumluluk” olarak tanımlamıştır:

“Ama eve gidersem ve bir sıkıntısı olursa o zaman vicdanım rahat etmez yani. Hastanede yatmak daha avantajlı. Gözetim altında kalmak daha avantajlı.” (Katılımcı 14)

Uyku Düzeninde Bozulma

Katılımcıların yaklaşık yarısı (7 kadın) uyku düzeninin değiştiğini ifade etmiştir. Hastane ortamında olmanın uyku düzenlerine olan etkisini katılımcılar şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Ortamdan dolayı. Uyuyamıyorum yani ne bileyim bunalıyorum burada bunaltı basıyor beni.” (Katılımcı 12)

“Normalde evde daha rahat uyuyordum. Burada uyuyamıyorum mesela. Sıkıntı oluyor. Hastane ortamından kaynaklı. Bir de ses filan yok ama hastanede olduğunu biliyorsun ya o yüzden kaynaklı.” (Katılımcı 14)

Uyuması durumunda belirtileri fark edemeyeceğini düşünen bir katılımcının ifadeleri şu şekildedir:

“Uyku düzenim başlarda çok bozuldu. Korku, tedirginlikle uyuyordum çünkü. Bir de geceleri bir şey olursa kanamam olursa fark edemezsem diye.” (Katılımcı 10)

Konforda Bozulma

Anne olmadan önce katlanamadığı durumları riskli gebelikle birlikte yapmak zorunda kalan ve fedakarlık yaptığını belirten katılımcının ifadeleri şu şekildedir:

“Yani bu hayatta ben diyet yapmazdım. Şimdi çocuğum için diyet yapıyorum gece gündüz. Herkes çok şaşırıyor. Sen boğazına çok düşkünsün nasıl diyet yapıyorsun ama ona bir şey olacak korkusu ile bilmiyorum.” (Katılımcı 2)

Katılımcıların 8 tanesi gebelikte meydana gelen fiziksel değişimleri ve bunlara bağlı olarak gelişen hareketlerdeki sınırlılıkları olumsuz deneyim olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu konu hakkındaki görüşleri şöyledir:

“Olumsuz ya aslında sağlık sorunları. İşte sırt ağrıları, hareket edememek. Ben çok zayıftım hamile kalmadan önce. Bu almış halim aslında. O yüzden hareketlerim çok kısıtlandı ister istemez. Biraz kilo alınca sırt ve bel ağrısı biraz çok fazla oldu. O da beni kısıtladı.” (Katılımcı 7)

“Farklı zorlukları da var iyilikleri de var. Nasıl bahsedeyim. Mesela gece yattığın zaman bir daha kalkamıyorsun illa birileri oluyor (gülüyor) dikilmen için, tuvalete oturmak çok zor.” (Katılımcı 6)

Gebeliğin ilk dönemlerinde çeşitli faktörler nedeniyle meydana gelen iştahta azalma, kusma ve bulantı gibi şikâyetler katılımcılar tarafından (8 kadın) olumsuz deneyim olarak ifade edilmiştir. Bir annenin ifadesi şu şekildedir:

“Kusma bulantı bir de böbrek şikâyetim vardı ilk zamanlarda. Hani kokulara karşı hassasiyetim çok aşırıydı. Yemek yiyemiyordum. Zaten ilk dört ay zayıflamıştım. Hiç kilo alamamıştım.” (Katılımcı 14)

Katılımcılardan ikisi bu deneyimleri olumsuz görmenin aksine bebeğinin sağlığına katkıda bulunan ve yaşanması gereken normal olumlu bir deneyim olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

“Onun için midem bulanıyor ama onu bile şey yapmıyorum. Şu anda iyi ki olmuş yani onun sağlığı için olmuş diye düşünüyorsun. Unutuyorsun çoğu şeyi... Hani ellerimde bazen uyuşmalar oluyor bunlar var yani olumsuz olan ama hepsi bebeğim için normal şeyler. Şişlikler ve fazla kilolar (bikkın ses tonu ve duraksadı). Ama bence en tatlı kilolar (Kahkaha)...” (Katılımcı 1)

“Anneliğin bana getirisi olarak yani normal karşıladım bütün zorlukları” (Katılımcı 14)

4.2.3. Riskli gebelik, mücadele etmektir!

Bu tema altında riskli gebeliğe ilişkin duygu, düşünce ve deneyimlerine yer verilmiştir. Kadınların büyük çoğunluğu riskli gebeliğe karşı şok, korku, kaygı, ve suçluluk duygularını yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda riskli gebelikle birlikte kadınların anneliğe ve gebeliğe uyum sürecindeki değişimleri de açıklanmıştır.

Hiç Aklıma Gelmezdi..

Katılımcıların büyük çoğunluğu (8 kadın) gebelik döneminde bu tür sorunlarla karşılaşmayı hiç düşünmediklerini bu nedenle beklenmedik bir durumla karşı karşıya kaldıklarını ve şoka uğradıklarını ifade etmişlerdir:

“Hiç aklıma gelmedi. Bir anda oldu zaten...” (Katılımcı 3)

“Ben diyordum ki günüm gelir doğum yaparım. Hastaneye de o zaman gelirim diye düşünüyordum. Hiç aklımın ucuna gelmezdi böyle bir şey.” (Katılımcı 8)

“Gebeliğim boyunca her şey güzel olacak diye bekliyordum. Hiç böyle beklemiyordum.” (Katılımcı 11)

“Son haftalarımıza, aylarımıza girmiştik. Hiç aklıma gelmemişti sorunla karşılaşacağım. Hani her şey güzel giderken bir anda bu engel konuluyor yani önümüze.” (Katılımcı 13)

Korku/Kaygı

Katılımcıların yaklaşık yarısı (8 katılımcı) riskli durumla birlikte bebeğinin sağlığı hakkında yoğun endişe duymaya başladığını belirtmişlerdir. İki katılımcının ifadeleri şu şekildedir:

“Kıvıldamadığı zaman neden kıvıldamadı başına bir iş mi geldi. Ama şey tekme atmayınca da ödüm kopuyor mesela bir şey mi oldu diye. Kordonu var bunlar hep tehlike.. Bunları hiç düşünmezdim ben.” (Katılımcı 2)

“Sağlığı yerinde mi olacak bilmiyorum. Kuvöze koyarlar mı? Emzirebilecek miyim? Çok soru var kafamda hani biliyorsunuz” (Katılımcı 12)

Bazı katılımcıların görüşlerinden daha önceden var olmayan doğum korkusunun riskli durumla birlikte oluştuğu anlaşılmaktadır. Örneğin:

“Mesela artık normal doğurmak istemiyorum. Çok korkuyorum doğum yapmaktan.” (Katılımcı 2)

“Bu durumla birlikte doğuma karşı korkum oldu. Korkuyorum doğurmaktan. Doğuma karşı hani ne bileyim biraz korkum var. Ne yapacağımı da bilmiyorum.” (Katılımcı 8)

Katılımcıların büyük çoğunluğu (9 kadın) riskli gebelik tanısı aldıklarında yoğun bir korku hissettiklerini belirtmişlerdir. Korkunun odağında ise bebeğin sağlığının ve bebeği kaybetme endişesinin olduğu ifadelerden anlaşılmaktadır:

“O anda çok kötü oldum hani ya yaşamazsa, tansiyondan dolayı bir şey olursa diye. Çok korktum.” (Katılımcı 3)

“O anda korku. Kaybetme korkusu hissettim. Acaba bebeğimi kaybedeceğim diye. Yani bir de eli ayağı düzgün olmayabilir dediler. O anda çok üzüldüm”(Katılımcı 12)

“Yani hani insan, annelik güzel bir duygu diye düşünüyor. Ama riskli gebelik olunca insan ister istemez acaba hani bebekte sıkıntı çıkacak mı ya da daha farklı sorunlar yaşayacak mıyım diye de korkuyor hem de çok korkuyor” (Katılımcı 7)

“Korkum çok fazlaydı. Çünkü yaşamaz dediler. İşte o zaman çok korktum!” (Katılımcı 3)

Riskli gebelik tanısında bulunan “risk” kelimesinden hoşlanmadığını ve bu kelimenin korkularını daha fazla arttığını belirten katılımcı şöyle açıklamıştır:

“Risk kelimesi zaten çok iğrenç. Risk! Bu demek ki risklisin yani. Her an her şey olabilir demek. Korkutuyor. Çok kötü bir şey.” (Katılımcı 2)

Katılımcılar (7 kadın) riskli gebelik tanısını duydukları ve hastaneye yatışları yapıldığı ilk anda bebeklerine kavuşamama endişesiyle önceden oluşturdukları planları değiştirdiklerini ve hayallerini ertelediklerini belirtmişlerdir. Bir katılımcının ifade aşağıdaki gibidir:

“Mesela ben o gün doktordan çıkınca eşimle alışverişe çıkacaktım. Tanıyı alınca alışverişi biraz sonraya bırakalım ne olur ne olmaz dedim. Biraz tedirgin oldum ona bir şey olacak diye. O yüzden alışverişimi sonraki bir zamana bıraktım. Riskli olduğumu duyduğum an bir şey almayayım bir şey olursa bütün ümitlerim yıkılmasın diye alışverişe çıkmayı düşünmedim.” (Katılımcı 2)

Bu katılımcıların aksine bir katılımcı ise hayallerinde hiçbir değişiklik olmadığını ifade etmiştir:

“Yok, daha önceden düşünmedim böyle bir şey. Burada yatmak hayallerimi değiştirmede. Hala aynı düşünüyorum.” (Katılımcı 8)

Suçluluk

Bazı katılımcılar kendilerinden kaynaklanan bir ihmalin riskli gebeliğe neden olduğu duygusuna kapıldıklarını ve kendilerini suçlu hissettiklerini belirtmişlerdir. Preeklemsi tanısıyla 8 gündür hastanede olan bir katılımcının ifadeleri şu şekildedir:

“Çocuğun gelişimi durdu biraz. Gelişemiyor. Bu da benim tansiyonumdan kaynaklanıyor. Onun yaşamamasından korktum. Ya ölürse diye. Kendim vicdan azabı duydum. Yani ben her şeyi kafayı taktığım için. Kafaya takmasam bu şekil olmazdı. Kendimi suçladım yani. O konuda en çok kendimi suçladım.” (Katılımcı 3)

Erken doğum tehditi ve kanama tanısıyla hastanede yatan ve 30 haftalık gebeliği olan bir başka katılımcı suçluluk duygularını şöyle dile getirmiştir:

“Yani hani acaba tam beslenmedim mi? Yani farklı bir şey mi yedim? Bana dokundu. Hani bir şeyi anlamadan stresli mi sıkıntı yaptım da böyle bir şey oldu hani kendimde aradım şeyi yani. Belki benim hatam hani daha iyi beslenmem, daha iyi şartlarda spor yapmam vesaire hani daha çok psikolojik olarak daha uyumlu bir hale getirmem gerekiyordu diye düşünüyorum.” (Katılımcı 15)

Uyum sürecindeki değişimler

Katılımcıların yaklaşık yarısı (8 kadın) anneliğe ve gebeliğe uyum sağlama konusunda sürecin başında çok zorlandıklarını ancak belirtilerin son bulması ve gebeliğin sorunsuz devam etmesi ile rahatladıklarını ve duruma nasıl uyum sağladıklarını belirtmişlerdir.

“ İlk iki gün biraz uyumsuz oldum. O iki günde daha dikkatliydim. Şimdi normal durumuma gelince korkularım gitti tekrar uyum sağladım. Bu görüşmeyi iki gün önce yapıyor olsaydık daha farklı cevaplar veriyor olabilirdim. Ama şu an rahatım.”
(Katılımcı 1)

Gebeliğinin 13.haftasında servikal serklaj olup 5 aydır hastanede yatan bir kadının ifadeleri şöyledir:

“Her şey hakkında 28 haftayı atlatana kadar hep olumsuz düşündüm. Ama şu an çok mutluyum. O kadar mutluyum ki hayatımda olumsuz olan şeyler de var ama onların hiçbiri umurumda değil sadece ona (bebeğini gösteriyor) adapteyim.”

Katılımcılardan 3 tanesi riskli gebelik durumuyla birlikte bebeğine daha fazla bağlandığını belirtmiştir. Bir katılımcının ifadeleri şöyledir:

“O şu an daha önemli oldu aslında. Burada yatıyorum ya onu beslemek bir an önce büyümek için. Yani ona daha çok bağlandım.” (Katılımcı 12)

Görüşmelerin yapıldığı kadınların yarısından çoğu (9 kadın) riskli gebelikle birlikte gebelik ve annelik duygularında farkındalığın arttığını ve bu duyguların daha değerli olmaya başladığını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda bebeğinin de kıymetinin arttığını söyleyen bir annenin ifadeleri şu şekildedir:

“Annelik duygusu tabii. Böyle durumlar olduğu zaman daha çok artıyor.”
(Katılımcı 11)

“Diyorum ya ilk başlarda gebeliğime de bu kadar adapte değildim anneliğe de. Onu kaybetme korkusu yaşadım. Ya giderse diye. Daha çok anne oldum yani. Bir anne %50 anneyse ben %100 anne oldum. Yani her anne kıymetini bilemez evladının. Çünkü onlar biraz daha kolaydan anne olmuş. Ama ben zorluğunu gördüm bu çocuğun.”
(Katılımcı 10)

Annelik duygularının güçlendiğini ifade eden iki katılımcı düşüncelerini şu şekilde dile getirmiştir:

“Duygularımda bir değişikliğe neden olmadı. Anneliğe karşı hala aynı şeyleri düşünüyorum. Aslında anneliğe daha fazla hazır hissediyorum. Daha çok bağlandım. Risk altında olunca daha fazla arttı.” (Katılımcı 13)

“ Böyle bir durumda onun orada acı çektiğini hissediyorum. Hani bu sefer daha fazla annelik duygusu bastırıyor.” (Katılımcı 11)

Gebeliğe uyum sürecinin de etkilenmediğini belirten katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

“Gebeliğe uyumumda bir değişiklik olmadı. Hala aynı şeyleri hissediyorum. Hisler düşünceler ne olursa olsun değişmez ki. Öyle şey mi olurmuş” (Katılımcı 7)

“Bir şey değişmedi aslında. Hep aynı devam ediyor gebeliğe uyumum.” (Katılımcı 12)

Gebeliğe ve anneliğe karşı uyumun değişmediğini söyleyen annelerin aksine yalnızca bir katılımcı annelikten soğuduğu şu şekilde ifade etmiştir:

“İnsan hani şöyle söyleyeyim. Riskli olunca birazcık daha acaba diye hani biraz daha soğuma olabiliyor annelikte. Çok az bir şey oluyor tabi. Öyle çok büyük boyutlarda olmuyor tabi ama. Sanki böyle Allah korusun onu kaybedecekmişsin duygusu olunca annelik duygusu değişiyor. Olumsuz deneyimlerde etkiliyor bunu.” (Katılımcı 7)

4.2.4. Herşey Güzel Olacak!

Bu tema altında riskli gebelik tanısı alma ve hastaneye yatma sürecinde kadınların başetme yöntemleri incelenmiştir. Kadınlar durumla başetmede sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını ve pozitif düşünerek başedebildiklerini ifade etmişlerdir.

Olumluya Odaklanma

Katılımcılardan 6 tanesi riskli gebelik durumu ile meydana gelen değişikliklerle baş etme yöntemini, olumlu düşüncelere yönelme ile kötü düşüncelerden uzaklaşma olarak ifade etmişlerdir:

“Kendimi avutuyorum açıkçası. Bir şey olmayacağını söyleye söyleye kendimi avutuyorum. İyi şeyler düşünmeye çalışıyorum. Ya da çevremle konuşup kafamı dağıtıyorum.” (Katılımcı 7)

“Hep korkuyorum tabi ama pozitif düşünüyorum. Olumsuz tarafları düşünmek istemiyorum. Hiçbir şey olmucak gibi. Geçiyor o zaman.” (Katılımcı 5)

“Allah’ım hani herşeyin hayırlısını ver diye kendimi hep telkin ettim.İyi olucak her şey diye.” (Katılımcı 9)

“Onu ben öyle düşünmüyorum. O riski hiç düşünmüyorum. Her şeyin normal gideceğini düşünüyorum. Atlatmamı sağlayan şey çocuğumu düşünmek” (Katılımcı 11)

Kendini başka gebelerle kıyaslayarak rahatladığını belirten katılımcının ifadeleri şöyledir:

“Holde gezerken çok insanlarla konuşuyorum. Benden daha kötü durumda olanlar var. Gezdiğim zaman onlara bakıyorum. Onlar daha kötü durumda. Benim çocuğumun sağlığı gayet iyi. Rahatlıyorum o zaman.” (Katılımcı 13)

Manevi açıdan kendini rahatlatmaya çalışarak, dua ederek durumla baş etmeye çalışan iki katılımcının ifadeleri şöyledir:

“Sağlıklı olması için her zaman dua ediyordum. Yine dua etmeye devam ettim. Öylece sakinleşiyorum.” (Katılımcı 1)

“Önce Allah’ın izniyle bir şey olmayacak diyorum kendi kendime. Allah’a emanet diyorum öyle sakinleştiriyorum.” (Katılımcı 8)

Bu yöntemleri kullanarak başetmeye çalışan katılımcıların aksine bir kadın çevresindeki olumsuz örneklerden etkilendiğini ve durumla baş edemediğini şu şekilde vurgulamıştır:

“Zaten geçende 33 haftalık bir bayan vardı karşıda. Gece 12’de suyu geldi bir anda. Kendimi kaybettim yani. Yani şu an öyle bir gebe olsaydı Allah yardımcın olsun derdim.” (Katılımcı 6)

Sosyal Destek

Katılımcıların çoğu ifadelerinde riskli gebelik tanısını öğrendiklerinde ve sonrasında sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Genellikle yanlarında eşlerinin veya aile üyelerinden birinin olmasını istediklerini aşağıdaki gibi ifade etmişlerdir:

“Yani yanımda bir arkadaşımın olmasına. Çünkü orada ilk duyduğumda tektim.Kim olursa olsun farketmez biri olmasını isterdim.” (Katılımcı 9)

“Yanımda birinin destek olmasına ihtiyaç duydum. En çok eşimin yanımda olmasını istedim. Ve hep yanımdaydı.” (Katılımcı 3)

Katılımcıların tamamına yakını (13 kadın) tarafından destek olan aile üyelerinden en önemlisinin anne olduğu vurgulanmıştır. Bu konuya yönelik bazı katılımcıların ifadeleri şöyledir:

“Annem en çok. O yanımda oldu. İyi. Yani korkutmuyor beni hiç onun olması”
(Katılımcı 4)

“Onların yanımda olması güç veriyor. Ben yapabiliyorum diyorum. Onlar oldukça kendimi değerli hissediyorum.” (Katılımcı 11)

“Onların yanımda olması her zaman iyi yani. Desteksiz olur mu insan.. Onlar çok önemli.” (Katılımcı 6)

“Rahatladım onlar sayesinde. Annem olsun kayınvalidem olsun. Uyumumu arttırdı. Hani kolaylaştırdı.” (Katılımcı 13)

Duruma uyum sağlama sürecinde aile desteğinin önemli olduğunu fakat varlıklarını fiziksel olarak yanına hissetmek istediklerini belirten katılımcılar şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Hani konuşacak birine ihtiyacım vardı. Ablamlar arıyordu onunla telefonda konuşuyorduk. Ama telefon yetmiyor işte. Yanında olması gerekiyor.” (Katılımcı 10)

“Annem her gün arıyor soruyor. Ama tabii ki araması yetmiyor yanındaki gibi olmaz hiç bir zaman.” (Katılımcı 11)

“Yani gözlerim bile doluyor şu an. Yanımda olsunlar isterdim. Ağlamak istemiyorum ama. Kötü yani. Telefonla arıyorlar. Öyle yani. Ama kendi ailemi isterdim yanımda.” (Katılımcı 14)

Gebeliğe uyum sağlamada eşin/ partnerin yaklaşımı ve aile üyelerinin katkısı incelendiğinde 11 anne adayı eşlerinin bu süreçte en büyük destekçisi olduğunu ifade etmişlerdir.

Bir katılımcı eşinin desteğinin annesinin desteğinden daha önemli olduğunu şöyle anlatmıştır:

“Annem eşim kadar değil bence ya. Mesela eşimin verdiği desteği annem daha fazla veriyor ama eşimin yanımda olması bana yetiyor. Annemde yanımda ama eşimin desteği benim için daha önemli.” (Katılımcı 13)

“Eşim sağ olsun. Şu anda annem biraz uzakta olduğu için onlar duymasın diye çokta haber vermedik ama eşim destek oldu. Hani bir şey olmaz geçer diye ifade etti.

Onun desteği vardı. İyİ aslında daha güçlü hissettirdi. Yanımda olması bile yeterli oluyor” (Katılımcı 7)

Bir başka katılımcı ise eşine çocuğundan daha fazla önem verdiğini şöyle ifade etmiştir:

“Eşim başta zaten onu hiç söylemiyorum bile. Eşim ayrı çok başka. İlk önce eşim benim için sonra çocuğum.” (Katılımcı 11)

Katılımcıların ifadelerinden anneliğe ve gebeliğe uyum sağlama sürecinde eş desteğinin önemli bir yere sahip olduğu anlaşılmaktadır.

“ Bu duruma uyum sağlamam için eşim destek oldu. Eşim geliyor hep bu akşam da gelir. Özlüyorum onu.” (Katılımcı 12)

“Eşimin pozitifliği beni daha çok bağladı her şeye. O hayat dolu. Her şeye gülerek yaklaşıyor. Bu beni hep böyle şaka yaparak ben de o zaman daha çok rahatladım takmıyorum düşünme diye uyum sağlamama yardımcı oluyor en çok.” (Katılımcı 11)

Olumlu eş desteği alan katılımcıların aksine bir katılımcı eşinin destek olmadığını ve bu durumun kendisini üzdüğünü şöyle belirtmiştir:

“Ama dediğim gibi eşim öyle değil... Bir şey söylediğim zaman, dinlemediği zaman, ben hemen duygusala bağlıyorum. Üzülüyorum.” (Katılımcı 5)

4.2.5. Tanıyı Değil Beni Önemse!

Kadınların gebeliğe, anneliğe ve riskli duruma uyum sağlamada sağlık profesyonellerinden beklentileri bu başlık altında toplanmıştır. Genel olarak başlıca beklentiler, riskli gebelik tanısı yerine kadınların duygu ve düşüncelerinin ön planda tutulması olarak ifade edilmiştir.

Sağlık Profesyonellerinin Desteği

Katılımcıların yaklaşık yarısı (8 kadın) hastanede olma sürecindeki medikal prosedürlere ve riskli durumla ilgili değişikliklere uyum sağlamalarında hemşireler tarafından cesaretlendirdiklerini ve belirtmişlerdir. Bir katılımcının ifadelerinden hemşirelerin kadının varlığına değer verdiği anlaşılmaktadır:

“ Yani kafana takma sen gül ki tansiyonun çıkmasın sen şey yap ki daha iyi olur bebeği kucağına al senin gibi olsun. Hep böyle destek her gün, her gün böyle diye diye. Hala da diyorlar yani” (Katılımcı 3)

Hemşirelerin desteğinin kadın için önemini bir katılımcı şu şekilde ifade etmiştir:

“Onların gülen yüzleri en büyük destek oldu. Onlardan fazla bir beklentim yok. Çünkü herkesin belli bir şeyi yani görevi var. Ve yapıyorlar. Ve çok iyi yapıyorlar. İlgileniyorlar. Onlar kötü davranşalardı biz bu halde olmazdık. Onların sayesinde ben şu anda iyiyim. Hepsi de güler yüzlü Allah razı olsun hepsinden.” (Katılımcı 3)

Katılımcıların ifadelerinden riskli durum hakkında bilgilendirme yapılmasının uyum sürecine katkı sağladığı ve endişelerin azalmasını sağladığı anlaşılmaktadır.

“Hani ben bir soru sorduğum zaman mesela tedirgin olduğum bir durum hakkında soru sorduğum zaman bana yeterli bilgiyi vererek ki beni bilgilendirdiler. Hani ona göre hareket ettim. Bu beni rahatlattı..” (Katılımcı 1)

“Onlar da bana hani neyin ne olduğunu söylediler. Hani suyun azalmasından çocuğun içerisindeki durumundan her şeyden bahsettiler. Her şeyi detaylı anlattıkları için o yüzden öyle şey yok kötü bir durum yok yani sağ olsunlar uyum sağlamama destek oldular.” (Katılımcı 9)

Çok önemli bir şey değil diyerek moral verdiler. Bizim için çok kanaması olanlar önemli ama bu da önemli diyip içimi rahatlattılar. Yaptıklarına moral veya motivasyon diyeyim daha güzel olur.” (Katılımcı 15)

Yapılan bütün tıbbi işlemleri açıklamaları kadının hastanede olma sürecine adaptasyonunu kolaylaştırmaktadır. Bir katılımcının ifadesi şöyledir:

“Güzel şeyler yaptılar. Cesaret verdiler. Kan filan aldılar hani. Korkmamam gerektiğini söylediler. Hani bir şey yok filan dediler. Öyle öyle alıştım buraya” (Katılımcı 8)

Bir katılımcı ise hemşirelerin verdiği desteğin pozitif yönleri olmasına rağmen riskli duruma uyum sürecinde tek başına yeterli olmadığını şu şekilde söylemiştir.

“Tabii ki de olumlu hissettirdi. Ama dediğim gibi yetmiyor. Onların demesi yetmiyor. Sen hep başka şeylere adapte oluyorsun.” (Katılımcı 10)

Doktorunun da desteğinin duruma uyum sağlamasını ve sakinleşmesine destek olduğunu ifade eden bir başka katılımcının açıklamalarından sağlık profesyonellerinin desteğinin önemli olduğu anlaşılmaktadır.

“Yani geldi anlattı bana bu benim uyum sağlamamı kolaylaştırdı. Çünkü bazı doktorlar hiç bir açıklama yapmadan direkt şey yapıyorlar. O yüzden doktorum gayet iyiydi. Kilosunu falan gelişimini falan her şeyi detaylı anlattı.” (Katılımcı 9)

Sağlık profesyonellerinin uyuma yönelik destek olmadıklarını belirten (4 katılımcı) kadınların ifade şöyledir:

“Hani öyle çok ilgilenme şeyleri yok. Direkt hani nasıl diyeyim tanıyı duydular tedavi amaçlı geliyorlar. Uyumunu filan merak ettikleri yok. Duygu ve düşüncelerimi filan merak etmiyorlar.” (Katılımcı 14)

“Gebeliğe veya anneliğe uyumla ilgili hiçbir şey söylemediler o konuları hiç konuşmuyorlar hep tedaviye bakıyorlar.” (Katılımcı 9)

Hemşirelerden beklentilerini ifade eden bir katılımcının açıklamaları ile yalnızca beklentinin “durum hakkında bilgilendirmesi” olduğu anlaşılmaktadır.

“Kimse bir şey demiyor. (Kızgın ifadeyle ve ses tonuyla) Hiçbir şey demiyor. Tedaviye devam. Yani. Bir şey söylesin yani. Ne olur. Nasıl ne kadar daha kalırım burada hiçbir şey söylemiyor. Sürekli geliyorlar. Ama dosyaya bakıp gidiyorlar.” (Katılımcı 4)

Katılımcıların hemşirelerden beklentileri arasında kadına zaman ayırması ve “güleryüzlü” olmalarıdır. Bir katılımcının ifadesi şu şekildedir:

“Yani bazıları çok asık yüzlü. Daha böyle bir güler yüzlü olabilirler. Güler yüzlü olmak her zaman işe yarıyor daha iyi hissettiriyor yani.” (Katılımcı 12)

Bir katılımcının ifadesinden hemşirelerden beklenen uyuma yönelik destek davranışları arasında “empati” kavramının önemi görülmektedir.

“Kendi yerine koysun bizi. Sorularıma doğru cevap vermeli. Onlara da aynı olabilir. Hasta olabilir. Kendi yerine koysun bizi.” (Katılımcı 7)

“Biraz sanki sert tepkileri olmasa daha iyi olurdu. İster istemez bazen sonuçta ilk gebelik olduğu için bir şey bilmiyoruz. Daha önce yaşadığımız kötü tecrübeler de var. İnsan hani şey bekliyor sorduğumuz sorulara cevap vermeleri net bir şey ifade etmeleri. Çünkü bilmiyoruz. Sonuçta bilsem o soruyu sormam. Ama ters tepki alınca insanın morali bozuluyor ister istemez.” (Katılımcı 7)

Katılımcılardan bazıları hemşirelerin kadının medikal tedavisinden çok duygu ve düşüncelerini merak etmelerini, iletişim kurmalarını ve “anını ona atfetmesini” istemektedirler. Bir katılımcı şu şekilde ifade etmiştir:

“Ne bileyim daha fazla ilgileniyorlar de hani daha fazla diyalog falan kursalar gelip sorsalar. Günaydın, ne haber, nasılsın? diye hal hatır sorsalar. Daha çok hoşuma giderdi. Ama onlar direkt giriyor günaydın diyor Hadi NST’ye gidiyoruz diyor. Gel buyur otur yat sonra git diyorlar.” (Katılımcı 12)

“Yani nasıl diyeyim konuşmalarını, hani tabi ki de hepimizin işi bu. Yani NST hemen işin bitti kalk demek yerine hani ‘Nasılsın? İyi misin? Bir problemin var mı?’ hani. Geçende seslenmek amaçlı kapıdan gelip çağrılarını iyi misin? Yürüyebilir misin? Diye sorup öyle demelerini isterdim. Biz de bekliyoruz hani. Kapıdan çağrılarını değil de.” (Katılımcı 15)

Sakin Ol ve Bebeğine Güven...

Sağlık profesyonellerine hastanede bulunan kadının beklentilerini daha iyi anlayabilmek ve duruma yönelik destekleyici müdahaleler konusunda önerilerde bulunabilmek için kadınların diğer gebeler yönelik tavsiyelere ilişkin görüşleri tespit edilmiştir. Katılımcıların 5 tanesi diğer gebelere durumun olumlu yönlerini gösterip rahatlatarak destek olabileceklerini belirtmişler:

“Yani hiç düşünmedim. Bir şey olmaz derdim herhalde. Sakin ol derdim. Olayı akışına bırak bir şey olmuyor derdim.” (Katılımcı 6)

“Allah’ın izniyle hani hiçbir şey olmayacak. Destek verirdim hani o şekilde. Ne bileyim hani korkmayın derdim.” (Katılımcı 8)

“Kendiniz kafanıza hiçbir şeyi takmayın. Siz kendinizi değerli hissedin. Mutlu olun ki gebeliğiniz güzel gitsin. Hiçbir şeyi kafaya takmayın. Her şey kafada bitiyor.” (Katılımcı 3)

Durumla baş etmeleri için gebelere önerilerde bulunan katılımcılardan biri ise tamamen bebeklerine odaklanmalarını ve durumu sakince karşılamalarını önermektedir.

“Sakin olsunlar. Bebeklerine inansınlar. Bu durumların hepsi dediğim gibi her zaman vazgeçmemelerini önerirdim.”

Bir katılımcı aynı durumu paylaşan katılımcıların birbirlerine destek olmasının durumla ilgili endişelerinin azalmasına yardımcı olduğunu şöyle anlatmıştır:

“Hatta bir arkadaşım da benim gibi burada tanıştık. Birbirimize destek olduk. Hemşire ona bunu dedi, bana bunu dedi. Hani bunları konuşuyoruz. Bunlarla iletişim kurmaya çalışıyoruz. O bana bir şey dediği zaman benim içimi rahatlatacak bir şey oluyor o hani ben ona bir şey dediğim zaman o benim içimi rahatlatıyor.” (Katılımcı 1)

5. TARTIŞMA

5.1. Nicel Verilere İlişkin Tartışma

Bu çalışma riskli gebelik deneyimleyen kadınlarda gebeliğe ve anneliğe uyumun etkisini anlamak ve açıklamak üzere yapılmıştır. Çalışma sonucunda riskli gebelik deneyimleyen kadınlarda uyumun orta düzeyde etkilendiği görülmüştür. Primigravida riskli gebeliklerde gebeliğe ve anneliğe uyumun değerlendirmesi amacıyla yapılmış bir çalışma ülkemizde bulunmamaktadır. Çalışmamıza benzer olan bir araştırma İnciser Paşalak (2016) tarafından riskli gebelik tanısı ile beş gündür hastanede yatan 51 multigravida ve primigravida kadının oluşturduğu ve sayıca daha az bir örneklem grubu ile yapılmıştır. Ulaşılabilen uluslararası literatür incelendiğinde Nakamura ve arkadaşları (2011) tarafından Japonya’da riskli gebelik nedeniyle hastaneye yatışı yapılan ve düşük riskli gebelik tanısıyla evde bakımı önerilen primigravida ve multigravidalarda kadınlarda gebeliğe ve anneliğe uyumu değerlendiren bir çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada “Gebeliğin Kabulü” ve Doğuma Hazır Oluş alt boyutlarında uyum düzeyi daha düşük bulunurken, “Anneliğin Kabulü” ve “Eşi ile İlişkisinin Durumu” alt boyutlarında daha yüksek uyum düzeyine sahip oldukları saptanmıştır.

Çalışmamızda gebelerin ücretli bir işte çalışma durumu ile PKDÖ toplam ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.İlgili literatürde bu konuda farklı bulgularla karşılaşılmaktadır. Araştırmamızın bulguları çalışma durumu ile PKDÖ toplam ve alt ölçekleri puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin saptanmış olduğu Güler (2013)’in “Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Değerlendirilmesi” başlıklı araştırma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir. Pehlivanoğlu (2015) tarafından yapılan çalışmada PKDÖ’nün toplam ölçek ile “Kendi ve Bebeğinin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri” ve Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu alt ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanırken, Demirbaş (2014)’ın çalışmasında PKDÖ’nün “Gebeliğin Kabulü” ve “Eşi ile İlişkisinin Durumu” alt ölçeklerinde gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmanın farklı olmasının nedeni çalışmanın evrenini bir üniversite hastanesinin perinatoloji servisinde yatan primigravida ve multigravida kadınların oluşturması olabilir. Annelik rolünün gerekliliklerini yerine getirebilmek maternal role uyum sağlama sürecinde önemli bir faktördür. Multigravidalar anne olma rolünü daha önce deneyimlediklerinden kendilerini bebeğe bakım verme konusunda yeterli hissetmektedirler (Takeda ve Kobayashi, 2013)

Bu durum multigravidaların gebeliğe ve anneliğe uyumunun daha kolay olmasını açıklamaktadır. Ulaşılabilen uluslararası literatürde benzer sonuçlar bulunmuştur. Keeton ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir araştırmada kadının çalışma durumu ve kontrol algısı ile ilk kez ebeveynliğe geçiş uyum sürecindeki arasındaki ilişki incelenmiştir. Orta seviyede gelire sahip bir işte çalışan Avrupalı-Amerikan kadınların kontrol algısının daha yüksek olduğu ve gebelik ile anneliğe uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Afro-Amerikan kökenli kadınlarla yapılan diğer bir çalışmada ise, herhangi bir işte çalışan gebelerin toplumdan daha az dışlanma hissettikleri, özgüvenlerinin daha yüksek olduğu ve prenatal döneme daha kolay uyum sağladıkları tespit edilmiştir (Visger, 2013).

Riskli gebelerin gebelikleri boyunca düzenli kontrole gitme durumları ile PKDÖ toplam ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Prenatal dönemde düzenli kontrole gitme oranının primigravidalarda daha fazla olduğu saptanmıştır. Ulaşılabilen ulusal literatür kapsamında kadının düzenli kontrole gitmesi ile prenatal uyum arasında ilişkiyi barındıran bir çalışma bulunmamaktadır. Ulaşılabilen uluslararası literatürde ise Lederman ve Weis (2009) tarafından yapılan çalışmada prenatal bakım alma ile PKDÖ'nün "Eşi ile İlişkinin Durumu" ve "Annelik Rolünün Kabulü" alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada prenatal bakıma erken başlayan ve sürekli kontrole giden gebelerin annelik rolüne daha uyumlu olduğu ve eşi ile ilişkisinin daha olumlu olduğu tespit edilmiştir.

Riskli gebelerin zararlı alışkanlığa sahip olma durumlarına göre PKDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Lederman ve Weis (2009) tarafından yapılan çalışmada gebelerin sigara içme durumu ile PKDÖ'nün "Gebeliği Kabul Etme", "Annelik Rolünü Kabul Etme" ve "Eşi ile İlişkisi Durumu" alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu alt ölçeklerin puan ortalamaları sigara içen gebelerde daha yüksek bulunmuştur. Yazarlar riskli gebeliğe uyum sürecinde kadınlarda oluşan anksiyetenin sigara içme ile bağlantılı olduğunu savunmuşlardır.

Bu çalışmada gebelerin yaşadıkları yerleşim birimi ile PKDÖ toplam ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Gebelerin yaşadıkları yerleşim birimi ile prenatal uyum arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışma bulunmamıştır. Gebelik dönemini şehir merkezinden uzak yerleşim yerinde geçiren

gebelerin Doğum Öncesi Bakım (DÖB) alma oranı düşüktür (TNSA, 2013). DÖB alan kadınlarda gebeliğe, anneliğe, fetal sağlığa ilişkin bilgilenme düzeyi ile prenatal uyum düşük olabilmektedir. Bu bilgiler ile geçmiş çalışmalar doğrultusunda yerleşim yeri ile prenatal uyum arasında doğrusal bir ilişki olabileceği düşünülmüştür. Ancak bu varsayım, bizim yaptığımız ve Bulut (2016) tarafından yapılan araştırmada desteklenmemiştir.

Bu çalışmada gebenin aldığı hastalık tanısı sistemik hastalıklar (preeklampsi, GDM, enfeksiyon), gebelik ve fetüsle ilişkili hastalıklar (IUGG, EDT, kanama, kolestaz, uterus anomalisi, oligohidroamniosis, plasenta previa, servikal kısalık, renal problemler) olarak gruplandırılmıştır. Gebenin aldığı hastalık tanısı ile PKDÖ toplam ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Pehlivanoğlu (2015) tarafından yapılan araştırmada ise hastalık tanısı şimdiki gebeliğinde ve önceki gebelik sürecinde yaşanan problemler olarak sınıflandırılmış olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. İnciser Paşalak (2016) tarafından yapılan çalışmada ise fetüs, plasenta ve eklerine ilişkin sorunlar ile gebelik öncesi var olan ya da gebelikte ortaya çıkan sistemik hastalıklar olarak gruplama yapılmıştır. Aynı şekilde çalışmamız ile benzerlik göstermiş ve kadının aldığı hastalık tanısı ile prenatal uyum düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Bu araştırmada Tablo 6 incelendiğinde kadının yaşadığı aile tipi ile PKDÖ'nün "Doğum Korkusu" ($p=0,015$) ve "Annelik Rolünün Kabulü" ($p=0,017$) alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Geniş ailede yaşayan kadınların annelik rolünü daha kolay kabul ettiği ancak çekirdek ailede yaşayan kadınlara göre doğum korkusunu daha fazla yaşadıkları tespit edilmiştir. Yaşanılan aile tipinin kadın üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkileri bulunmaktadır. Geniş ailedeki birey sayısının fazla olması sosyal desteğin yeterli olmasını sağlarken bir yandan da olumsuz tecrübelerle maruz kalarak doğuma ilişkin endişelerin oluşmasına neden olabilmektedir.

Kadınlar toplumsal ilişkilerin olduğu bir çevrede yaşamlarını sürdürmekte ve gebelikten doğum sonrası döneme kadar her süreçte birlikte yaşadıkları gebelik ve doğum deneyimi yaşamış olan aile üyelerinden ve diğer gebelerden etkilenmektedirler (Işık Koç ve Tezcan, 2005; Okumuş ve Şahin, 2017). Örneğin, doğum sonrası emzirme ve bebek beslenmesi konularında kadınlar aile büyüklerinin yaptığı olumsuz davranışlardan etkilenmektedir (Işık Koç ve Tezcan, 2005). Türkiye'de doğum korkusunu arttıracak önemli faktörlerden birisi aile akraba ve arkadaşlardan elde edilen kötü deneyimlerdir.

Bu konu üzerine Serçekuş ve Okumuş (2009) tarafından gerçekleştirilmiş nitel bir araştırmada geniş ailede yaşayan kadınlar ailesindeki diğer kadınların anlattıkları deneyimler ile doğum korkularının arttırdığını belirtmişlerdir. Şen ve arkadaşları (2015) tarafından bir çalışmada doğum korkusunu aile üyelerinin deneyimlerinin etkilendiğini desteklemektedir. Doğum korkusunu etkileyen faktörlerden diğerleri de prenatal dönemde bakım alma ve doğuma hazırlanmadır. Yapılan bir çalışmada çekirdek aile tipine sahip olan kadınların geniş aileye sahip olan kadınlardan daha fazla DÖB aldığı saptanmıştır (Pirinçci ve ark., 2010). Geniş ailede yaşayan kadının rol ve sorumluluklarının fazla oluşu kendine, bebeğine ve doğuma hazırlanmaya ayırdığı sürenin az olması ile sonuçlanabilmektedir (Babacan Gümüş ve ark., 2011). Bu durum çalışmada ele alınan primipar kadınlarda doğuma karşı hazırlıksız olmaya ve korku oluşturmaya neden olduğu sonucunu oluşturabilir. Tüm bu bilgiler doğum korkusunun geniş ailede daha fazla olduğu sonucunu desteklemektedir. Doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin endişelere yönelik yapılan bir araştırmada aile tipi ile doğum korkusu arasında bir ilişki saptanmamış olup bu bulgular, çalışmamızın bulgularını desteklememektedir (Üst ve Pasinlioğlu, 2015). Öte yandan aile tipi ve doğum korkusu arasındaki etkileşimi destekleyen bulgulara da rastlanmaktadır.

Öte yandan geniş ailede birden fazla aile üyesi ile yaşamının olumlu yönleri de bulunmaktadır. Kadının annelik rolüne uyum süreci gebeliğinin oluşması ile birlikte başlamaktadır. Bu dönemde uyum sürecini kolaylaştıran en önemli faktörlerden birisi de sosyal desteğin varlığıdır (Yıldırım, 1997). Kadının eşinden ve aile üyelerinden aldığı sosyal destek anne bebek arasındaki bağlanmayı geliştirme konusunda önemli bir yere sahiptir. (Mercer, 2004; Mermer ve ark., 2010). Sosyal desteği yeterli olan kadınlar, gebelikte meydana gelen olumsuzlukları ve riskleri daha pozitif algılamaktadırlar (Okanlı ve ark., 2003). Gebeliği daha pozitif gören kadınların annelik rolüne olan uyumları ile bebeklerine karşı maternal bağı daha fazla olmaktadır. Çekirdek aileye sahip olan kadınlar aile üyelerinden uzak yaşadıklarından sosyal destek ihtiyaçları daha fazla olmaktadır (Mermer ve ark., 2010; McKinney ve ark. 2018).

Ülkemizde en az geniş aile oranına sahip olan bölgeler Batı Marmara, Akdeniz ve Ege bölgeleridir. Batı Karadeniz bölgesinde ise geniş aile oranları en yüksek düzeydedir (TAYA, 2016). Batı Karadeniz bölgesinde bulunan Samsun ilinde yapılan bu çalışma ile belirtilen sonuçlar örtüşmektedir.

Pehlivanoglu (2015) tarafından yapılan çalışmada aile tipi ile annelik rolünün kabulü arasında istatistiksel fark saptanmıştır. Sözü geçen araştırmada bizim çalışmamıza zıt olarak çekirdek ailede yaşayan kadınlarda annelik rolüne uyumun daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmanın örneklemini İzmir’de bulunan iki eğitim araştırma hastanesinde kadın hastalıkları ve doğum ile perinataloji servisinde yatan primipar ve multipar gebelerin oluşturması farklı sonuçlara neden olabilmış olabilir. TÜİK (2016) verilerine göre çekirdek aile oranının en fazla olduğu bölge Ege bölgesidir. Bu duruma ek olarak en yüksek oranda yalnızca anne ve çocuktan oluşan aile tipine sahip olan il olarak İzmir görülmektedir. Aynı zamanda dolaylı olarak bu bölgede yetişen kadınların da aile yapısının çekirdek aile olmasına neden olabilmektedir. Bu durumda kadın diğer aile üyeleri ile ilişkisini bu yönde düzenlemektedir. Ayrıca annelik rolüne ilişkin beklentileri diğer aile üyeleri etkilemediğinden kendine özgü beklentiler geliştirip yerine getirebildiğinden annelik rolüne daha kolay uyum sağladığı yorumu yapılabilir.

Yılmaz ve Pasinlioğlu (2014) tarafından PKDÖ’nün “Annelik Rolünün Kabulü” alt boyutu ile aile tipi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Demirbaş (2014) ile Pehlivanoglu (2015) tarafından yapılan araştırmalarda doğum korkusu ile aile tipi alt boyutu arasında anlamlılık bir fark elde etmemişlerdir. Demirbaş (2014) ‘ın yaptığı çalışmanın örneklemini primipar ve multipar sağlıklı gebelerin oluşturması sonucun farklı çıkmasını etkilemiş olabilir. Benzer sonuç yalnızca Türk kültüründe değil aynı zamanda Afro-Amerikan kökene sahip kadınlarla yapılan bir çalışmada da saptanmıştır. Aile üyeleri ile birlikte yaşayan kadınlar prenatal uyumun daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Visger, 2013).

Araştırmada, sosyal güvence varlığı ile PKDÖ’nün “Kendi ve Bebeğinin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri” alt ölçeği arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur ($p=0,011$). Sosyal güvencesi olan kadınların kendi ve bebeği ile ilgili düşüncelerinin daha pozitif olduğu saptanmıştır. Demirbaş (2014) tarafından yapılan araştırmada sosyal güvencesi olan gebelerin bizim çalışmamıza benzer olarak kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşüncelerinin daha pozitif oldukları bulunmuştur. İnciser Paşalak (2016)’ın araştırmasında sosyal güvence varlığı ile PKDÖ’nün “Kendi ve Bebeğinin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri” alt ölçeği arasında istatistiksel bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Sonucun farklı çıkmasının nedeni, ilk gebelik sayısı ayrımı yapılmadan en az 5 gün hastanede yatan kadınlarla yapılan bir çalışma olması bu farklılığın nedeni olabilir. Bulut

(2016) tarafından Hiperemesis Gravidarum tanısı alan gebeler ile yapılan çalışma ile bizim çalışmamıza ait bulgu benzerlik göstermiştir.

Gebelerin sosyal güvenceye sahip olması toplumdaki statüsünü yükseltmektedir. Bu durum kadınların kendi ve bebeğinin sağlığı hakkında özgür seçimler yapabilmeyi ve prenatal bakım hizmetlerinden yararlanmayı arttırmaktadır. Gebelik döneminde kadınların DÖB almasını etkileyen en önemli faktörlerden birisi sosyal güvencesinin olmasıdır. DÖB gebelik boyunca fetal sağlığın değerlendirilmesini sağlamaktadır. Aydın ve Malatya il merkezlerinde yapılan çalışmalarda sosyal güvencesi olmayan gebelerin yetersiz DÖB aldıkları saptanmıştır (Beşer ve ark., 2007; Omaç ve ark., 2009). Amerika Birleşik Devletleri'nde 493 İspanyol kadınla yapılan araştırmada sosyal güvencesi olan kadınların yeterli DÖB aldıkları ve böylece intrauterin gelişimde bir sorun oluşmadığı görülmüştür (Fullerton ve ark., 2004). DÖB kadınlar bebeklerinin ve kendi sağlığı hakkında bilgi edindiği için korku ve kaygıları azalmaktadır. Çoşkuner Potur ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan araştırmada, kadınların antepartum kontrollere gitme hakkında neler düşündükleri incelenmiştir. Bu çalışma sonucunda, kadınlar bebek ve kendi sağlığının her kontrolde değerlendirilmesi ile güvende olduklarını hissettiklerini ve bu konuya yönelik kaygılarının azaldığını ifade etmişlerdir. Tüm bu bilgiler çalışmamızda elde edilen bulguyu desteklemektedir.

Kadınların gebelik döneminde en fazla kendi annesine ihtiyaç duyduğu bilinmektedir. Özellikle ilk gebeliği olan kadınların annesi ile olan ilişkisi destekleyici ise, benlik saygısı ve dolaylı olarak gebelik sürecine olan ilgisi artmaktadır (Mercer, 2004; Lederman ve Weis, 2009). Bu araştırmada sosyal güvence durumu ile PKDÖ'nün "Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu" alt ölçeğinde gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,007$). Bu farka göre sosyal güvencesi olmayan kadınların kendi annesi ile ilişkisi daha olumludur. Çalışmayan ve sosyal güvencesi olmayan kadınlarda sosyal destek arama ya da sosyal desteği sürdürmek amaçlı çatışmadan kaçınma eğiliminin daha yüksek olabileceği ve bu durumun anne ile olan ilişkilere de yansımış olabileceği düşünülebilir. Demirbaş (2014) ve Yıldırım (2015) tarafından yapılan çalışmalarda sosyal güvence durumu ile kendi annesi ile ilişkisinin durumu arasında istatistiksel bir fark olmadığı bulunmuş olup bu araştırmanın bulgularını desteklememektedir.

Yapılan bu araştırmada sosyal güvencenin varlığı ile PKDÖ'nün "Eşi ile İlişkisinin Durumu" alt ölçeği arasında istatıksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,008$). Araştırma bulgusuna göre sosyal güvencesi olmayan kadınların eşi ile ilişkisinin daha pozitif olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç annesi ile ilişkilerinde olduğu gibi sosyal destek arama ya da sosyal desteği sürdürme amaçlı çatışmadan kaçınma eğilimlerinin daha yüksek olabileceğine ve bu durumun eşi ile olan ilişkilerine de yansımış olabileceğini düşündürmektedir. Ülkemizde kadınların yarısı sosyal güvence kapsamında olmayan bir işte çalışmaktadırlar. Evli kadınların %52,1'i sosyal güvenceye sahip değildirler (TNSA 2013). Sosyal güvencesi olmayan gebelerin eşi ile ilişkisinin durumunu daha pozitif olarak belirtmesinin nedeni kadının maddi olarak erkeğe bağımlı statüsü olabilir. Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji (2010) tarafından yapılan araştırmada gebelik döneminde çalışmayan kadınların eşiyle veya diğer aile bireyleri ile karşılaştıkları sorunların çözümünde çaresiz ve boyun eğici olma baş etme yöntemlerini kullandıkları tespit edilmiştir. Çalışmamızın bulgularının aksine Yıldırım (2015) ve Güler (2013) tarafından yapılan araştırmalarda sosyal güvencesi olan kadınların eşleri ile ilişkilerinin daha olumlu olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda kadın prenatal dönemde hem bebeğinin sağlığı hem de kendi sağlığını geliştirmek üzere prenatal dönemde sağlık hizmetlerine ulaşmasını ve bakım almasının eşe bağlı olması eşi ile ilişkilerinde uyumlu olmasını desteklemektedir (şimşek, 2011).

Bu araştırmada, gebeliği isteyen kadınların gebeliğe uyum düzeylerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Benzer sonuçlar diğer çalışmalarla da desteklenmiştir. Güler (2013), Demirbaş (2014), Yılmaz ve Pasinlioğlu (2014), Yıldırım (2015), Pehlivanoğlu (2015), İnciser Paşalak (2016) ve Çoşkuner Potur ve ark. (2017)'nin çalışmalarında gebeliğin istenme durumu ile PKDÖ'nün "Gebeliğin Kabulü" konusunda gruplar arası farkı istatıksel olarak anlamlı bulmuştur. Gebeliğin planlanmadığı durumlar kadınlarda gebelik sürecinde daha fazla çatışmaya, korkuya, fiziksel rahatsızlıklara ve depresyona neden olmaktadır. Aksine istenen gebeliklerde sürece ilişkin oluşan fiziksel ve psikolojik değişikler daha kolay kabul edilmekte ve uyum sağlanmaktadır (Lederman ve Weis, 2009). Brezilya'da yetersiz sosyal destek ile sosyoekonomik durum ve planlanmayan gebeliğe sahip olan kadınların, gebeliğe uyum sağlayamadıkları ve hem prenatal hem postnatal dönemde depresyon düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Da-Silva ve ark., 1998). Kadın tarafından gebeliği kabul etme ve uyum sağlama süreci

birçok faktörden etkilenmektedir. Nakamura ve Mori (2005) tarafından gebeliği planlayan Japon kadınlarla yapılan araştırmada, kadınların gebeliğe karşı daha olumlu tutum sergiledikleri ve uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tüm bu bilgilere dayanarak ile hem ülkemizde hem de diğer toplumlarda gebeliğin planlanmasının gebeliğin kabulünü kolaylaştırdığı söylenebilir.

Bu çalışmada kadının hastalık tanısı hakkında bilgilendirilme düzeyinin, eşi ile ilişkisini olumlu etkilediği tespit edilmiştir. Güler (2013) ile Yıldırım (2015) tarafından yapılan çalışmalarda da kadının hastalık hakkında bilgilendirilme düzeyi ile PKDÖ'nün Eşi ile İlişkisinin Durumu alt ölçeği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup bu araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir. Ulusal ve uluslararası literatürde bu değişken ile yapılan başka bir çalışma sonucuna ulaşamamıştır. Gebelik sürecinde kadının içinde bulunduğu riskli durumun tanımlanması ve bu duruma yönelik duygularını ifade etmesi oldukça önemlidir (Røsand ve ark., 2011). Riskli gebelik nedeniyle hastanede bulunan kadınlar hem mevcut semptomlara hem de olası risklere karşı bilgilendirilmemesi durumunda yalnızca sağlık problemlerine odaklanmaktadırlar. Bu nedenle kadınların eş ve sosyal ilişkisi bozulmaktadır (Tugut ve ark., 2017). Bu durumun önlenmesi için hemşirenin riskli gebelik durumundaki kadınların sadece fizyolojik gereksinimlerine değil, eğitim ve danışmanlık gereksinimlerine de yanıt vermesi gerekmektedir (Kamalak ve Ayden, 2017). Çalışmanın kalitatif bölümünden elde edilen bulgular da çalışmaya katılan kadınların hastalık tanısı ve genel durumları hakkında sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmenin endişe ve korkularını azalttığını böylece eşleri ile bebek ve gelecek hakkında konuşup daha olumlu iletişim kurduklarını belirtmişlerdir. Kadının yaşadığı sağlık problemleri ve sonuçları ile evlilik ilişkisi arasında bağlantı olduğu belirtilmiştir. Buna göre, sağlık sorunları ve sonuçları hakkında bilgilendirilme kadınlarda stresi azaltıp eş ve diğer bireyler ile iletişiminin güçlenmesini sağlamaktadır (Burman ve Margolin, 1992; Lederman ve Weis, 2009).

Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe kendi ve çevreleri ile olan uyumları artmaktadır (Sezer, 2016). Bu çalışmada kadının eğitim düzeyi arttıkça PKDÖ toplam puanında düşme görülmekte, başka bir deyişle prenatal uyum düzeyleri artmaktadır. Ancak gruplar arası bu fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır. Çalışmamızın aksine ülkemizde Güler (2013), Yılmaz ve Pasinlioğlu (2014), Demirbaş (2014) ve Pehlivanoğlu (2015) tarafından yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi ile gebeliğe uyum arasında istatistiksel

olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Her iki çalışmada da üniversite düzeyindeki kadınlarda PKDÖ toplam puanı en düşük olarak tespit edilmiştir. Çalışmalarda üniversite eğitim düzeyine sahip olan kadınların oranı bizim çalışmamızdan daha fazla olması istatistiksel olarak anlamlılık durumunu etkilemiş olabilir. Bulut (2016) tarafından yapılan ve kadınların eğitimlerinin ilköğretim (%16,9) ve ortaöğretim (%62,5) düzeyinde yoğunlaştığı çalışmada eğitim düzeyi ile gebeliğe uyum arasında bu çalışmanın sonuçlarına benzer sonuç elde edilmiş olması bu çıkarımı desteklemektedir.

Benzer sonuç İnciser Paşalak (2016)'ın çalışmasında da verilmekte olup, bu PKDÖ toplam puan ortalaması ilköğretim mezunu kadınlarda 170,54 iken üniversite mezunu kadınlarda 165,50 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmadaki kadınların ilköğretim ve lise eğitim düzeyi oranı sırasıyla %10 ve %86 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki üniversite mezunu kadınlarla yakın bir orana sahipken genel olarak eğitim düzeyi ilköğretim ve lise düzeyinde yoğunlaşmıştır. Evrenol Öçal (2011) tarafından adölesan kadınlarla yapılan çalışmada eğitim durumu arttıkça prenatal uyum düzeyi artmıştır. Ancak bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak lisans ve üzeri eğitim düzeyi alınmamış en yüksek eğitim düzeyi lise olarak sınırlandırılmıştır.

Uluslararası bazı çalışmalarda da eğitim düzeyinin etkili olduğu çalışmalar bulunmaktadır. Stark (1997) tarafından yapılan çalışma ile uluslararası literatürde eğitim düzeyinin kadının gebeliğe ve anneliğe uyumunu etkilediği gösterilmiştir. Doğuma hazırlanan kadınlarda doğuma yönelik korkular azalmakta ve kendilerini doğum için daha hazır hissetmektedirler. Eğitim düzeyi yüksek kadınlar doğum, ebeveynlik, bebek bakımı ve doğum ağrısı ile baş etme yöntemlerine ilişkin konuları içeren antenatal eğitimlere daha fazla katılmaktadırlar (Goodman ve ark., 2004; Stoll ve Hall, 2012).

Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça doğuma hazır oluşun da arttığı tespit edilmiştir. Ancak literatürde belirtildiği gibi bu bulgunun istatistiksel olarak fark yaratacak kadar etkili olmadığı tespit edilmiştir. Ülkemizde bu konuda farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Evrenol Öçal (2011), Demirbaş (2014) ve İnciser Paşalak (2016) tarafından yapılan araştırmalarda tespit edilen bulgu istatistiksel olarak anlamsız bulunurken; Güler (2013) ile Pehlivanoğlu (2015) tarafından yapılan çalışmada ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim düzeyinin gebeliğe uyuma olan etkisine ilişkin sonuçların bu denli farklı olması, yalnız eğitimin uyumda tek başına etkili

olmadığına, doğum öncesi hazırlık sınıfları ile desteklenmelerinin gerekliliğine işaret etmektedir.



5.2. Nitel verilere ilişkin tartışma

Gebeliğe ve anneliğe uyumu etkileyen faktörlerden birisi de kadının riskli gebelik tanısı alması ve hastaneye yatmasıdır. Bu çalışma ülkemizde riskli gebelik tanısı alan kadınların gebeliğe ve anneliğe uyumuna yönelik algı ve beklentilerini inceleyen kalitatif tipteki ilk araştırmadır.

Çalışmaya katılan kadınların çoğunluğu anneliği, hayattaki en önemli kavram, eşsiz ve tarifsiz bir duygu olarak tanımlamışlardır. Kadınlar tarafından annelik deneyimlenmeden anlaşılamayan ve yalnızca yaşanıldığı zaman tam olarak hissedilebilen bir durum olarak ifade edilmiştir.

Bu bulgu annelik kavramını nitel olarak inceleyen ilgili literatürdeki (Kulakaç ve ark., 2006; Liamputtong, 2006; Tsai ve ark., 2011; Nilsson ve ark., 2013; Ngum Chi Watts ve ark., 2015; Benza ve Liamputtong, 2017) bulgularla hemen hemen aynıdır. Sağlıklı kadınlarla çalışan Kulakaç ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada da anneler anneliği, bizim çalışmamızda olduğu gibi “Annelik, açıklanması zor bir duygu ve mutluluk kaynağı olan bir bağımlılıktır” şeklinde tanımlamışlardır. Başka bir çalışmada (Benza ve Liamputtong, 2017), ise “Kelimelerle ifade edilemeyecek bir tecrübe. Bu deneyimi tanımlayacak bir kelime yok. Sanırım yalnızca bunu bir annenin kalbi hissedebilir” şeklinde sağlıklı anneler tarafından yapılan açıklamalar, riskli gebelik deneyimlemiş olan bu araştırmadaki katılımcıların söylemleri ile paralellik göstermektedir. Nilsson ve arkadaşları (2013)’nın çalışmasında annelik ve çocuk sahibi olmak eşi benzeri olmayan ve kadını güçlendiren kavram olarak görülürken ,diğer çalışmalarda ise genel olarak en önemli yaşamsal süreç olarak tanımlanmıştır (Liamputtong, 2006; Tsai ve ark., 2011; Ngum Chi Watts ve ark., 2015; Benza ve Liamputtong, 2017). Başka bir çalışmada ise dünyaya yeni bir canlı getirmek; hayattaki tüm başarıların ötesinde ve çok önemli bir kimlik kazanmak olarak belirtilmiştir (Callister, 2005).

Annelik deneyimi toplumsal ve kültürel farklılık gösterse bile genelde fedakarlık ve kendini adama kavramları ile anlatılmaktadır. Toplumsal cinsiyet bakış açısının egemen olduğu toplumlarda annelik rolü kadına, erkeklerden daha fazla sorumluluk yüklemektedir. Bu çalışmada da kadınlar anne olmayı fedakârlık yapmayı gerektiren büyük bir sorumluluk duygusu olarak tanımlamışlardır. Araştırmadaki bazı kadınların söylemlerinden anneliğin yaşam boyunca süren büyütme, besleme ve koruma gibi

sorumlulukları içeren bir süreç olarak görüldüğü anlaşılmaktadır. Cronin (2003) tarafından yapılan çalışmada katılımcılardan biri ona bağımlı bir canlıya bakmak zorunluluğuna sahip olmanın anne olmanın ürkütücü yönü olduğunu ifade etmiştir. Benza ve Liamputtong (2017) tarafından anneliğin “besleme” ve “büyütme” rollerini getirdiği belirtilmiştir. Başka bir çalışmada anneliğin getirdiği sorumluluğun büyüklüğü mitolojik bir tanrı olan Atlas (Zeus tarafından dünyanın tüm yükünü omuzlarında taşıma cezası verilmiştir) ile benzetilerek açıklanmıştır (Shloim ve ark., 2015). Afrika kültüründe yaşayan kadınlar ise anneliği, eşinin ve bebeğin sürekli bakımını sağlama ve ev işlerini sürdürmek için doğuştan kadında bulunan özellik olarak tanımlamışlardır (Ngum Chi Watts ve ark., 2015).

Kadınlara anneliğe ilişkin beklenti ve hayalleri sorulduğunda tamamına yakını bebeğini en iyi şekilde yetiştirmek ve büyütmek olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların bir kısmı gelecekte nasıl bir anne olacağı ve çocuğunu nasıl yetiştireceği, iş hayatını nasıl sürdüreceği konusunda planlamalar yaptıklarını bildirirken, diğerleri ise geleceği düşünmek istemediğini ve şu ana odaklandığını bildirmiştir. Gebelerin çoğu annelik ve bebek bakımı ile hayaller kurmaktadır ve bu bulgu Mercer (2004)'in anne olma teorisinin “beklenen annelik” aşamasıyla genelde uyumludur. Carin ve arkadaşları da (2011) kadınlarda gelecek kaygısının gebelikle birlikte arttığını ve gelecek planlamanın bu dönemde başladığını saptamışlardır. Bazı kadınlar ise daha fazla umutsuzluk ve hayal kırıklığı yaşamamak için hayallerini ve hazırlıklarını bir süre ertelediklerini bildirmişlerdir. Ülkemizde “doğmamış çocuğa don biçilmez” atasözü, gebe olmanın anne ve bebek sahibi olmanın garantisi olmadığını ve hazırlıklar için beklenmesi gerektiğini hatırlatması nedeniyle ilginçtir.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğu gebeliği ve anneliği kabul ettiklerini ve uyum sürecinde bir problem yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Ancak aynı zamanda bebeklerini kaybetme ya da ters giden bir şeylerin olması nedeniyle korktuklarını ifade etmişlerdir. Lederman ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan preterm eylem riski ile yatışı yapılan kadınlarla yapılan çalışmada kadınlar bu bulguya benzer şekilde “anneliğe ve gebeliğe uyum sağladıklarını ama sürekli şüphe içerisinde olduklarını” söylemişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınlardan birkaçı anneliği “su, aşk ve sevgi” kavramlarına benzetmiştir. Araştırma bulgusuna paralel olarak , başka bir çalışmada ise annelik kadının çocuğuna karşı beslediği karşılıksız, koşulsuz ve sonsuz sevgi olarak tanımlanmıştır

(Gyesaw ve Ankomah, 2013). Farklı metaforlar olarak annelik; Shelton ve Johnson (2006) tarafından "koşu bandı" ve "iki ucu keskin kılıç" kavramlarına benzetilirken, başka bir çalışmada ise anneliğin kazanımları "güzel yolculuk", zorlukları ise "fırtınalı bir yolculuk" olarak ifade edilmiştir (Benza ve Liamputtong, 2017).

Bu çalışmada yer alan kadınların tamamına yakını riskli gebelik durumunda kendi sağlığından önce bebeğinin sağlığını düşündüğünü belirtmişlerdir. Kadınlar önceliklerinin değiştiğini ve her koşulda önce bebeğin korunması gerektiğini ifade etmişlerdir. İkinci trimester itibariyle kadınlarda narsisizm ve içe dönüklük kavramları ön plana çıkmaktadır. Kadın için hayatındaki en önemli varlık bebeği olmaktadır. Bebeğinin sağlığına zarar verebilecek tüm faktörler kadın tarafından düşünülmektedir (Davidson ve ark., 2012; McKinney, 2018). Katılımcıların çoğunluğu kendi sağlıklarından önce bebeklerinin sağlığını düşündüğünü belirtmişlerdir. Benzer bir çalışmada, gebeler sağlık profesyonellerinin kendi sağlığından önce bebeğinin sağlık durumunu düşünmelerini istediğini ve bu konu hakkında endişelendiklerini belirtmişlerdir. Bu durum "kadının ihtiyaçlarına karşı bebeğin sağlık durumunun iyiliği" teması ile açıklanmıştır (Parsons ve ark., 2018). Gupton ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan çalışmada katılımcılar bebeğin sağlığı hakkında endişelenmenin bir durumsal kriz ve stresör oluşturduğunu ve vakitlerinin büyük çoğunluğunu kendinden çok bebeğini düşünerek geçirdiklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmaya benzer sonuçları içeren nitel araştırmalar bulunmaktadır. Lederman ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan araştırmada kadınlar bebeğinin sağlığı için doktorların istediği herşeyi yapacağını, bebek sağlıklı oldukça kendinin de mutlu olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca yine aynı çalışmada kadınlar tarafından annelikle birlikte ortaya çıkan bebeğini koruma içgüdüsünün riskli gebelik durumunda arttığı belirtilmiştir.

Bu çalışmada kadınlar gebelik sürecindeki fiziksel rahatsızlıklardan bahsederken bu değişiklikleri anne olmanın pozitif yönü olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir. Annelik rolünün çok fazla sorumluluk getirmesine rağmen pozitif yönlerinin olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Koniak- Griffin ve ark., 2006; Ngum Chi Watts ve ark., 2015). Bebeğin tekmelemesi gibi içsel faktörler ve eşinin bebeğiyle konuşması, bebeğin kalp sesinin duyulması gibi dışsal faktörler, vücutta oluşan değişimlere karşı daha olumlu davranışlar geliştirmeyi sağlamaktadır. Clark ve arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırmadaki bir kadının "Onlarla ilgili (göğüslerini gösteriyor) bir problemim

yok, çünkü hepsi işe yarayan değişiklikler. Ayrıca, bu sivilcelerden nefret ediyorum, bu gerçekten sinir bozucu. Ama sonra şunu görüyorum ki bunlar sadece hormonlarımın düzgün çalıştığına bir göstergesi ve hamileliği sürdürebilmek için bu hormonlara ihtiyacım var” şeklindeki ifadesi bu araştırmadaki kadınların hastalıkla ilgili zorlukları ödenmesi gereken bir bedel olarak gördükleri bulgusu ile örtüşmektedir. Rubin (1984) kadınların ilk trimesterde fiziksel rahatsızlıklara odaklanırken son trimesterde tam aksine fetal sağlığa odaklandığını belirtmiştir. Aynı zamanda gebeliğin üç ayından sonra fizyolojik rahatsızlıkların azalması ile gebeliğe karşı olumlu düşünceler geliştirdiklerini saptamıştır.

Bu çalışma bulgusunun aksine ortaya çıkan fiziksel değişimlerin yalnızca olumsuz yönünü gören kadınların ifadelerinin yer aldığı çalışmalar da bulunmaktadır. “Tamamen boğulmuş hissediyorum ve öleceğimi düşünüyorum. Bunu yapamam, hiçbir yere gidemiyorum, çok yoruldum. Yolda durmak zorundayım, merdivende oturmalı ve dinlenmeliyim, çünkü çok yoruldum. Bunun böyle olacağını hiçbir zaman düşünmedim.” ifadesi durumun zamanla “bıkkınlık” yarattığını göstermektedir (Bergbom ve ark., 2017). Fuller-Tyszkiewicz ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan sistematik derleme araştırmasında gebelikte vücutta oluşan değişimlerden memnun olma veya hoşnut olmama durumunun davranışsal, demografik, fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerle ilişkisi olduğu tespit edilmiştir.

Kadınlarda gebelik döneminde özellikle hormonların etkisi ile duygusal değişimler yoğun olarak yaşanmaktadır. Bu değişimler çalışmamızda yer anneliğin başka bir duygusallık getirdiğini belirtilen ifadeler ile örtüşmektedir. Clark ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada, kadınların çoğunluğu gebelik sürecinde hormonal değişimlerin etkisi ile daha fazla duygusallaştıklarını ifade etmişlerdir. “Normalden daha fazla sulu gözlü oldum ve ben böyle bir insan değilim. Örneğin doktorun yanımdayken bana nasıl olduğumu sorduğunda bile gözyaşlarımı tutamıyorum.” ifadesi ile bu çalışmadaki katılımcıların görüşleri benzerlik göstermiştir. Özellikle riskli gebelik geçiren ve uzun süre sonra çocuk sahibi olan kadınlarda duygusallığın daha fazla arttığını gösteren çalışmalar vardır (McCain ve Deatrck, 1994; McMahan ve ark, 1999).

Hem sağlıklı hem de riskli gebeliklerde kadının duygu durumunda değişimler olduğunu ve aşırı duygusallaştığı söylenebilir. Duygusal değişimlerin ve ambivalan

duyguları tanımlanması her kültürde farklıdır. "Tongku" ve "Xingfu" (Çince, acı ve mutluluk) kelimeleri ile karmaşık duyguları tanımlamaktadırlar (Callister, 2005).

Bu çalışmada bebeğin varlığının kadın tarafından hissedilmesi oldukça önemli görülmektedir. Kadının "Karnımın büyümesini sevdim, tekme atmasını ve onun her hareketini benim için çok önemli." ifadesi bu araştırma bulgusuyla örtüşmektedir (Cronin, 2003). Maternal gelişimsel görevler içinde ikinci trimesterde yer alan annenin bebeğinin hareketlerini hissetmeye başlaması ile bebeğini ayrı bir birey olarak görmeye başladığını belirtmiştir. Kadınlar için bu durum çok özel ve eşsiz bir deneyim olarak görülmektedir (Rubin, 1984).

Kadınların riskli bir gebelikten ve hastanede yatma deneyiminden psikolojik, sosyal ve duygusal olarak etkilendiği bilinmektedir. Bu yüzden son yıllarda kadınların riskli gebeliğe ve içerisinde bulunduğu duruma ilişkin endişeleri, duyguları medikal durumdan daha fazla önemli olmaktadır (Heaman, 1998). Literatür incelendiğinde, riskli gebelik nedeniyle yatışı yapılan kadınların psikolojik deneyimlerini gösteren çok az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmada kadınların tamamına yakını hastaneye yatma deneyimini özgürlüğü kısıtlayan, olumsuz bir deneyim olarak ifade etmişlerdir. Bu araştırma bulgusunu destekleyen benzer araştırmalar bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda kadınlar tarafından hastanede kalma sürecini yorucu, perişan edici ve sinir bozucu bir deneyim (Lederman ve ark., 2013), normal aktiviteyi kısıtlayan ve strese neden olan (Loos ve Julius, 1989; Gupton ve ark., 1997) bir durum olarak açıklanmıştır. Hastane kavramı ise "bilinmeyen bir alan" ve "başka bir dünya" olarak tanımlanmıştır (Price ve ark., 2007). Hastaneye yatma durumu Gupton ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan araştırmada kadınlar tarafından stresör olarak algılanmakta ve "hapiste kalma" kavramına benzetilmektedir. Tüm bu bulgular bu çalışmada yer alan özgürlüğün kısıtlanması, sıkıntı ve eve özlem duyma temasıyla örtüşmektedir. Ancak bizim araştırmamıza katılan bazı kadınlar aksine sürekli kontrol altında olmanın güven verdiği ve hastanede olmaktan memnun olduklarını ifade etmiştir. Bu bulguya benzer olarak Heaman (1998) tarafından yapılan araştırmada kadınlar hastanenin pozitif yönünü kendilerini güvende hissetme duygusu olarak belirtmişlerdir.

Bu çalışmada kadınlar riskli gebelik tanısını aldıkları ve hastaneye yatışına karar verildiği anda birden fazla duygu hissettiklerini ve hassaslaştıklarını ifade etmişlerdir. Duygusal tepkiler, kişi tarafından önemli görülen durumlara karşı verdiği reaksiyonlardır.

Genel olarak riskli gebelik tanısına yönelik duygusal tepkiler şok, öfke, hayal kırıklığı, kaybetme korkusu ve anksiyete olarak tespit edilmiştir. Bu bulgu ile benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Leichtentritt ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan araştırmaya katılan bir kadının “Sadece rutin kontrol için hastaneye gelmişim. Eve döneceğimi umuyordum. Hiçbir zaman hastanede yatacağımı düşünmedim. Hiç kimseyi bu durumdan dolayı suçlayamam. Yalnızca hayal kırıklığına uğradım.” ifadesi ile kadınların riskli gebelik tanısını öğrenmeyi hiç beklemedikleri ve hayal kırıklığına uğradıkları sonucu vurgulanmıştır.

Bir çalışmada riskli gebelik tanısı kadınlar tarafından “korku”, “acı” ve “anksiyete” kavramları ile açıklanırken (Wilhelm ve ark., 2015), başka bir çalışmada ise “şok verici bir durum” olarak ifade edilmiştir (Parsons ve ark., 2018). Başka bir araştırmada kadınlar gebelik döneminden keyifle bahsederken riskli gebelik tanısı ile birlikte kendilerini sağlıksız ve keyifsiz olarak gördüklerini belirtmişlerdir (Carin ve ark., 2011). Gupton ve arkadaşları (1997)’in çalışmasında kadınların gebelik döneminde sorunla karşılaştıklarında engellenmiş hissettikleri ve gebelikten keyif almadıkları saptanmıştır.

Anksiyete, korku, mutsuzluk ve endişe gibi duyguların ifade edilmesine karşın katılımcıların bir kısmı ise bu yaşadıkları riskli gebelik deneyiminin pozitif yönüne odaklanarak mutlu olmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılar bebeklerinin varlığını hastalığa ilişkin kısıtlamalarla, kasılmalarla ve tekmelerle hissettiklerini ve mutluluk duyduklarını ifade etmişlerdir. Sıkıntılarının devam etmesi, bebeğin tekmeleri ve kalp sesi herşeye rağmen “bebek” umudunu sürdürmelerini sağlamaktadır. Wilhelm ve arkadaşları (2015) tarafından İspanya’da riskli gebelik durumu yaşayan niteliksel bir araştırmada benzer sonuç tespit edilmiştir. Bu çalışmadaki kadınlardan biri “Bu durumdan dolayı biraz korku hissediyorum. Ama aynı zamanda gebeliğimi keşfediyorum. Çünkü bir oğlum olacak” şeklinde ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan kadınlar stres yaratan durumla baş etme sürecinde olumlu yöntemleri kullandıklarını belirtmişlerdir. En yaygın yöntem olarak hem kendi hem de bebeğinin sağlığı için dua ederek rahatladıklarını ifade etmişlerdir. Farklı dinlere sahip olan kadınlarda da durumla baş etme yöntemlerinin benzer olduğu görülmüştür. Price ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir çalışmada riskli gebelik tanısı ile hastanede bulunan bir kadının “Dua ettikten sonra tanrının benimle olduğuna ve ne olursa olsun her

şeyin güzel olacağına inanıyorum. O burada ve ben iyi olacağım” şeklinde ifadesi ile araştırmaya katılan kadınların ifadeleri benzerdir. Hasta bakımında maneviyata ve dini ihtiyaçlara hitap etmek hemşirelik bakımında kullanılmaktadır. Hasta bakımındaki bütüncül yaklaşım doğrultusunda bu alanın kullanılması önem taşımaktadır (Connelly ve Light, 2003).

Katılımcıların çoğunluğu riskli gebelik durumunun yarattığı endişeden uzaklaşmak için sorunu düşünmemeye çalışmayı kullanmaktadır. Bu durumda kadın stresli duruma odaklanmak yerine olumlu sonuçlara odaklanmakta (Ölçer ve Uskay, 2015), böylece kendisini daha iyi hissetmektedir. Farklı bir nitel çalışmada “Her şey güzel olacak ne olursa olsun... Ben iyi olacağım” ifadeleri bu çalışma sonucu ile elde edilen olumluya odaklanma bulgusuyla benzerlik göstermektedir (Price ve ark., 2007).

Kadınlar gebelik döneminde sosyal desteğe ihtiyaç duymakta ve bu desteği en fazla anne ve eşlerinden beklemektedirler. Kadın gebelik sürecinde annesi ile ilişkisinde daha olumlu olabilmektedir. Bu derinleşen ilişki ona olan bağlılığını arttırmaktadır. Annesinin yokluğunda kendine destek ve annelik için rol model oluşturan bir birey arayışına girmektedir. Araştırmaya katılan kadınların ifadelerinden hastanede kalma ve riskli gebelik durumunun kendi veya eşinin annesi ile ilişkisine katkı sağladığı ve birbirlerine daha fazla yakınlaştırdığı anlaşılmaktadır. Lederman ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan araştırmada elde edilen görüşmeler sonucunda belirlenen “anneyle ilişkinin güçlenmesi” teması, bu araştırmadaki bulgularla benzerlik göstermektedir. Rubin (1984)’in kadının hayatında önemli gördüğü ve ona rol model oluşturacak kişilerin olmasını gebeliğe ve anneliğe uyumunu arttıran faktörler arasında görmesi araştırma bulgusunu desteklemektedir. Araştırmanın nicel boyutunda kullanılan ölçekte yer alan “Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu” alt ölçeğinde tespit edilen istatistiksel anlamlılık sonucu ile nitel araştırmada elde edilen annesine olan bağlanmanın arttığını belirten ifadeler birbiri ile örtüşmektedir.

Ancak bazı kadınlar mesafe olarak anneden uzak olmanın sosyal destek açısından dezavantaj yarattığını belirtmişlerdir. Darvill ve arkadaşları (2010) tarafından ilk kez anne olan kadınlarla yapılan niteliksel çalışma bu sonuçla benzerlik göstermektedir.

Nelson (2003) anneliğe geçişi etkileyen etmenler arasında annenin kişisel özellikleri, sosyal çevre, aile yapısı, eş ile ilişkisinin durumu, eş desteği ve sağlık profesyonellerinin desteğinden bahsetmektedir. Sosyal destekle kadınların gebeliğe ve

anneliğe uyumları artmaktadır (Giurgescu ve ark., 2006). Çalışmamızda kadınlar riskli gebeliğe uyum sürecinde en fazla desteği eşlerinden aldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların çoğu eş desteğini anne desteğinden daha önemli bulduklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuçlara benzer sonuçlar içeren bir çalışma bulunmaktadır. 50 multipar ve 50 primipar kadınla yapılan çalışmada kadınlar eşlerini, aile üyelerini, arkadaşlarını sosyal destek olarak tanımlamışlardır. İlk gebeliğine sahip kadınlar eşlerine karşı daha yakın hissettiklerini ve eşleriyle daha iyi iletişim kurduklarını ifade etmişlerdir (Nichols ve ark., 2007). Bir çalışmadaki gebenin “Sadece kocam ve bebeğimle olmak istiyorum. Başka kimsenin desteğine ihtiyacım yok.” ifadesi ile eş desteğinin önemi anlaşılmaktadır (Darvill ve ark., 2010). Elde edilen bu bulgu, araştırmanın nicel bölümünde sosyal desteğin yeterli olduğu geniş ailede yaşayan kadınların anneliği daha kolay kabul ettiği sonucu ile desteklenmektedir.

Aynı zamanda araştırmaya katılan kadınlar tarafından riskli durumla karşılaşma ve hastaneye yatma ile birlikte kadınların eşlerine olan sevgilerinin arttığı ve ortak bir nokta olan bebekleri ile sayesinde daha fazla iletişim kurdukları ifade edilmiştir. Kadının eşi ile ilişkisinin durumu prenatal stresin azalmasında ve maternal uyumun artmasında önemli bir göstergedir (Lederman ve Weis, 2009). Uluslararası literatürde benzer sonuçlara rastlanmıştır. Riskli gebelik tanısı alan Rus kadınlar ile yapılan çalışmada, kadınlar eşi ile ilişkisinin daha olumlu olduğunu ve bebeklerinden bahsederken “mutluluğumuz” tanımını kullandıklarını belirtmiştir (Callister ve ark, 2007). Diğer bir çalışmada ise çiftlerin bebeğin sağlığını tehlikeye sokacak durumlara karşı ortak önlem aldıkları ve sürekli iletişim halinde oldukları tespit edilmiştir (Lederman ve ark., 2013).

Mercer (1986)' e göre anne olma sürecinde eş desteğinin yeri başka hiç kimse tarafından doldurulamayacak şekilde önemlidir. Bu çalışmada eş desteğine ya da eş desteğinin yokluğunda hissedilenlere ilişkin bulgularla, Rubin (1984) ve Mercer'in (1986) sunduğu teorik çerçeve örtüşmektedir. Aynı zamanda araştırmanın nicel boyutunda kadının eşi ile ilişkisinin durumunu değerlendiren alt ölçek nitel araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Özetle çalışmamızın hem nicel hem de nitel bölümleri eş ile ilişki ve eş desteğinin önemini desteklemektedir.

Kadınların ifadelerinden, sağlık profesyonellerinden hastanede kalma, gebeliğe ve anneliğe uyum sürecini destekleyecek bakımı vermelerini bekledikleri anlaşılmaktadır. Kadınlar tedavi sürecine bilgi verilerek ya da duyguları sorularak katılımlarını sağlanması

gerektiğini ifade etmişlerdir. Harrison ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan bir çalışmada riskli gebelik dönemindeki kadınlar, bakım sürecine aktif veya pasif olarak katıldıklarında durumla ilgili sorumluluk hislerinin arttığını, sağlık profesyonellerine karşı memnuniyetin arttığını belirtmişlerdir. Prenatal bakım planlanırken özellikle hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin karar verici olmak yerine daha çok destekleyici rolde olmaları gerekmektedir.

Bu çalışmada kadınlar kendi ve bebeklerinin sağlıkları ve hastanede kalma süreleri konularında bilgilenebilmek istediklerini ancak çoğu zaman bunun gerçekleşmediğini belirtmişlerdir. Bu bulguya benzer olarak Lederman ve arkadaşları (2013) ile Dulude (2002) tarafından yapılan çalışmalarda riskli gebelik durumlarında kadını dinlemeye hazır olan ve durum hakkında bilgilendiren sağlık profesyonellerinin uyum sürecine çok büyük katkısı olduğu saptanmıştır. Hastanede kalma sürecinde anlayışlı ve bilgili sağlık profesyonellerinin olması ve durum hakkında bilgi vermesi kadınlar tarafından “karanlıktan kurtulma” olarak adlandırılmıştır (Lederman ve ark., 2013). Aynı zamanda nicel araştırmada elde edilen kadının bilgilendirme durumu arttıkça kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili endişelerin azalması ve eşi ile ilişkisinin durumu pozitif etkilenmesi sonucu ile örtüşmektedir.

Bu çalışmaya katılan kadınların bazıları sağlık profesyonellerinin kadının duygu ve düşüncelerinden çok medikal tedaviye önem verdikleri belirtmiştir. Stainton (1992) tarafından yapılan çalışmada, sağlık bakım profesyonelleri medikal durumda oluşabilecek gerçek ve olası problemlerle ilgilenirken, kadınların ise anne olmaya ilişkin problemlere yöneldiği görülmektedir. Yapılan bir çalışmada sağlık profesyonellerinin kadınları “bebek makinesi” olarak gördükleri ve annenin duyguları yerine sadece bebekle ilgili tehlikeli durumlar hakkında endişeli oldukları ifade edilmiştir. Ek olarak bakım sürecinde kadınların bulunduğu durumla ilgili sağlık profesyonelleri tarafından empati geliştirilmediği saptanmıştır (Parsons ve ark., 2018). Bu bulgu bizim çalışmamızdaki kadınların hemşirelerden beklentilerinden kendi yerine koyma ve daha duyarlı olmasını istedikleri ifadelerle benzerlik göstermektedir. Sonuçta riskli gebelik döneminde bulunan kadın için planlanan en önemli hemşirelik bakımı kendini ifade etmesini sağlamak ve endişelerini etkili bir şekilde dinlemektir. Kadınlar hemşirelerin karşılıklı güven ilişkisi içerisinde danışmanlık ve destek olma rollerini yerine getirmelerini beklemektedir (Heaman, 1998).

Katılımcılardan birisi riskli gebelik tanımlamasında adı geçen “risk” kelimesinden hoşlanmadığını, “iğrenç” bulunduğunu belirtmektedir. Bu sonuç ile Parsons ve ark. (2018) tarafından ele alınan “stigmatizasyon” teması benzerlik göstermektedir. Başka bir araştırmada ise, hastanede kalma ve riskli duruma sahip olma durumlarını tecrübe eden kadınların farklı bir etiketlemeye maruz kaldığı “ayrıştırma” teması ile açıklanmıştır. Kadınlar hastanede kaldıkları sürede diğer gebelerden farklı olarak “riskli” olarak adlandırıldıklarını ifade etmişlerdir (Leichtentritt ve ark., 2005). Bu durum kadınlar tarafından bireyselleştirilmiş bakım hizmetinin alınmasını engellemektedir.

Katılımcılar, riskli gebelik tanısı ile yatışı yapılan diğer kadınlarla anneliğe ve gebeliğe uyuma ilişkin görüş alışverişinde bulduklarını ve bu etkileşimin onları rahatlattığını ifade etmişlerdir. Aynı durumu deneyimleyen diğer kadınlardan alınan destek gebelere yardımcı olabilmektedir. Riskli gebeliğe özgü bakım verilen kliniklerde yatışı yapılan kadınlar arasında oluşan bu destek “informal” olmaktadır. Ülkemizde çok sık olmamakla birlikte yurtdışında oldukça fazla sayıda bulunan ve kadınların riskli gebelik durumu ile baş edebilmesi için oluşturulan “formal” gruplara katılması önerilmektedir (Gupton ve ark., 1997). Brand ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir araştırmanın kapsamına alınan kadınlar yaşadığı deneyiminin benzerini yaşayan diğer gebelerle sorunlarını veya endişelerini paylaştıkça kendilerini yalnız hissetmediklerini ve anneliğe geçişte daha kolay uyum sağlayabildiklerini belirtmişlerdir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yapılan çalışmanın nicel boyutu ile prenatal dönemde riskli gebelik tanısı alan kadınların gebeliğe ve anneliğe uyum düzeyi tespit edilmiştir. Bu çalışma sonucunda;

- Riskli gebelik tanısı alan kadınların gebeliğe ve anneliğe uyumu çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Bu faktörlerin; kadının sahip olduğu aile tipi, sosyal güvence varlığı, gebeliği isteme durumu ile gebelik ve riskli durum hakkında bilgilenme durumu olarak tespit edilmiştir.
- Çekirdek aileye sahip olan gebelerin doğum korkusu alt ölçek puan ortalaması 24,4 olarak bulunmuştur. Çekirdek ailede yaşayan kadınlar doğum korkusunu daha az yaşamaktadırlar.
- Geniş aileye sahip olan gebelerin “annelik rolünün kabulü” alt ölçek puan ortalaması 28,2 olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre, geniş ailede yaşayan gebelerde anneliğe uyum düzeyi daha yüksek olmaktadır.
- Sosyal güvenceye sahip olmayan kadınlarda sırasıyla “kendi annesi ile ilişkisinin durumu” alt boyutu ile “eşi ile ilişkisinin durumu” alt boyutu alt ölçek puan ortalamaları 19 ve 19,8 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olmayan kadınların annesi ve eşi ile ilişkisinin durumunun sosyal güvencesi olan kadınlara oranla daha olumlu olduğu bulunmuştur.
- Sosyal güvencesi olmayan kadınların “kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceler” alt ölçek puan ortalaması 24,2 olarak bulunmuştur. Buna göre, sosyal güvencesi olmayan kadınların kendisi ile bebeğinin sağlığına ilişkin daha olumlu düşüncelere sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Gebeliği ve anne olmayı isteyen kadınlar gebeliğe daha fazla uyum sağlamaktadırlar (“Gebeliğin Kabulü” alt ölçek puan ortalaması 26,9).
- Gebelik ve riskli durum hakkında bilgilenme düzeyi ile “eşi ile ilişkisinin durumu” alt ölçek puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Durum hakkında bilgi almayan kadınlarda “eşi ile ilişkisinin durumu” alt ölçek puan ortalaması 23,3, az bilen kadınlarda 21,4 olurken durum hakkında bilgisi olan kadınlarda ise 20,6 olarak tespit edilmiştir.

Buna göre, kadınlarda gebelik ve riskli durum hakkında bilgilenme düzeyi arttıkça eşi ile ilişkisinin daha pozitif olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Nitel araştırma sonucunda elde edilen bulgular, riskli gebelik döneminin psikososyal etkilerinin, kadınların yaşadıkları deneyimlerin, duygu ve düşüncelerin tanımlanmasına olanak sağlamaktadır. Sağlık bakım profesyonellerinin riskli gebelik yaşayan kadınların yaşadığı deneyimlerin anlaşılması uygun hemşirelik bakımı sağlamak ve doğru danışmanlık yapabilmek için zorunludur. Yarı yapılandırılmış görüşme formu ile yapılan görüşmeler sonucunda,

- Anne olmak, kadınlar tarafından “eşsiz, tanımlanamayan” ve deneyimlemeden anlaşılmayan bir durum olan tanımlanmıştır. Aynı zamanda anneliğin büyük bir sorumluluk getirdiğini ve sürekli devamlılığı olan bir gelişimsel durum olarak ifade etmişlerdir.
- Yaşadığı olumsuz deneyimlerin genel olarak fiziksel rahatsızlıklar olduğu ancak bunların da pozitif yönüne odaklandıkları anlaşılmaktadır.
- Riskli gebelik durumuna yönelik verilen duygusal tepki kadınların büyük çoğunluğu tarafından “şok ve korku” olarak belirtilmiştir.
- Riskli gebelik tanısı ile beklentileri kesintiye uğradığı için hayal kırıklığına uğradıklarını saptanmıştır.
- Kadınların büyük çoğunluğu kendi sağlıkları ile bebeğinin sağlığı için fedakarlık yaptıklarını ve bebeğinin daha önemli olduğunu belirtmişlerdir.
- Kadınların önemli bir kısmı tarafından hastane, “özgürlüğün kısıtlandığı” ve “zorunlu kalınan yer” olarak tanımlanmıştır.
- Duruma uyum sağlama konusunda sosyal destek kaynaklarının eş ve aileleri olduklarını belirtmişlerdir. Ailelerinden destek almayan gebelerin bunu eksiklik olarak gördükleri tespit edilmiştir.
- Riskli gebelik durumunda gebeliğe ve anneliğe uyum sürecine yönelik olarak kadınlar sağlık profesyonellerinden medikal tanıdan çok kadının varlığını önemlerini, durumla ilgili bilgi vermelerini ve anlarını onlara atfetmelerini istemektedirler.
- Kadınların diğer gebelerle iletişim kurarak, olumsuz sonuçlar yerine olumluya odaklanarak ve kendini motive ederek durumla başedebildikleri tespit edilmiştir.

6.2.Öneriler

Klinisyen hemşirelere öneriler:

- İsteyerek gebe olan kadınların gebeliği kabul düzeyleri yüksek olduğundan, istenmeyen gebelikleri önlemek üzere aile planlanması eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinin yaygınlaştırılması.
- Riskli gebelik tanısı ile yatışı yapılan kadınların bulunduğu servislerinde bütüncül hemşirelik bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için çalışmanın nitel sonuçlarının entegre edilmesi.
- Gebelik ve anneliğe uyum sürecinde kadın için başta eşi ve annesi olmak üzere sosyal destek olacak aile bireylerinin ve arkadaşlarının bakıma olabilecek en üst düzeyde katılımlarının desteklenmesi ve bunun için kurumsal düzenlemelerin gözden geçirilmesi.
- Riskli gebelik tanısı ile hastanede yatan kadınlarda sıkıntının azaltılabilmesi için boş zaman aktivitelerinin planlanması ve uygulanması.
- Riskli gruplarda yer alan geniş ailede yaşayan, sosyal güvencesi olmayan, gebeliği istemeyen ve riskli durum hakkında bilgi sahibi olmayan kadınların tespiti ve gebelik ve anneliğe uyumlarını destekleyici tedbirlerin alınması.
- Duyarlı ve empatik iletişim tekniklerinin kullanılması önerilmektedir.

Araştırmacı hemşirelere öneriler:

- Gebelik ve anneliğe uyum sürecinde hem kadın hem de eşi uyumun etkili bileşenlerinden olduğundan , sonraki çalışmaların babaların katılımı ile yapılması.
- Bu çalışmanın farklı coğrafi bölgelerde ve birden fazla merkezli olarak yapılması.
- Riskli gebelik tanısı ile hastanede yatan kadınlarda can sıkıntısını azaltıcı ve rahatlık duygusunu artırıcı boş zaman aktivitelerinin planlandığı ve uygulandığı araştırmaların yapılması.
- Kalitatif çalışmalarla farklı kültürel ve sosyoekonomik duruma sahip riskli gebelik tanısı alan kadınlarla yapılarak kültür ve sosyo-ekonomik statüye ilişkin deneyimlerin belirlenmesi.
- Riskli gebelik durumunda annelik ve gebeliğe uyumu destekleyecek hemşirelik bakım modellerinin denendiği uygulamalı araştırmaların yapılması.

- Riskli gebelik tanularından herhangi biri seçilerek daha spesifik ve derinlemesine nitel ve nicel çalışmanın bir arada bulunduğu çalışmaların yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- ACOG, Practice Bulletin No. 153: Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2015; 126(3): 12–24.
- Azevedo DV, Araújo ACPF, Costa ICC, Medeiros Jr A. Perceptions of pregnant and postpartum women's feelings about preeclampsia. *Rev SaludPública* 2009; 11(3): 347-58.
- Alligood MR, *Nursing Theorists and Their Work.* 8 rd ed, Amerika, Elsevier Health Sciences. 2014; 538-555.
- Amorim TV, Souza ÍEDO, Moura M, Vasconcelos A, Queiroz ABA, Salimena AMO. Nursing care perspectives in high-risk pregnancy: integrative review. *Enfermería Global* 2017; 46: 530.
- Babacan Gümüş A, Çevik N, Hataf Hyusni S, Biçen Ş, Keskin G, Tuna Malak A. Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler. *Anatol J Clin Investig* 2011; 5(1): 7-14.
- Bai G, Korfage IJ, Hafkamp-de Groen E, Jaddoe VW, Mautner E, Raat H. Associations between nausea, vomiting, fatigue and health-related quality of life of women in early pregnancy: the generation R study. *PloS one* 2016, 11(11).
- Beddoe AE, Lee KA. Mind-body interventions during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37(2): 165-175.
- Bekmezci H, Hamlacı Y, Özerdoğan N. Meleis'in geçiş kuramına dayalı postpartum dönemde bakım. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi GÜSBD* 2016; 5(4):101-106.
- Benza S, Liamputtong P. Becoming an 'Amai': Meanings and experiences of motherhood amongst Zimbabwean women living in Melbourne, Australia. *Midwifery* 2017,45: 72-78.
- Bergbom I, Modh C, Lundgren I, Lindwall L. First-time pregnant women's experiences of their body in early pregnancy. *Scand J Caring Sci* 2017; 31(3): 579-586.
- Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6(2): 137-141.
- Beydağ KD, Mete S., Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hem Sağ Bil Derg* 2008; 11(1): 16-24.
- Bharti KV, Kaur A, Chawla S, Malik M. Prevalence and correlates of high risk pregnancy in rural Haryana: a community based study. *Int J Bas App Med Scie* 2013; 3(2), 212-17.

- Brand G, Morrison P, Down B, WestBrook B. Scaffolding young Australian women's journey to motherhood: a narrative understanding. *Health Soc Care Community* 2014; 22(5): 497-505.
- Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiment by nature and design*. 1 st Ed., Cambridge, MA: Harvard University Press. 1979; 209-258.
- Brown HL. Nausea and vomiting of pregnancy. *Contemporary OB/GYN* 2016; 61(4): 48.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6 th Ed., Oxford, Elsevier. 2013; 217.
- Bulut A. Hiperemesis Gravidarum tanısı alan gebelerin gebeliğe uyum ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2016; 27-40.
- Burman B, Margolin G. Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological bulletin* 1992; 112(1): 39-63.
- Callister LC, Getmanenko N, Garvrish N, Eugenevna MO, Vladimirova ZN, Lassetter J, Turkina N. Giving birth: The voices of Russian women. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2007; 32(1): 18-24.
- Callister LC. Making meaning: Women's birth narratives. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 33(4): 508-518.
- Carin M, Lundgren I, Bergbom I. First time pregnant women's experiences in early pregnancy. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2011; 6(2): 5600.
- Carpenito-Moyer LJ. *Hemşirelik tanıları el kitabı*. Çev. Erdemir F., 13. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 2012.
- Çelik F, Nadirgil-Koken G, Yilmazer M. Prevalence of depression during pregnancy and the affecting factors. *Anatol J Clin Investig* 2013; 7(2): 110-117.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A nursing concern*.
- Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. My baby body: A qualitative insight into women's body-related experiences and mood during pregnancy and the postpartum. *J Prenat Perinat Psychol Health* 2009; 27(4): 330-345.
- Cohen RL. *Developmental tasks of pregnancy and transition to parenthood*. Amerika, Springer US. 1988; 51-70.
- Connelly R, Light K. Exploring the "new" frontier of spirituality in health care: Identifying the dangers. *Journal of Religion and Health* 2003; 42(1):35-46.

- Coşkuner Potur D, Mamuk R, Şahin NH, Demirci N, Hamlacı Y. Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *International nursing review* 2017; 64(4): 576-583.
- Côté-Arsenault D, Denney-Koelsch E, “Have no regrets:” Parents' experiences and developmental tasks in pregnancy with a lethal fetal diagnosis. *Social Science ve Medicine* 2016; 154: 100-109.
- Cresswell JW. Nitel araştırma yöntemleri, Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni. Bütün M, Demir SB. Çev. Ed., 3.Baskı, Ankara, Siyasal Kitapevi. 2016;185.
- Creswell JW, Plano Clark VL. Karma yöntem araştırmaları tasarımı ve yürütülmesi. 2.Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık. 2014;79.
- Cronin C. First-time mothers—identifying their needs, perceptions and experiences. *J Clin Nurs* 2003;12(2): 260-267.
- Coşkuner Potur D, Yiğit F, Bilgin ÇN. Anne adaylarının fetal sağlığı değerlendiren testlere yaklaşımının kalitatif incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(3): 80-92.
- Ocakçı AF, Ecevit Alpar Ş. Hemşirelik kavram kuram ve model örnekleri, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi. 2013; 68-83.
- Coşkuner Potur D, Mamuk R, Şahin NH, Demirci N, Hamlacı Y. Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *Int Nurs Rev* 2017; 64(4): 576-583.
- Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery* 2010; 26(3):357-366.
- Da-Silva VD, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira, NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res* 1998; 31(6): 799-804.
- Davidson MC, London ML, Ladewig PAW. *Olds' Maternal-newborn across the lifespan nursing & women's health*. 9 rd Ed., Amerika, Pearson Education. 2012.
- De Haas S, Ghossein-Doha C, Van Kuijk SMJ, Van Drongelen J, Spaanderman MEA. Physiological adaptation of maternal plasma volume during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017; 49(2): 177-187.
- Demirbaş H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2014; 36-49.
- Denis A, Michaux P, Callahan S. Factors implicated in moderating the risk for depression and anxiety in high risk pregnancy. *J Reprod Infant Psychol* 2012; 30(2): 124-134.

- Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi 2010; 20(3): 99-108.
- Dolatian M, Mahmoodi Z, Dilgony T, Shams J, Zaeri F. The structural model of spirituality and psychological well-being for pregnancy-specific stress. Journal of Religion and Health 2017; 56(6): 2267-2275.
- Driscoll JW. Psychosocial adaptation to pregnancy and postpartum, AWHONN perinatal nursing. Simpson KR, Creehan PA. editors. 3 rd Ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins 2008; 115-214.
- Dulude D, Belanger C, Wright J, Sabourin S. High-risk pregnancies, psychological distress, and dyadic adjustment. J Reprod Infant Psychol 2002; 20(2): 101-123.
- Durham R, Chapman L. Maternal-newborn nursing: The critical components of nursing care. 2 rd Ed., Philadelphia, F.A. Davis Company. 2013; 105-110.
- Emmanuel E, Creedy D, St John W, Gamble J, Brown C. Maternal role development following childbirth among Australian women. J Adv Nurs 2008; 64: 18–26.
- Evrenol Öçal S. Adölesan gebelerin gebelik, doğum ve anneliğe uyumları ve etki eden faktörler. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 48-73.
- Eyce B. Tarihten günümüze Türk aile yapısı. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler MYO Dergisi 2000; 1(4): 223-244.
- Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik. 1.Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 2014;175.
- Farias MDCAD, Nóbrega MMLD. Nursing diagnoses in high-risk pregnant women based on Orem's self-care theory: a case study. Rev Lat Am Enfermagem 2000; 8(6): 59-67.
- Fışkın G, Kaydırak MM, Oskay UY. Psychosocial Adaptation and Depressive Manifestations in -Risk Pregnant Women: Implications for Clinical Practice. Worldviews Evid Based Nurs (2017; 14(1): 55-64.
- Fullerton JT, Nelson C, Shannon R, Bader J. Prenatal care in the Paso del Norte border region. Journal of Perinatology 2004; 24: 62-71.
- Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H, Watson BE, Hill B. Body dissatisfaction during pregnancy: A systematic review of cross-sectional and prospective correlates. Journal of health psychology 2013; 18(11): 1411-1421.
- Gagnon A, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood (Cochrane Review). In The Cochrane Library 2007; 13-16.

- Gençöz F. Uyum psikolojisi. *Kriz Dergisi* 1998; 6(2): 1-7.
- Gilbert ES, Harmon JS. Yüksek riskli gebeliğin psikolojik yönü, Taşkın L, çev. ed., Yüksek riskli gebelik ve doğum el kitabı. 2.Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık. 2011;118-132.
- Giurgescu C, Penckofer S, Maurer MC, Bryant FB. Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nursing Research* 2006; 55(5):356-365.
- Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004; 46(2): 212-219.
- Gouveia HG, Lopes MH. Nursing dignoses and most common collaboration problems in high-risk pregnancy. *Rev Lat Am Enfermagem* 2004; 12(2):175-182.
- Gupton A, Heaman M, Ashcroft T. Bed rest from the perspective of the high-risk pregnant woman. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997; 26(4): 423-430.
- Gupton A, Heaman M, Cheung LWK. Complicated and uncomplicated pregnancies: women's perception of risk. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001; 30(2), 192-201.
- Güler A. Gebelik dönemindeki stresörlerin belirlenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 44-78.
- Gümüşdaş M, Apay SE, Özorhan E. Riski olan ve olmayan gebelerin psikososyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2014; 1(2): 32-42.
- Gyesaw NYK, Ankomah A. Experiences of pregnancy and motherhood among teenage mothers in a suburb of Accra, Ghana: a qualitative study. 2013; 5:773-80.
- Hafez SK, Dorgham LS, Sayed SA. Profile of high risk pregnancy among Saudi women in Taif-KSA. *World Journal of medical science* 2014; 11(1), 90-97.
- Harrison MJ, Kushner KE, Benzies K, Rempel G, Kimak C. Women's satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. *Birth* 2003; 30(2):109-115.
- Heaman M. Psychosocial impact of high-risk pregnancy: hospital and home care. *Clinical obstetrics and gynecology* 1998; 41(3): 626-639.
- Heidari H, Hasanpour M, Fooladi M. The Iranian parents of premature infants in NICU experience stigma of shame. *Medical Archives* 2012; 66(1):35-40.
- Heydarpour S, Keshavarz Z, Bakhtiari M. Factors affecting adaptation to the role of motherhood in mothers of preterm infants admitted to the neonatal intensive care unit: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2017; 73(1): 138-148.

- Hudson DB, Elek SM, Fleck MO. First-time mothers'and fathers'transition to parenthood: infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2001; 24(1): 31-43.
- Im EO, Meleis AI. A situation-specific theory of korean immigrant women's menopausal transition. *J Nurs Scholarsh* 1999; 31(4): 333-338.
- Işık Koç G, Tezcan S. Gebelerin emzirmeye ilişkin tutumları ve emzirme tutumunu etkileyen bazı faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2005; 12(2) :1-13.
- İnciser Paşalak Ş. Yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2016; 44-50.
- Johnson AC, Cipolla MJ. The cerebral circulation during pregnancy: adapting to preserve normalcy. *Physiology* 2015; 30(2): 139-147.
- Kamalak H, Çoban A. Yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi* 2017; 11: 78-99.
- Keeton CP, Perry-Jenkins M, Sayer AG. Sense of control predicts depressive and anxious symptoms across the transition to motherhood. *J Fam Psychol* 2008; 22(2): 212-221.
- Kızılkaya Beji N. Kadın sağlığı ve hastalıkları. Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 2016; 296.
- Kiehl EM, White MA. Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and the United States, *Scand J Caring Sci* 2003; 17(2): 96-103.
- Koniak-Griffin D, Logsdon MC, Hines-Martin V, Turner CC. Contemporary mothering in a diverse society. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35(5): 671-678.
- Koniak-Griffin D, Verzemnieks I. Effects of nursing intervention on adolescents' maternal role attainment. *Issues Compr Pediatr Nurs* 1991; 14(2): 121-138.
- Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2001; 23(1): 61-64.
- Kulakaç Ö, Buldukoğlu K, Yılmaz M, Alkan S. An analysis of the motherhood concept in employed women in south Turkey. *Soc Behav Pers* 2006; 34(7): 837-852.
- Laza Vásquez C, Pulido Acuña GP, Castiblanco Montañez RA. The phenomenology of the study of the experience of high-risk pregnancy. *Enfermeria Global* 2012; 11(4): 295-305.
- Lederman R, Weis K. Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development, 3 rd. Ed., New York, Springer Science Business Media. 2009;13-290.

- Lederman R. Effectiveness of maternal prenatal psychosocial support for decreasing anxiety in experimental and control groups. In 28th Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine, San Diego, CA. 2008, March.
- Lederman RP, Boyd E, Pitts K, Roberts-Gray C, Hutchinson, Blackwell S. Maternal development experiences of women hospitalized to prevent preterm birth. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2013; 4(4): 133-138.
- Lee NM, Saha S. Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Gastroenterology clinics of North America*. 2011;40(2):309–34.
- Leichtentritt RD, Blumenthal N, Elyassi A, Rotmensch S. High-risk pregnancy and hospitalization: the women's voices. *Health & Social Work* 2005;30(1): 39-47.
- Liamputtong P. Motherhood and “moral career”: Discourses of good motherhood among Southeast Asian immigrant women in Australia. *Qual Sociol* 2006; 29(1): 25-53.
- London ML, Ladewig PW, Ball JW, Bindler RC. *Maternal & child nursing care*. 2 nd Ed., Amerika, Pearson Education. 2007; 205.
- Loos C, Julius L. The client's view of hospitalization during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1989; 18:52-56.
- Lopes van Balen VA, Van Gansewinkel TAG, De Haas S, Van Kuijk SMJ, Van Drongelen J, Ghossein-Doha C, Spaanderman MEA. Physiological adaptation of endothelial function to pregnancy: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017; 50(6): 697-708.
- Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC, Alden KR. *Maternity and Women's Health Care*. 11 th Ed., St. Louis, MO: Elsevier. 2016.
- Martin-Arafeh JM, Watson CL, Baird SM. Promoting family-centered care in high risk pregnancy. *J Perinat Neonatal Nurs* 1999; 13(1): 27-42.
- Masters K. *Nursing theories: A framework for professional practice*. 2 nd. Ed., Burlington, Jones & Bartlett Publishers. 2015; 283-294.
- Mattson S, Smith JE. *Core curriculum for maternal-newborn nursing*. 5 th. Ed., Amerika, Elsevier Health Sciences. 2016; 108-119.
- McCain GC, Deatrck JA. The experience of high-risk pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1994; 23(5): 421-427.
- McKinney ES, James SR, Murray SS, Nelson K, Ashwill J. *Maternal-child nursing*. 5 th. Ed., St. Louis, Mosby. 2018 ; 214-240.

- McMahon CA, Tennant C, Ungerer J, Saunders D. 'Don't count your chickens': a comparative study of the experience of pregnancy after IVF conception. *J Reprod Infant Psychol* 1999; 17(4): 345-356.
- Medeiros ALD, Santos SRD, Cabral RWDL, Silva, JPG, Nascimento NDM, Assessing nursing diagnoses and interventions in labour and high-risk pregnancies. *Revista gaucha de enfermagem* 2016; 37(3): 1-9.
- Meighan M. Mercer's becoming a mother theory in nursing practice. <https://nursekey.com/mercers-becoming-a-mother-theory-in-nursing-practice/>, 2013.
- Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Messias DKH, Schumacher K, Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci* 2000; 23(1): 12-28.
- Meleis AI. *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. 1 st. Ed., New York, Springer Publishing Company. 2010;52-65.
- Mercer R., Nursing support of the process of becoming a mother. *JOGNN* 2006; 35: 649-651.
- Mercer RT, A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nurs Res* 1981; 30(2):73-75.
- Mercer RT, Walker LO. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35(5): 568-582.
- Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36(3): 226-232.
- Mercer RT. *First-time motherhood: Experiences from teens to forties*. 1 st Ed., New York, Springer. 1986.
- Mercer RT. *Parents at risk*. New York, Springer. 1990.
- Mercer RT. *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. New York, Springer. 1995.
- Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber, E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010; 1(2):71-76.
- Mu PF. Maternal role transition experiences of women hospitalized with PROM: a phenomenological study. *Int J Nurs Stud* 2004; 41(8), 825-832.
- Nakamura Y, Mori E. The experience pleasure and being comfortable during first pregnancy. *Journal of Japan Maternity Nursing* 2005; 5:15-22.
- Nakamura Y, Nursing intervention to enhance acceptance of pregnancy in first-time mothers: Focusing on the comfortable experiences of pregnant women. *Jpn J Nurs Sci* 2010; 7(1): 29-36.

- Nakamura Y, Yoshizawa T, Atogami F. Assessments of maternal psychosocial adaptation for pre-labor hospitalized pregnant women in Japan. *Nurs Rep* 2011; 1(9): 35-39.
- Ngum Chi Watts MC, Liamputtong P, Mcmichael C. Early motherhood: a qualitative study exploring the experiences of African Australian teenage mothers in greater Melbourne, Australia. *BMC Public Health* 2015; 15: 873.
- Nelson AM. Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003; 32(4): 465-477.
- Nichols MR, Roux GM, Harris NR. Primigravid and multigravid women: Prenatal perspectives. *J Perinat Educ* 2007; 16(2): 21.
- Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A. Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nurs Res Pract* 2013; 2013: 1-6.
- Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4(2):98-105.
- Okumus F, Şahin N. Fear of childbirth in urban and rural regions of Turkey: Comparison of two resident populations. *North Clin Istanbul* 2017; 4(3): 247-256.
- Omaç M, Güneş G, Karaoğlu L, Pehlivan E. Arapgir Devlet Hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005). *Fırat Tıp Dergisi* 2009; 14(2):115-119.
- Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. *Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)* 2015; 12(2): 85-92.
- Özkan H, Polat S. Annelik davranışını öğrenme süreci ve hemşirelik desteği. *Bozok Tıp Dergisi* 2011; 1(3): 35-39.
- Parsons J, Sparrow K, Ismail K, Hunt K, Rogers H, Forbes A. Experiences of gestational diabetes and gestational diabetes care: a focus group and interview study. *BMC pregnancy and childbirth* 2018; 18(1): 25.
- Pehlivanoglu F. Riskli gebelerde gebeliğe uyumun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir Yüksek Lisans Tezi*, 2015; 39-69.
- Pillitteri A. *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family*. 7 th Ed., China, Lippincott Williams & Wilkins. 2014; 217-240.
- Pirinççi E, Polat A, Köroğlu A, Kumru S. Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2010; 11(2):1-7.

- Pisoni C, Garofoli F, Tziaila C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, Stronati M., Risk and protective factors in maternal–fetal attachment development. *Early human development* 2014; 90: 45-46.
- Polit DF, Beck CT. *Nursing research principles and methods*. 7 th Ed., Lippincott Williams&Wilkins. 2004; 245-268.
- Price S, Lake M, Breen G, Carson G, Quinn C, O’Connor T. The spiritual experience of high-risk pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007; 36(1): 63-70.
- Ricci SS. *Essentials of maternity, newborn & women’s health nursing*. 3 rd Ed., China, Wolters Kluwer Health. 2013; 313-318.
- Røsand GMB, Slinning K, Eberhard-Gran M, Røysamb E, Tambs K. Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. *BMC public health* 2011; 11(1): 161.
- Rubin R. Cognitive style in pregnancy. *AJN The American Journal of Nursing* 1970; 502-508.
- Rubin R. *Maternal Identity and the Maternal Experience*. New York, Springer Publishing Company. 1984.
- Rubin R. Maternal tasks in pregnancy. *J Adv Nurs* 1976; 1(5): 367-376.
- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014; 2(6): 323-333.
- Schachman KA, Lee RK, Lederman RP. Baby boot camp: facilitating maternal role adaptation among military wives. *Nursing Research* 2004; 53(2):107-115.
- Serçekuş P, Mete S. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *J Adv Nurs* 2010; 66(5): 999-1010.
- Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery* 2009; 25(2): 155-162.
- Sezer Ö. Kadınların uyum düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2016; 23(3): 87-101.
- Shelton N, Johnson S. ‘I think motherhood for me was a bit like a double-edged sword’: the narratives of older mothers. *J Community Appl Soc Psychol* 2006; 16(4): 316-330.
- Shloim N, Hugh-Jones S, Rudolf MCJ, Feltbower RG, Lans O, Hetherington MM. “It’s like giving him a piece of me.”: Exploring UK and Israeli women’s accounts of motherhood and feeding. *Appetite* 2015; 95:58-66.
- Shin H, White-Traut R. The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *J Adv Nurs* 2007; 58(1): 90-98.

- Solmuş T. Kadınlık ve Annelik Psikolojisi/ Türkiye’de Anne-Çocuk Bağlanması. 1.Baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık. 2012;1-97.
- Song JE, Ahn JA. Effect of intervention programs for improving maternal adaptation in Korea: Systematic review. Korean J Women Health Nurs 2013; 19(3): 129-141.
- Stainton MC. Mismatched caring in high-risk perinatal situations. Clin Nurs Res 1992; 1(1):35-49.
- Stark MA. Psychosocial adjustment during pregnancy: The experience of mature gravidas. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1997; 26(2):206-211.
- Stoll KH., Hall W. Childbirth education and obstetric interventions among low-risk canadian women: is there a connection?, J Perinat Educ, 2012, 21(4): 229–237.
- Şen E, Alp Dal N, Dağ H, Şenveli S. The reasons for delivery-related fear and associated factors in western Turkey. Nurs Pract Today 2015; 2(1): 25-33.
- Şimşek H. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2011; 25(2):119-126.
- Şirin A, Kavlak O. Kadın sağlığı. Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 2016; 344-346.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler, Öneriler, 2016.
- Takeda E, Kobayashi Y. The development of a maternal caregiving system: Based on changes in the attachment- caregiving balance scale up to 6-7 months postpartum. J Jpn Acad Midwif 2013; 27 (2): 237-246.
- TAYA,2016. Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler, Öneriler.
<http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/5550af1d369dc51954e43522/taya2013trk.pdf>, 2018.
- Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 13.Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitapevi. 2015.
- TDK, 2018a, Aile tanımı.
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5b0555663b0592.00730381, 2018.
- TDK, 2018b, Gebelik tanımı.
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5b0552e90e5ef1.68341415, 2018.

- TDK, 2018c, Risk tanımı.
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5b0555918e1a18.07868275, 2018.
- Tharpe NL, Farley CL, Jordan R. Clinical practice guidelines for midwifery & women's health. 4 th Ed., Sudbury, MA: Jones & Bartlett. 2013 ;44-45.
- Thiagayson P., Krishnaswamy G., Lim ML, Sung SC, Haley CL, Fung DSS, Chen H., Depression and anxiety in Singaporean high-risk pregnancies, prevalence and screening. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35(2): 112-116.
- Thornton R, Nardi PM. The dynamics of role acquisition. *AJS* 1975; 80 (4): 870-885.
- Timur S, Kızıllırmak A. Erken gebelikte bulantı-kusma sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Preventive Medicine Bulletin* 2011;10(3): 281-286.
- Tiran D, Chummun H. Complementary therapies to reduce physiological stress in pregnancy. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2004; 10(3): 162-167.
- TNSA 2013, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf, 2018.
- Townsend MC. Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice. 9 th Ed., Philadelphia, FA Davis. 2014; 2-6.
- Tsai T, Chen I, Huang S. Motherhood journey through the eyes of immigrant women. *Womens Stud Int Forum* 2011; 34: 91-100.
- Tugut N, Gölbası Z, Bülbül T. Quality of sexual life and changes occurring in sexual life of women with high-risk pregnancy. *J Sex Marital Ther* 2017; 43(2): 132-141.
- TÜİK, Aile Yapısı Araştırması, 2016a.
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21869>, 2018.
- Üst ZD, Pasinlioğlu T. Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015; 2(3): 306-317.
- Valentine DP. The experience of pregnancy: A developmental process. *Family Relations* 1982; 31(2): 243-248.
- Visger JM. Predictors of psychosocial adaptation to pregnancy among urban African-American primiparas. Wayne State University, Michigan, Doktora Tezi, 2013; 14-37.
- Ward S, Hisley S. Maternal-child nursing care optimizing outcomes for mothers, children, & families. 1 st Ed., Philadelphia, FA Davis. 2009; 207-208.

- Weis KL, Lederman RP, Lilly AE, Schaffer J. The relationship of military imposed marital separations on maternal acceptance of pregnancy. *Res Nurs Health* 2008; 31(3): 196-207.
- White M, Ritchie J. Psychological stressors in antepartum hospitalization: reports from pregnant women. *Matern Child Nurs J* 1984; 13(1):47-56.
- WHO 2017, World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. 2017: 29-30.
- Wilhelm LA, Alves CN, Demori CC, Da Silva SC, Meincke SMK, Ressel LB. Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing* 2015; 14(3): 284-293.
- Witten J, Samad T, Ribbeck K. Selective permeability of mucus barriers. *Curr Opin Biotechnol* 2018, 52: 124-133.
- Yavuzer H. Mutlu kuşaklar yetiştirmek için: Anne olma. 2. Baskı, İstanbul, Remzi Kitabevi. 2010; 18-20.
- Yıldırım H. Gebe kadınların ebeveynlik öz-yeterliliklerinin prenatal uyumlarına etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 22-35.
- Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirliği ve geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 1997; 13(13): 81-87.
- Yılmaz F, Pasinlioğlu T. Gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi* 2014; 1(1):14-24.
- Yu Y, Zhang S, Wang G, Hong X, Mallow EB, Walker SO, Wang X. The combined association of psychosocial stress and chronic hypertension with preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209(5): 438-441.

EKLER

Ek 1: Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu

Aydınlatılmış Onam Formu

Riskli Gebelerin Gebelik Ve Anneliğe Uyumunun Değerlendirilmesi

Sayın Katılımcı;

Adım Nedime Gül DOĞAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans yapmaktayım. Riskli gebelik durumlarında gebelik ve anneliğe uyum sağlama durumunu inceleyerek, riskli gebeliği olan kadınların gebelik ve anneliğe uyumlarını desteklemeyi hedefleyen profesyonel bireysel bakıma katkıda bulunmayı amaçlıyorum. Bu amaçla, sizin cevaplamanız için hazırlanmış sosyo-demografik özellikleri içeren bir soru formu ve Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği bulunmaktadır. Soruları cevaplamanız ortalama 25 dakikanızı alacaktır. Sorulara yanıt vermeniz yapmış olduğum çalışmaya katkıda bulunacak, riskli gebelerin annelik ve gebeliğe uyumunu değerlendirmemi sağlayacaktır. Toplanan veriler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacaktır. Gizliliği sağlamak için çalışmanın hiçbir yerinde isminiz kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmanız için gönüllü olmanız esastır. Araştırmadan istediğiniz zaman çıkabilirsiniz.

Bu koşullarda söz konusu olan araştırma için kendi rızamla, herhangi bir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Katılımcının Adı-Soyadı

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../20.....

Arş. Gör. Nedime Gül DOĞAN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği

Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu

1) Yaşı:

2) Medeni Durumu:

1. Evli 2. Bekâr

3) (Evli ise)Evlilik Süresi:

4) Çalışma Durumu:

1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor

5) Öğrenim Durumu:

1. Okur-yazar

2. İlkokul

3. Ortaokul

4. Lise

5. Üniversite

6)Aile tipi:

1.Çekirdek 2.Geniş

7) Yaşadığı Yer:

1.Kent 2.Köy

8)Sosyal Güvencesi:

1.Var 2.Yok

9) Gebelik Haftası:

10) Gebeliğin İstenme Durumu:

1.İstenecek 2.İstenmeyen

11) Gebelikte düzenli kontrole gitme durumu

1. Evet 2. Hayır

12) Zararlı bir alışkanlığı olma durumu.

1.Sigara 2.Alkol 3.Madde 4.Yok

13) Ailede gebelik döneminde gebeliğe bağlı hastalık tanısı alma durumu

1.Anne 2.Kardeş 3.Teyze 4.Diğer.... 5.Yok

14) Bebeğin cinsiyeti: 1.Kız 2.Erkek

15) Gebelik ve riskli durum hakkında bilgilenme durumu:

1.Biliyor 2.Bilmiyor 3. Az biliyor

Ek 2: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Türkçe Formu

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

	Çok fazla Tanımlıyor	Kısmen Tanımlıyor	Biraz Tanımlıyor	Hiç Tanımlamıyo
1. Gebe olmak için iyi bir zaman.				
2. Anne-babaları, çocukları ile birlikteyken izlemek hoşuma gidiyor.				
3.Gebeliğim süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıkların üstesinden gelebilirim.				
4. Eşimle doğacak bebeğimiz hakkında konuşuyoruz.				
5. Eşim gebeliğim süresince beni eleştirdi.				
6. İçimde bir çocuk büyütmenin bir ödül olduğunu düşünüyorum.				
7. Doğum konusunda çok şey bilmem gerektiğini düşünüyorum.				
8. Ağrı ile baş edebilirim				
9. Gebeliğim nedeniyle meydana gelen değişikliklere alışmakta zorlanıyorum.				
10. Üzgün olduğumda eşim bana anlayış gösterir.				
11. Stresli olduğum zaman bu durumun üstesinden gelebilirim.				
12. Doğumumun sağlıklı bir şekilde ilerleyeceğini düşünüyorum.				
13. Doğuma hazırlanmak için yapabileceğim çok az şey var.				
14. Annem doğacak olan bebeğimle ilgileniyor.				
15. Birçok durumda sakinliğimi koruyabileceğime inanıyorum.				
16. Bebeğimin sağlıklı olmayacağı konusunda endişelerim var.				
17. Ne zaman ağrı yaşasam bunun en kötü şey olduğunu düşünürüm.				
18. Doğumun, sonu olduğunu bilmek benim kendimi kontrol etmeme yardım edecektir.				

19. Bebeğime bakmayı dört gözle bekliyorum.				
20. Annem gebe olmamdan mutlu.				
21. Annem yararlı önerilerde bulunur.				
22. Gebeliğimden zevk alıyorum.				
23. Eşim benimle gebeliğim hakkında konuşmayı seviyor.				
24. Doğum sırasında yaşayacaklarım konusunda iyi şeyler düşünüyorum.				
25. Doğum sırasında ağrılarım olduğunda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
26. Bir an önce doğum yapmayı istiyorum.				
27. Doktor ve hemşirelerin doğum sırasındaki sorunlarımla ilgilenmemesinden korkuyorum.				
28. Annemle problemlerim hakkında rahatlıkla konuşabiliyorum.				
29. İyi bir anne olup olamayacağım konusunda kuşularım 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 duyduğunda 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 sıktığını 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 ıknabilirim.				
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 olayları aklımdan geçiriyor.				
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 olduğumu düşünüyorum.				
73. Bebeğimi şimdiden sevmeye başladığım.				
74. Bu hamilelik benim için doyum verici.				
75. İyi bir anne olacağıma inanıyorum.				
76. Şuan hamile olmaktan üzüntü duyuyorum.				
77. Hamileliğin hoş olmayan bir çok yönü var.				
78. Bebeğimle olmaktan hoşlanacağımı hissediyorum.				
79. Hamile olduğum için mutluyum.				

Ek 3: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1-GİRİŞ (KENDİNİ TANITMA-AMAÇ BELİRTME)

Merhaba, Ben Nedime Gül Doğan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım.

Riskli gebelik yaşayan annelerin, gebelik ve annelikle ilgili düşünce ve duygularını bizzat sizden öğrenerek bu konu ile ilgilenen eğitimcilere, meslektaşlarıma ve diğer sağlık çalışanlarına daha duyarlı ve etkili bir bakım sunmaları konusunda katkı sağlamayı amaçlıyorum. Bu durumun gebelik yaşantınızı ve anneliğe ilişkin uyumunuzu nasıl etkilediğini öğrenmek istiyorum.

Görüşmemiz tahminen 30-60 dakikanızı alacaktır. Görüşme esnasında izniniz olursa görüşmemizin kesilmemesi için ses kayıt cihazı kullanmak istiyorum. Bu şekilde söylediklerinizi yazarken vakit kaybetmemiş olacağım. Çünkü her söylediğiniz kelime çok değerli ve söyledikleriniz ile birlikte nerede duygu yoğunluğu yaşıyorsunuz bunu unutmak istemiyorum. Bu görüşme sırasında söyleyeceğiniz her şey sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve araştırma sonuçları yazılırken kişisel bilgileriniz gizli kalacaktır.

Ancak bu çalışmanın sonucunda elde ettiğimiz bilgiler verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Verdiğiniz bilgiler diğer katılımcıların verdiği bilgilerle birlikte değerlendirilecektir. Ayrıca bu yöntem bilgileri daha ayrıntılı ve doğru bir şekilde yansıtmama olanak verecektir. Bunun sizin açınızdan bir sakıncası var mıdır? İzin vermediğinizde bunu not olarak belirteceğim ve kayıt cihazı kullanmayacağım.

Araştırmaya katılım bütünüyle gönüllü olmanıza bağlıdır. Araştırmaya devam etmek istemezseniz istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir.

Bu araştırmada yer aldığınız için teşekkür ederim. Görüşmeye başlamadan önce sormak istediğiniz bir soru varsa bunu yanıtlarım. İzin verirsiniz görüşmeyi başlatmak istiyorum.

2.-GÖRÜŞME SORULARI

1. Anne adayı olmak nasıl bir deneyim? Biraz anlatır mısınız?

- Pozitif/olumlu deneyimleriniz nelerdir?

- Negatif/olumsuz deneyimleriniz nelerdir?
2. Anne olmaya ilişkin neler hayal ettiniz?
 3. Şu anda perinatoloji servisinde ve..... tanısıyla, gündür bulunuyorsunuz,
 - Bu tanıyı ilk duyduğunuz anda neler hissettiğinizi paylaşır mısınız?
 - Bu tanı nedeniyle hastanede olmak sizin için nasıl bir durumdur?
 4. Hastaneye yatmak bebeğiniz ve kendi sağlığınıza ilişkin düşüncelerinizi nasıl etkiledi?
 - Gebeliğiniz boyunca bir sorunla karşılaşacağınız aklınıza gelmiş miydi?
 5. (Riskli gebelik) tanısı almak, gebeliğe uyumunuzu nasıl etkiledi?
 - (Riskli gebelik) tanısı almak anne olmaya ilişkin hayalleriniz/beklentilerinizde nasıl değişimlere neden oldu?
 - Bu durumda karşılaşılan güçlükler ve kolaylaştıran faktörler sizce nelerdir?
 - Bu değişimlerle baş etme yöntemleriniz nelerdir?
 6. (Riskli gebelik) tanısı almak, anne olmaya yönelik duygularınızı nasıl etkiledi?
 - Bu tanıyı aldıktan sonra hastanede yatmak günlük yaşamınızı/ alışkanlıklarınızı/ ev ve iş hayatınızı nasıl değiştirdi?
 - Bu tanıyı aldıktan sonra en çok neye/kime ihtiyaç duyduunuz?
 - Bu dönemde aile üyelerinden nasıl bir destek aldınız?
 - Bu dönemde sağlık profesyonellerinden nasıl bir destek aldınız?
 7. Bu süreçte gebelik ve anneliğe yeniden uyumunuzu neler etkiledi? Etkileyen (olumlu ya da olumsuz) en önemli şey neydi?
 8. Gebeliğe uyumunuzda yakınlarınızın/arkadaşlarınızın/hemşirelerin katkısı oldu mu?
 - Eşinizin/ partnerinizin yaklaşımı ve sizin ailenizin / eşinizin ailesinin nasıl bir katkısı oldu?
 - Hemşirenizin gebeliğinize uyumunuza yönelik katkıları nelerdir?
 - Diğer sağlık profesyonellerinin (ebe/ doktor) gebeliğinize uyumunuza yönelik katkıları nelerdir?
 - Gebeliğinize uyumunuzu kolaylaştırma konusunda hemşirenizden başka neler yapmasını beklediniz?
 9. Bu durumda olan diğer hamilelere önerileriniz neler olabilir?

2.1-KAPANIŞ

Size bu içten paylaşımınız için çok teşekkür ederim. Sizin için zor olduğunu tahmin edebiliyorum buna rağmen duygu ve düşüncelerinizi benimle paylaştınız. Benim bu çalışmaya ilişkin sormak istediğim sorular bu kadar. Ama görüşme boyunca bu konuda atladığım veya sizin benimle paylaşmak istediğiniz ya da eklemek istediğiniz başka bir konu varsa dinlemeye hazırım. Gerekli olması durumunda sizinle tekrar görüşebilir miyiz? Tekrar katkı ve katılımınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Araş. Gör. Nedime Gül DOĞAN

Ek 4: Etik Kurul Onay Formu



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/701

10.02.2017

Sayın Prof.Dr.Özen KULAKAÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Riskli Gebeliklerde Kadının Gebelik ve Anneliğe Uyumunun Değerlendirilmesi başlıklı OMÜ KAİK 2017/37 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 09.02.2017 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 5: Kurum İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAMSUN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - SAMSUN KHGBS İDARI HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
13/05/2017 17:09 - 54103609 - 604.02 - E.8082
00045333887



Sayı : 54103609-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Arş. Gör.
Nedime GÜLDOĞAN)

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı)

İlgi : 20/02/2017 tarihli ve 48669339-4431 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik bölümü Kadın Sağlığı Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalında görev yapan Araş. Gör. Nedime GÜLDOĞAN'ın "Riskli Gebeliklerde Kadının Gebelik ve Anneliğe Uyumunun Değerlendirilmesi" isimli çalışması, 02.05.2017 tarih ve 2017/9 sayılı Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulunca (TUEK) uygun görülmüş olup, "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" imzalanarak, TUEK'de alınan karar örneğiyle birlikte yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. S. Sırrı KILIÇ
Genel Sekreter

EK:

- 1- Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) Kararı (1 sayfa)
- 2- Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü (1 sayfa)

Güvenli Elektronik İmzalı

Aslı ile Aynıdır
13.05.2017

Adem KAYA

VHKI

Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği/ Araştırma ve Geliştirme
(Ar-Ge) Merkezi Adalet Mahallesi
100.Yıl Bulvarı No:232 İlkadım/SAMSUN
(0362) 311 2500 (1428)
Faks No:0(362) 311 25 28

Bilgi için:KURŞAT YURDAKOŞ

Unvan:UZMAN

Telefon No:0362 311 25 00/1428

e-Posta:kursat.yurdakos@saglik.gov.tr İnt.Adresi: -

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 58238e64-fce9-4cb3-8c31-02b1525a00fd kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T. C.
Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu

Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Kararları	Oturum Tarihi	Oturum sayısı
	02.05.2017	2017/ 9

Karar sayısı: 58

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik bölümü Kadın Sağlığı Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalında görev yapan Araş. Gör. Nedime GÜLDOĞAN "Riskli Gebeliklerde Kadının Gebelik ve Anneliğe Uyumunun Değerlendirilmesi" konulu çalışmasının araştırma usul ve ilkelerine uygunluğu Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu tarafından değerlendirilmiş olup, uygun görülmüştür.

TUEK ÜYELERİ	
Doç. Dr. Fatih ÖZKAN (Başkan)	İMZA
Doç. Dr. Mehmet Derya DEMİRAG (Eğitim Koordinatörü)	İMZA
Doç. Dr. Mustafa Kemal ATILLA	İMZA
Doç. Dr. Zahide DOĞANAY	İMZA
Doç. Dr. Yasemin KEMAL	İMZA
Doç. Dr. Mahir İÇDE	İMZA
Doç. Dr. Elif ÇOLAK	İMZA

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 58238e64-fce9-4cb3-8c31-02b1525a00fd kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**SAMSUN İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ**

Taraflar:

Bu protokol Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Hemşirelik Bölümü Kadın Sağlığı Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Araş. Gör. Nedime GÜLDOĞAN arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın Gerçekleştirileceği Yer (Kurum/Kuruluşlar),
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Çalışmanın Adı: "Riskli Gebeliklerde Kadının Gebelik ve Anneliğe Uyumunun Değerlendirilmesi"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Araş. Gör. Nedime GÜLDOĞAN, Prof. Dr. Özen KULAKAÇ

Protokolün Hükümleri

- a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde Samsun İli Kamu Hastaneler Birliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak bilimsel çalışmaları kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- b) Yapılacak bilimsel çalışmalar veri toplama aşamasında iken hastanelerdeki uygulanabilirliği Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği tarafından takip edilecektir.
- c) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- d) Veri toplama sırasında Kamu Hastaneler Birliği Personelinin veri çalışmalarına katılması tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- e) Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası dosya halinde Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine teslim edilecektir.
- f) Çalışmayı yapacak olan kişi/kişiler c) maddesini yerine getirmede takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- g) Çalışma sürecinde her tür ilaç uygulaması veya girişimsel işlem yapılacak ise ya hastanın kendisi ya da yasal vasisinden ve etik kuruldan onay alınacaktır.
- h) Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin ihtiyaç halinde çalışmaya dâhil edilmesi durumunda Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği bilgilendirilecektir.

Protokolün süresi:

- a) **Başlangıç Tarihi** Mart 2017 **Bitiş Tarihi** Temmuz 2017
- b) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokelde imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğince; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde yasal işlemler başlatılacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Samsun ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve ceza müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

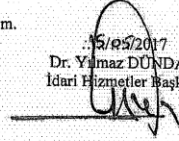
15./05/2017

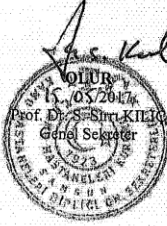
Araş. Gör. Nedime GÜLDOĞAN
OMÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı



15./05/2017

Dr. Yılmaz DÜNDAR
İdari Hizmetler Başkanı





Ek 6: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

Gelen Kutusu x



Kerime Derya Beydağ <derya.beydag@okan.edu.tr>

4 Oca ☆



Alıcı: bana ▾



Bu e-postada, açıldığında bilgisayarınızda doğrulanmamış komut dosyalarının çalıştırılmasına izin veren bir ek var. Dikkatli olun. [Daha fazla bilgi](#)

Merhaba Nedime,

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'ni çalışmada kullanmandan mutluluk duyarım. Ekte Ölçeğin Türkçe formunu, Atatürk Üniversitesi'nin dergisinde yayınlanan makaleyi (bu makalede alt ölçekler ve soruları ile ilgili bilgi var) birde iki yabancı kaynağı ekte gönderiyorum. Çalışmanın her aşamasında yardıma ihtiyaç duyarsan benimle iletişime geçebilirsin. Çalışmada başarılar dilerim.

Sevgilerimle



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Nedime Gül DOĞAN

Doğum Yeri: İZMİR/ Konak

Doğum Tarihi: 20.03.1991

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu: Vali Vecdi Gönül Lisesi, (2005-2009),
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, (2009-2014).

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

-İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi-
Acil Servis Hemşiresi(2015-2016),
-Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği-Araştırma Görevlisi, (2016-Halen).

E-posta: nedime.dogan@gmail.com

