T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

BİRİNCİ BASAMAKTA İZLENEN GEBELERİN RİSK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER, YAŞAM KALİTESİ VE RİSK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Cem ATEŞ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Cahit ÖZER

HATAY-2025

T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

BİRİNCİ BASAMAKTA İZLENEN GEBELERİN RİSK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER, YAŞAM KALİTESİ VE RİSK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Cem ATEŞ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Cahit ÖZER

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAKTA İZLENEN GEBELERİN RİSK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER, YAŞAM KALİTESİ VE RİSK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Cem ATEŞ

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza)…….
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının "Tıpta Uzmanlık" derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza)…….
……..
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza)……
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. ……

2. …….

3. …….

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER iii
IV. TABLOLAR LİSTESİ v
V. KISALTMALAR LİSTESİ vi
VI. TEŞEKKÜR vii
VII. ÖZET viii
VIII. ABSTRACT ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Gebelik 4
2.1.1. Gebeliğin Tanımı 4
2.1.2. Gebelikte Görülen Değişiklikler 4
2.2. Riskli Gebelik 6
2.2.1. Riskli Gebelik Tanımı 6
2.2.2. Dünyada ve Türkiye'de Riskli Gebelik Sıklığı 6
2.2.3. Riskli Gebelik Etiyolojisi 8
2.3. Yaşam Kalitesi 10
2.3.1. Yaşam Kalitesi Tanımı 10
2.3.2. Gebelikte Yaşam Kalitesi 11
2.4. Risk ve Risk Algısı 12
2.4.1. Gebelikte Risk Algısı 13
2.4.2. Gebelikte Risk Algısına Etki Eden Faktörler 14
2.4.3. Gebelikte Risk Algısının Sonuçları 15
2.4.4. Gebelikte Risk Algısında Sağlık Profesyonelinin Görevi 16
3. GEREÇ VE YÖNTEM 17
3.1. Araştırmanın Türü ve Yapıldığı Yer 17
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 17
3.3. Araştırma Verilerinin Toplanması 18
3.3.1. Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Anket Formu 18
3.3.2. Gebelikte Yaşam Kalitesi Ölçeği (PREG-QOL) 18
3.3.3. Gebelikte Risk Algısı Ölçeği (GRAÖ) 19

3.4. Araştırmanın Etik Kurul İzni 19
3.5. İstatistiksel Analiz 20
4. BULGULAR 21
5. TARTIŞMA 43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 54
7. KAYNAKLAR 56
8. EKLER 66
Ek-1. Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Anket Formu 66
Ek-2. Gebelikte Yaşam Kalitesi Ölçeği (PREG-QOL) 70
Ek-3. Gebelikte Risk Algısı Ölçeği (GRAÖ) 73
Ek-4. Etik Kurul İzin Yazısı 74
9. ÖZGEÇMİŞ 75

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Gebelikte risk faktörleri (47)..... 9
Tablo 2. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=239)..... 21
Tablo 3. Katılımcıların gebelik özelliklerinin incelenmesi (n=239) 22
Tablo 4. Katılımcıların gebelik risk, tıbbi öykü ve takip durumlarının incelenmesi (n=239)..... 24
Tablo 5. Gebelerin risk durumuna göre tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılması..... 27
Tablo 6. Gebelerin risk durumuna göre gebelik özelliklerinin karşılaştırılması..... 29
Tablo 7. Gebelerin risk durumuna göre tıbbi öykü ve takip özelliklerinin karşılaştırılması 31
Tablo 8. Katılımcıların gebelikte yaşam kalitesi ölçeği (PREG-QOL) puanları (n=239)..... 32
Tablo 9. Gebelerin risk durumuna göre PREG-QOL puanlarının karşılaştırılması .. 33
Tablo 10. Katılımcıların gebelikte risk algısı ölçeği (GRAÖ) puanları (n=239) 33
Tablo 11. Gebelerin risk durumuna göre GRAÖ puanlarının karşılaştırılması 34
Tablo 12. Yaşam kalitesi ölçeği (PREG-QOL) ve gebelikte risk algısı ölçeği (GRAÖ) arasındaki ilişkinin incelenmesi 36
Tablo 13. Yaşam kalitesi ölçeği (PREG-QOL) ve sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi..... 38
Tablo 14. Gebelikte risk algısı ölçeği (GRAÖ) ve sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi..... 40
Tablo 15. Gebelerin riskli gebelik özelliklerine göre GRAÖ puanlarının karşılaştırılması 42

V. KISALTMALAR LİSTESİ

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

BM : Birleşmiş Milletler

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GRAÖ : Gebelikte Risk Algısı Ölçeği

HCG : İnsan Koryonik Gonadotropin

PREG-QOL : Gebelikte Yaşam Kalitesi Ölçeği

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VI. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca aile hekimliği ve toplum sağlığının önemini en güncel standartlarda aktaran, karşılaştığım zorluklarda çözüm odaklı yaklaşımıyla bana her zaman güç veren kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Cahit ÖZER'e;

Hasta-doktor ilişkilerine dair vizyonumuzu tıbbi bilgi ve deneyimleriyle genişleten, literatür bilgisini ve tecrübeyi rasyonel bir şekilde pratiğe dökmemiz için bize rehberlik eden değerli hocam Prof. Dr. Erhan YENGİL'e;

Akademik gelişimimizin yanı sıra insani ve mesleki bağlarımızı da güçlendiren, tıbbi donanımın yanında mesleki etik ve toplumsal değerleri sevgi dolu yüreğiyle bizlere aşılayan örnek hocam Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER'e şükranlarımı sunarım.

Verilerin toplanması sürecindeki katkılarının yanı sıra; yüzyılın en yıkıcı depremini ve pandemisini omuz omuza göğüslediğimiz, bu uzun ve zorlu süreçte kader birliği yaptığım kıymetli meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Beni yetiştirip bugünlere getiren, her sevincime ve hüznüme ortak olan özveri timsali annem ve babama; hayatın tüm zorluklarında sevgisini ve desteğini benden esirgemeyen, diyalektik bakış açısı ile ufkumu açan, en zor günleri birlikte aştığımız fedakâr eşime ve varlığıyla hayatıma anlam katan kızım Likya'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Cem ATEŞ

Hatay, 2025

VII. ÖZET

BİRİNCİ BASAMAKTA İZLENEN GEBELERİN RİSK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER, YAŞAM KALİTESİ VE RİSK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, birinci basamakta izlenen gebelerde risk durumları ile yaşam kalitesi ve risk algısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yürütülen bu araştırmaya Hatay ili İskenderun ilçesine bağlı toplamda dört aile sağlığı merkezinde takip edilen 239 gebe dahil edilmiştir. Veriler Sosyodemografik Bilgi Formu, Gebelikte Yaşam Kalitesi Ölçeği (PREG-QOL**)** ve Gebelikte Risk Algısı Ölçeği (GRAÖ) ile toplanmıştır.

Bulgular: Gebelerin %53,1'inin (n=127) gebeliğinin riskli olduğu saptandı. Risk durumunu etkileyen faktörler incelendiğinde; evlilik yaşı ($p<0,001$), ilk gebelik yaşı ($p<0,001$), eğitim durumu ($p<0,001$), eşin eğitim durumu ($p=0,010$), eşin iş durumu ($p=0,029$), gebelik sayısı ($p<0,001$), doğum sayısı ($p<0,001$), sezaryen sayısı ($p<0,001$), ölü doğum yapma ($p=0,039$), düşük sayısı ($p=0,008$), plansız gebelik ($p=0,014$), vitamin ve demir takviyesi alma durumu ($p<0,001$), daha önce riskli gebelik öyküsü ($p<0,001$) ve tıbbi öykülü risk durumuna ($p<0,001$) göre puan farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. Riskli gebeliği olan gebelerin PREG-QOL puanları daha düşük bulundu (alt boyutlar sırasıyla; $p<0,001$, $p=0,033$, $p<0,001$, $p=0,001$). Riskli gebeliği olan gebelerin toplam risk algısı puanı daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Yaşam kalitesi ile risk algısı arasında negatif yönlü bir ilişki saptandı (PREG-QOL tüm alt boyutlar için $p<0,001$).

Sonuç: Çalışmanın sonuçları, riskli gebelik yaşayan kadınların yaşam kalitesinde belirgin bir düşüş ve risk algısında artış olduğunu göstermiştir. Risk durumu genç yaş, düşük eğitim, yüksek parite, obstetrik komplikasyon öyküsü, sezaryen ve yetersiz beslenme desteği gibi faktörlerle ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, riskli gebelik, yaşam kalitesi, risk algısı, birinci basamak hizmetleri

VIII. ABSTRACT

FACTORS AFFECTING THE RISK STATUS OF PREGNANT WOMEN FOLLOWED UP IN PRIMARY CARE, THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE AND RISK PERCEPTION

Aim: The aim of this study is to evaluate the relationship between risk status, quality of life, and risk perception in pregnant women monitored in primary care.

Material and Method: This descriptive, cross-sectional study included 239 pregnant women attending four family health centers in İskenderun, Hatay. Data were collected through face-to-face interviews using the Sociodemographic Information Form, the Pregnancy Quality of Life Scale (PREG-QOL), and the Pregnancy Risk Perception Scale (PRPS).

Results: It was determined that 53.1% (n=127) of the pregnant women had high-risk pregnancies. When the factors affecting the risk status were examined, statistically significant differences in scores were found according to: age at marriage ($p<0.001$), age at first pregnancy ($p<0.001$), education level ($p<0.001$), spouse's education level ($p=0.010$), spouse's employment status ($p=0.029$), number of pregnancies ($p<0.001$), number of births ($p<0.001$), number of cesarean sections ($p<0.001$), stillbirth ($p=0.039$), number of miscarriages ($p=0.008$), unplanned pregnancy ($p=0.014$), vitamin and iron supplementation status ($p<0.001$), history of previous high-risk pregnancies ($p<0.001$), and medical risk history ($p<0.001$). Pregnant women with high-risk pregnancies had lower PREG-QOL scores (sub-factor: $p<0.001$, $p=0.033$, $p<0.001$, $p=0.001$, respectively). They had a higher overall risk perception score ($p<0.001$). A negative correlation was found between quality of life and risk perception ($p<0.001$ for all PREG-QOL sub-factor).

Conclusion: The study results showed that women experiencing high-risk pregnancies had a significant decrease in quality of life and an increase in risk perception. Risk status was associated with factors such as young age, low education, high parity, history of obstetric complications, cesarean section, and inadequate nutritional support.

Key Words: Pregnancy, high-risk pregnancy, quality of life, risk perception, primary care services

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadının hayatında önemli bir dönem olan gebelik süreci karmaşık ve heyecan verici bir dönem olduğu gibi gebe ve fetüs için birçok risk faktörünü de içinde barındıran bir dönemdir (1). Kadın sağlıklı bir bebeğe sahip olmayı düşünürken hem anne hem de fetüsle ilgili bazı risklerle karşılaşılabilmektedir (2). Gebelik, kadın için fizyolojik bir olay olmasına karşın gebede bazı gebelik öncesi var olan ya da gebelik sırasında meydana gelen sorunlar anne ve fetus sağlığını tehlikeye sokarak gebeliği riskli hale getirebilir ve bu süreç gebenin stresli durumlar yaşamasına neden olabilir (3).

Riskli gebelik; "anne ya da fetüsün doğum öncesinde, doğum sırasında veya sonrasında artmış morbidite ve mortalite riski taşıması" şeklinde tanımlanabilir (4). Riskli gebelikler, gebelik süresince anneyi fiziksel ve psikolojik olarak, fetüsü fiziksel olarak, aileyi, sosyal, ekonomik ve psikolojik olarak olumsuz etkiler (5-7). Gebeliği riskli hale getiren etmenler arasında kadın da gebelik öncesinde var olan kronik bir hastalık ve sürekli ilaç kullanımı (kardiyovasküler hastalıklar, endokrin bozuklukları vb.), gebelikte meydana çıkan; gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi, eklampsi, tiroide bağlı bozukluklar, gestasyonel diabetes mellitus, plasenta ile ilgili, amniyon kesesi veya umblikal kord ile ilgili anomaliler, intrauterin gelişme geriliği, preterm/posterm eylem gibi birçok durum vardır (8). Gebelikte ortaya çıkan bu riskli durumlar maternal ve fetal sağlığı tehdit ederek diğer yaşamsal stres yükünü etkilemekte aynı zamanda gebeliğin daha da karmaşık bir hale gelmesine neden olmaktadır.

Dünya genelinde tüm gebeliklerin %5-20'sinde maternal veya fetal sağlığı olumsuz etkileyen riskli bir durumla karşılaşılmaktadır (8). Ülkemizde riskli gebelik tanısı alanların zaman içerisindeki değişimini incelerken dikkat çeken bir husus 2013 yılında %31,1'e düşmüş olan riskli gebelik tanısı alanların oranının 2018 yılında %35'e çıkarak artış göstermiş olmasıdır (9). Günümüzdeki teknolojik gelişmeler ve kaliteli doğum öncesi bakım hizmetlerinin artmasına rağmen riskli gebeliklerin oranında azalma olmamış aksine artış meydana gelmiştir.

Gebelikteki riskli durumlar gebelerin risk algılarını etkilemektedir. Risk algısı, bir riskin olasılığı ve potansiyel zararları hakkında insanların sahip olduğu subjektif yargıdır (7,10). Risk algısı bireylerin sağlık davranışları, kültürel değerleri, inançları ve tutumlardan etkilenmektedir. Risk algısı, bireyden bireye farklılık gösterir ve hayatın birçok evresinde sağlık davranışlarını etkiler. Bireyler, bir sağlık sorununun kendilerine ciddi düzeyde zarar vereceğine yönelik düşünceye sahip olduklarında bu riski azaltmak için harekete geçerler ve karşılaşacakları zararları azaltmaya çalışırlar (11). Özellikle gebeler, kendi sağlıklarını ve fetüsün sağlığını korumak için bazı koruyucu davranışlarda bulunurlar. Ancak bilinçsizce yapılacak bazı davranışlar hem kendileri hem de fetüs için olumsuz sonuçlara yol açabilir (7,12). Risk algısının artmasına neden olan durum ve koşullar her kadın için farklıdır; bu nedenle bütün gebelikler için dikkatli bir şekilde risk değerlendirmesi yapmak ve kişiye özel bakım sunmak gereklidir (13). Downe ve ark. çalışmasında sağlık profesyonellerinin gösterdiği tutum ve davranışın gebeler açısından önem taşıdığını bildirmişlerdir (14).

Gebelikte ortaya çıkan bedensel, fizyolojik, biyokimyasal ve psikolojik değişikler, bu değişiklerden kaynaklı oluşan yakınmalar ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki vardır. Gebe yeterince bu dönemde ortaya çıkan değişimlere uyum sağlayamazsa yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilir (15,16). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini "hedefleri, beklentileri ve standartları ile bağlantılı olarak kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlamıştır (17). Gebelerde yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda, gebelerin fiziksel ve duygusal değişimlerinin yaşam kalitesinin birçok alanında azalmaya neden olduğu bildirilmiştir (15,18,19). Sağlık profesyonelleri gebe kadına bakım sağlarken, gebeliğe uyum aşamasında oluşan fiziksel yakınmaları başarılı bir şekilde yönetebilmeleri ve bunu sürdürmeleri esnasında onlara katkı sağlayıp yaşam kalitesini artırabilirler (20).

Birinci basamakta gebe takibi, hamile kadının ve büyüyen fetüsün durumunu kontrol etmek için belirli periyotlarda aile hekimi ile gerçekleştirilen düzenli görüşmeler serisidir. Gebelik takip prosedürünün amacı hem annenin hem de fetüsün sağlıklı olduğundan emin olmaktır. Her izlemde hayati bilgiler dahil olmak üzere gebenin sağlığı ile fetüsün sağlığı, tahmini boyutu, konumu ve kalp atışı

değerlendirilerek kayıt altına alınmaktadır. Taramalar ve gerekli yönlendirmeler ile erken teşhis ve tedavi sağlanarak anne ve bebeğin mortalite ve morbiditesinin azaltılması amaçlanmaktadır.

Literatürde birinci basamakta gebelerde risk durumunu etkileyen faktörler, yaşam kalitesi ve risk algısı ilişkisinin bir arada değerlendirildiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, birinci basamakta izlenen gebelerde risk durumları ile yaşam kalitesi ve risk algısı arasındaki ilişkinin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Elde edilecek bulguların, literatüre anlamlı ve özgün katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

2.1.1. Gebeliğin Tanımı

Gebelik, dişi üreme sistemindeki yumurtanın, erkek üreme hücresi olan sperm ile döllenmesi sonucu başlayan ve döllenmiş yumurtanın (zigot) uterus içerisine yerleşmesiyle devam eden biyolojik süreçtir (21). Gebelik süreci boyunca zigot, mitoz bölünmeler geçirerek hücre sayısını artırarak embriyo aşamasına geçer ve daha sonrasında fetüs haline dönüşür. İnsanlarda gebelik ortalama 40 hafta sürmekte olup, üç trimester (dönem) halinde sınıflandırılmaktadır. Bu dönemler, fetüsün gelişim aşamaları ile anne adayındaki fizyolojik ve hormonal değişiklikler doğrultusunda ayrılmakta olup, gebelik ve doğum süreci için gerekli hazırlıkların yapılmasına olanak sağlar (21,22).

2.1.2. Gebelikte Görülen Değişiklikler

İlk trimesterde gebede görülen değişikliklerin büyük çoğunluğu sindirim sisteminde yaşanmaktadır. İnsan Koryonik Gonadotropin (HCG) hormon düzeyindeki artış, karbonhidrat metabolizmasında meydana gelen değişiklikler ve tat, koku duyularındaki duyarlılığın artışı ile bulantı kusma sık görülmektedir. İlk trimesterde gebelerde bulantı ve kusma %4,16-%66,1 oranında görülmektedir (23). Bu dönemde tükürük salgısı artış gösterir; burun, farenks, larenks ve ağızda östrojenin etkisiyle vaskülarizasyon artışı olur. Bu durum gebede sekresyon fazlalığı, burun kanamalarıyla sonuçlanır (24). Gebeliğin erken dönemlerinde östrojen ve progesteron hormonlarının etkisiyle memelerde dolgunluk ve hassasiyet hissi yaşanabilmektedir (25). İlk trimesterde gebeler memelerde hassasiyet yakınmasını %6,94-%72,8 oranında belirtmiştir (23). Östrojen hormonu yüksekliğiyle ilk trimesterde vajinal mukozada kalınlaşma ve sekresyon artışı görülmektedir (24). Uterustaki farklılaşmış mekanik bası ve östrojen hormonu ile mesane etkilenir. Sonuçta gebeliğin erken dönemlerinde

sık idrara çıkma görülür (21). Gebelik hormon düzeylerindeki farklılaşma ile kadınlarda palmar eritem görülebilmektedir (26).

İkinci ve üçüncü trimesterde uterus hızlıca büyümeye başlar. Bu durumda pelvik venlere olan bası artar, alt ekstremitelerde kan dolaşımının düşmesine sebep olur. Bu yüzden gebede bacaklarda varis ve ödem görülür (21). Gebe kadınlarda varikoz venlerin ortaya çıkma sıklığı %17- %66,7 olarak bulunmuştur (27). Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde uzun süreli sırt üstü yatışlarda uterusun venlere yaptığı bası sonucu kalbe doğru kan akımı azalır. Bu uzun süreli yatışla gebede bilinç bulanıklığı veya bayılma yaşanabilir. Bu yüzden uzun süren sırt üstü yatışlardan kaçınılmalı vena kava inferiora yapılan basıyı azaltmak için sol yan yatılmalıdır (28). Progesteron seviyesi ve uterus basısı sindirim sisteminde peristaltik hareketin azalmasına neden olur. Bu durum gebede konstipasyon ve hemoroid ile sonuçlanır (21). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, konstipasyon yakınması olan gebe prevalansı %13-%38 aralığında tespit edilmiştir (29). İkinci trimesterden sonra gebelerde bulantı ve kusmanın da azalmasıyla iştahta artma gözlenebilir. Gebede hormon seviyesindeki farklılaşma kaslar üzerinde gevşetici etki oluşturur. Bu gevşetici etki özefagus sfinkterin tonusunun düşmesiyle mide muhtevasının geri özefagusa kaçmasına sebep olur. Bu durum gebede reflü ve pyrosisle sonuçlanır (25). İlk trimesterde görülen sık idrara çıkma ikinci trimesterde uterusun abdomene doğru hareketiyle azalırken üçüncü trimesterde fetüsün yerleşmeye başlamasıyla tekrar artar (25). Son trimesterde gebelerde omurga, pelvis kemik ve bağ dokularında gevşemelerle beraber lordoz görülebilir. Bu durum gebede bel ve sırt ağrılarıyla sonuçlanır (30). Uterus büyümeye başladıkça diyaframa yaptığı bası şiddetlenir ve gebenin nefes alışverişi güçleşir (28). İlerleyen gebelikle beraber fetüsün hareketlerindeki artış, gebede sık idrara çıkma, kramplar, sırt ağrısı, mide yanması gibi yakınmalar gebenin uyku kalitesine ve düzenine etki etmektedir (31).

Gebelik kadın vücudunda görülen fizyolojik değişimlerin yanında psikolojik değişimlerin de yaşandığı anneliğe hazırlık sürecidir. Kadının gebeliği algılayışı bireyseldir. Bazı gebeler bu dönemi karmaşık duyguların yaşandığı bir süreç olarak tanımlarken bazı gebeler ise heyecan verici bir dönem olarak tanımlamaktadır. Gebelik boyunca kadınların yaşadığı psikolojik değişiklikler bireysel olduğu gibi trimesterlere

göre de farklılık göstermektedir (25). Gebelikte yaşanan mide bulantısı, yorgunluk ve halsizlik gibi gebeliğin olağan rahatsızlıklarının yanı sıra aile, sosyal ve mesleki hayattaki değişiklikler, doğuma ve anne olmaya hazır olmama endişesi de gebede ambivalan duyguların yaşanmasına neden olur (32,33). Bazı gebeler, ruhsal problemlerle kolayca başa çıkabilirken, bazı gebelerde ise hafif, orta ve ağır düzeyde ruh sağlığı sorunları görülebilir (34).

2.2. Riskli Gebelik

2.2.1. Riskli Gebelik Tanımı

Prenatal, natal veya postnatal süreçte meydana gelen obstetrik veya tıbbi komplikasyonlardan kaynaklı annenin, bebeğin ya da ikisinin birlikte hayatının riske girmesi durumda gebelik riskli olarak tanımlanır (35). Normal fizyolojik sürecin devam ettiği herhangi bir komplikasyon görülmediği tüm gebelikler düşük riskli gebelik olarak tanımlanırken anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyen ve sık takip gerektiren durumların laboratuvar testleri ve tanı ile saptandığı gebelikler ise riskli gebelikler olarak adlandırılmaktadır (36).

Gebeliğin normal fizyolojik süreci dışında görülebilen riskli durumlar, anne ve fetüs sağlığını olumsuz etkiler ve beklenmedik gelişmelere neden olabilir (25). Bu riskli durumların sağlık personeli tarafından erken tanınması ve önlem alınması gerekir. Böylece maternal ve fetal morbidite ve mortalite oranları azaltılarak toplumda anne ve çocuk sağlığının yükseltilmesi sağlanabilir (37).

2.2.2. Dünyada ve Türkiye'de Riskli Gebelik Sıklığı

Genel olarak gebe ve bebek sağlığı tüm toplumlarda sağlık yönünden risk grubundadır (38). Kadınlar ve bebekler ile ilgili elde edilen veriler dünya genelinde ülkelerin gelişmişlik seviyesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesiyle ilişkilendirilmiştir (32). Birden fazla düşük ve orta gelire sahip ülke, anne ve bebek ölümlerini önlemeye yönelik sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşamamıştır (39). Gelişmekte olan ülkelerde ise doğumların birçoğu hastanelerde veya kliniklerde gerçekleşmekte olup,

sağlıkta sürdürülebilir kalkınma hedefine ulaşmak amacıyla anne ve yenidoğan bakımı küresel bir sağlık zorunluluğu haline getirilmektedir (40). Anne ölümü, doğrudan gebelik veya doğumda meydana gelen komplikasyonlara bağlı ölümlerdir. Birlemiş Milletler (BM)'in kurumlar arasında tahminlerine göre, 2000'den 2020'ye kadar olan süreçte küresel anne ölüm oranının, %34 azalarak 100.000 canlı doğumda 339 ölümden 223 ölüme gerilediği ortaya koyulmuştur. Bu elde edilen veri yıllık ortalama %2,1'lik bir azalmayı göstermektedir (41). Dünya genelinde tüm gebeliklerin %5-%20'sinde maternal/fetal sağlığı olumsuz yönde etkileyen riskli bir durumla karşılaşılmaktadır (8). DSÖ 2020 yılı içerisinde her gün yaklaşık 800 kadının gebelik ve doğumla ilişkili önlenebilir sebeplerden dolayı hayatını kaybettiğini açıklamıştır (41). Kadınlar ve bebeklere ilişkin en riskli dönem olan doğum ve doğum sonu süreçte, çoğu önlenebilir nedenlerden olmak üzere, her yıl yaklaşık 2,8 milyon anne ve bebek ölümü meydana gelmektedir (41).

Türkiye'de riskli gebeliklerin sayısı oransal olarak azalış eğiliminde olsa da hala her üç gebelikten birisi riskli gebelik tanısı almaktadır (42). Ülkemizde risk tanısı alan gebeliklerin %31,1'inde, doğumların ise %60,5'inde risk kategorisi bulunduğu bildirilmiştir (8). Arslan ve ark. yaptıkları araştırmada; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 yılı verilerini riskli gebelikler açısından incelemiş ve farklı riskli gebelik tanısı alan kadınların zaman içerisinde farklı yönlerde arttığı ya da azaldığı bildirilmiştir. Örneğin adölesan gebelikler ve iki doğum aralığının kısa olduğu gebeliklerin oranı zaman içerisinde azalma gösterirken; ileri yaş gebeliklerin oranı ise artmıştır (32).

Riskli Gebeliklerin Önlenmesi Programı kapsamında ülkemizde anne ölümlerine neden olan yüksek riskli durumların takibi ve yönetilmesinde kaliteli, güvenilir, nitelikli hizmet verilmesi ve uygulanmasının sağlanması hedefiyle "Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi" oluşturulmuştur (43). Ülkemizde son yıllarda anne ölümlerine bakıldığında doğum öncesi verilen hizmet kalitesinin artırılması ile yakalanan düşme eğilimi dünyada anne ölümlerinde düşüş sağlayan ülkelerden biri olmamızı sağlamıştır. Teknolojinin de ilerlemesi ile yıllar içinde artan gelişmişlik düzeyi ve izlenen sağlık politikalarının etkisiyle anne ve bebek ölümlerinde önemli sayıda azalmalar yaşanmıştır (44). Yeterli düzeyde doğum öncesi bakım almak gebelik

sürecinde komplikasyonları azaltarak sağlıklı bir bebeğin doğmasında önem arz etmektedir (45).

2.2.3. Riskli Gebelik Etiyolojisi

Gebeliği riskli hale getiren birçok faktör bulunmaktadır (46). Bu risk faktörleri; mevcut gebeliğe ait veya önceki gebeliğe ait risk faktörleri olabileceği gibi gebelikten önce var olan risk faktörleri ve sosyal risk faktörleri de olabilir. Mevcut gebelik sürecinde ortaya çıkan risk faktörleri; vajinal kanama, oligohidramnios, polihidramnios, şiddetli anemi, üriner enfeksiyon, çoğul gebelik, hiperemezis gravidarum, proteinüri, hipertansiyon, preeklampsi ve eklampsi, enfeksiyonlar, varis, venöz tromboemboli, plasenta anomalileri, servikal yetmezlik, erken membran rüptürü, preterm eylem, intrauterin gelişme geriliği, anomalili fetüs, Rh uygunsuzluğu, pelvik kitle ve uterin malformasyonlar, yardımcı üreme tekniği ile oluşan gebelik, vücut kitle indeksinin normal sınırların altında veya üstünde olması, eğitimsizlik, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, sağlık hizmetlerden yeterince faydalanamama gibi durumlardır (47). Önceki gebeliğe ait risk faktörleri ise; gebelik sayısı, doğum sayısı, abortus sayısı, ölü veya erken doğum hikayesi, abdominal cerrahi operasyon öyküsü, çok sayıda doğum öyküsü gibi faktörleridir (48). Gebelikten önce var olan risk faktörleri; kronik hipertansiyon, kardiyolojik hastalıklar, nörolojik hastalıklar, solunum sitemi hastalıkları, diyabet, hematolojik hastalıklar, venöz tromboemboli, romatolojik hastalıklar, renal hastalıklar, kalıtsal hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, Rh uyuşmazlığı, anne yaşı gibi faktörlerdir (49,50). Sosyal risk faktörleri olarak annenin genç veya ileri yaşta olması, ilaç, sigara veya alkol kullanımı, doğum öncesi bakım hizmeti alamama, gerekli tedavileri reddetme gibi faktörler sayılabilir (48). Herhangi bir risk faktörü taşımayan gebelerde bile gebelik normal başlayıp, ilerleyen süreçlerde erken membran rüptürü ya da gebeliğe bağlı gelişen hipertansiyon gibi risk faktörleri ortaya çıkabilir (32,51).

Riskli gebeliklerin bir sorun olmadan sonuçlanabilmesi, müdahalelerin zamanında ve uygun bir şekilde yapılabilmesi için, risklerin erken dönemde tanımlanabilmeleri oldukça önemlidir. Ülkemizde risk faktörü taşıyan gebelerin izlemlerine önem verilmekte ve her gebe risk açısından değerlendirilmektedir. Sağlık Bakanlığı 2017 yılında "Doğum Öncesi Bakım ve Yönetim Rehberi'nde revizyon

yapmış, anne ve yenidoğan sağlığına yönelik, hedeflenen kaliteli bakım ve hizmetlerin niteliğini artırmıştır (47). Günümüzde gebelerin klinik izlemlerinin yanı sıra, ev ziyaretleri ve mobil uygulamalar ile izlem süreci desteklenmektedir (38). Gebelerde risk değerlendirmesi yapılırken Sağlık Bakanlığı'nın risk değerlendirme formu ile gebenin tıbbi, obstetrik ve gebelik öyküsü alınarak risk saptaması yapılmaktadır (52). Sağlık Bakanlığı'nın "Doğum Öncesi Bakım ve Yönetim Rehberi" doğrultusunda gebelikte risk faktörlerinin değerlendirilmesi risk değerlendirme formunda yer alan kriterlere göre yapılmaktadır. Risk değerlendirme formu, obstetrik öykü, mevcut gebeliğin değerlendirilmesi ve genel tıbbi öykünün sorgulandığı üç bölümden oluşmaktadır (47). Gebelikte risk faktörleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Yapılacak değerlendirmelerin sonucunda tabloda belirtilen kriterlerin en az birine 'evet' cevabı verildiğinde gebenin bir doğum uzmanı olan bir sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi ve izlenmesi gerekmektedir.

Tablo 1. Gebelikte risk faktörleri (47)

Tıbbi öykü yönüyle risk faktörleri	Obstetrik öykü yönüyle risk faktörleri	Mevcut gebelik yönüyle risk faktörleri
• Kardiyovasküler Hastalıklar → Konjenital Kalp Hastalıkları → Aritmi → Kardiyomiyopati → Akut Romatizmal Ateş vb. • Jinekolojik Hastalıklar → Myom → Uterin Malformasyon → Pelvik Kitle vb. • Diyabetes Mellitus • Endokrin Hastalıklar → Hipotiroidizm → Hipertiroidizm → Hiperlipidemi → Guatr vb. • Epilepsi • Nörolojik ve Serebrovasküler Hastalıklar → Anevrizma → Multipl Skleroz → Epilepsi vb. • Psikiyatrik Hastalıklar	• Geçirilmiş uterin operasyon → Myomektomi → Sezaryen → Septum Rezeksiyonu → Metroplasti vb. • 3 ve üzeri tekrarlayan düşük • Doğum ağırlığı 2500gr'dan daha düşük olma (Mikrozomik bebek) • 4000 gr'dan daha ağır doğan bebek • Ölü doğum durumu • Preeklampsi ve Eklampsi • Erken doğum • Postmaturite (doğumun geç olması) • Anomalili bebek • Ektopik gebelik • Rh uygunsuzluğu • Antepartum kanama • Müdahaleli ve zor doğum eylemi • Plasenta Previa • Plasenta Dekolmanı	• Yaş (adölesan ve ileri yaş gebelikler) • Çoğul gebelik • 2 yıldan sık gebelik • 5 ve daha fazla doğum • Gestasyonel diyabet • Varis • Oligohidramnios ve Polihidramnios • Servikal yetmezlik • Vajinal kanama • Cerrahi müdahale • Hiperemezis Gravidarum • Preterm eylem • Gebelikte travma • Şiddetli enfeksiyon • Ciddi Anemi: Hb<7 gr/dL • Erken Membran Rüptürü • Vücut Kütle İndeksi >30kg/m^2 • Vücut Kütle İndeksi <18kg/m_2 • İnfertilite tedavisi sonrası gebelik • Anormal HPV • Tekrarlayan sistit

→ Depresyon → Şizofreni vb. • Kronik Hipertansiyon • Solunum Sistemi Hastalıkları → Astım → KOAH vb. • Renal Hastalıklar → Pyelonefrit → Nefrotik Sendrom → KBY vb. • Hematolojik Hastalıklar → Koagülasyon Bozukluğu → Talasemi → Orak Hücreli Anemi vb. • Enfeksiyon Hastalıkları → Sıtma → Tüberküloz → HBV, HİV, HCV vb. • Romatolojik Hastalıklar → Sistemik Lupus → Eritematozus vb. • Venöz Tromboemboli • Neoplazmlar • Kalıtsal hastalıklar, Konjenital hastalıklar, Kas hastalıkları, Metabolik hastalıklar vb. • Ortopedik Rahatsızlıklar Doğuştan kalça çıkıklığı vb. • Akraba Evliliği • Zararlı madde kullanımı (Sigara vb.) • Sosyoekonomik durumu düşük olma	• Postpartum kanama	• İntrauterin gelişme geriliği • Gestasyonel haftası ile uterus büyüklüğünün uygunsuzluğu • 20. haftadan sonra gebenin fetüs hareketlerini hissetmemesi

2.3. Yaşam Kalitesi

2.3.1. Yaşam Kalitesi Tanımı

Son zamanlarda sağlık alanında yaşam kalitesini artırmaya yönelik girişimler artmış ve buna bağlı olarak yaşam kalitesini tespit etme ve yaşam kalitesi değerlendirilmesi konusu çoğu çalışma için ilgi odağı haline gelmiştir. Hem

sosyolojik hem de tıbbi alanlarda "yaşam kalitesi" kavramının tarihi, uzun zamanlar öncesine kadar dayanmaktadır. İlk felsefecilerden olan Aristoteles, yazdıklarında mutluluğun tabiatını ve iyi bir yaşam için insanlara gerekli olan unsurları ele almıştır. Aristoteles ve takip eden birçok felsefecinin düşüncelerine göre hayatın temel gayesi, yüksek seviyede bir yaşam sürmek ve yaşamın müsaade ettiği en iyi duruma sahip olmaktır. DSÖ'nün 1946'da sağlığı, "Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali" şeklinde tanımlamasıyla birlikte "Yaşam Kalitesi" kavramına olan ilgi giderek artmaya başlamıştır (53).

DSÖ yaşam kalitesini "hedefleri, beklentileri ve standartları ile bağlantılı olarak kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlamıştır (17). Günümüzde hem toplum bilimleri hem de tıp bilimlerinde yaygın olarak kullanılan ve birçok farklı alanı kapsayan "Yaşam Kalitesi" kavramının tanımını tam anlamıyla yapabilmek kolay değildir. Neticede bu tanım, toplumlar ve hatta toplumu oluşturan bireyler arasında bile farklılık gösterebilmektedir (54).

Yaşam kalitesi kavramı objektif ve subjektif boyutlar barındıran çok yönlü bir kavramdır (55). Subjektif boyutunda; kişinin toplumsal ilişkilerinden aldığı memnuniyet, sağlık durumundan memnuniyeti, mevcut imkanlarının yeterliliği ile ilgili düşüncesi ve mutluluk düzeyi gibi kavramlar üzerinde durulur ve sıklıkla kişinin kendini nasıl hissettiği ve yaşamla ilgili algılarıyla ilgilenmektedir. Objektif boyutunda ise kişinin öğrenim durumu, aylık gelir durumu, sosyal güvencesinin ve mülkünün olup olmaması, yaşadığı evin koşulları, kronik hastalıklarının varlığı gibi maddi, sosyal ve sağlık göstergeleri üzerinde durulurken kişinin günlük yaşamsal faaliyetlerini yerine getirebilmesi ve bundan aldığı doyumla ilgilenmektedir (56,57).

2.3.2. Gebelikte Yaşam Kalitesi

Bir kadının yaşam serüveninde gelişimsel kritik bir evre olarak tanımlanan ve kriz dönemi olarak nitelendirilen gebelik sürecinde; anne adayında birtakım biyolojik, anatomik, fizyolojik ve ruhsal değişiklik yaşanmaktadır (58,59). Gebelerde yaşam kalitesine dair yapılan çalışmalarda, gebelik döneminde yaşanan değişikliklerin

sıklıkla yaşam kalitesi üzerine negatif yönde etkisi olduğu, gebeliğin son dönemlerinde ve hatta lohusalıkta da bedensel işlevsellik ve iyilik algısının hamilelik öncesi döneme göre oldukça azaldığı ifade edilmektedir. Ek olarak gebelik sırasında sık görülen mide bulantısı, kusma, sırt ağrısı gibi fiziksel semptomlar, duygu durumdaki değişiklikler ve yaşanan kısıtlılık durumlarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (15,18,19).

Gebelik sırasında doğru beslenme, prenatal bakım, doğum sonrası bakım ve psikososyal destek, gebelik sürecinin sağlıklı geçmesinde önemli rol oynar. Bu hizmetlerin eksikliği, yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir ve uzun vadede hem anne hem de bebek için çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir. Gebelikte düşük yaşam kalitesi, komplikasyon risklerini artırabilir, doğum öncesi ve sonrası bakımın yetersiz olmasına yol açabilir ve psikolojik sorunlarla ilişkilendirilebilir. Yüksek yaşam kalitesi, gebede stres seviyelerini azaltabilir ve depresyon gibi psikolojik sağlık sorunlarının riskini düşürebilir. Bu durum, doğum sonrası depresyon riskini de azaltabilir. Annenin yaşam kalitesinin artışı, bebeğin doğum ağırlığını ve genel sağlığını olumlu etkileyebilir. Sağlık profesyonelleri gebe kadına bakım sağlarken, gebeliğe uyum aşamasında oluşan fiziksel yakınmaları başarılı bir şekilde yönetebilmeleri ve bunu sürdürmeleri esnasında onlara katkı sağlayıp yaşam kalitesini artırabilirler (20).

2.4. Risk ve Risk Algısı

Risk, bir olayın olumsuz olarak sonuçlanma ihtimali ve zararlı etkenleri taşıma durumu olarak tanımlanmaktadır (7,10). “Gebelik açısından risk”, normal gebelik izleminde oluşabileceğine ihtimal verilen ya da gebelik sürecinde sağlık açısından risk içeren durumların meydana gelme ihtimali olarak tanımlanmaktadır (8). Risk algısı, bir risk ihtimali ve vereceği zararlar hakkında kişinin taşıdığı subjektif yargılar olup, kişiden kişiye değişiklik göstermektedir (7,10). Gebelikte risk algısı trimesterlere göre farklılık göstermektedir. Gebelerin risk algılarında trimesterlere göre farklılık olup olmadığının incelendiği bir çalışmada ikinci trimesterdeki gebelerin kendilerine ve bebeklerine yönelik risk algılarının birinci ve üçüncü trimesterdeki gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (8).

Gebelikte risk algısı, gebelerin risk yorumlarını, risk anlayışını ve riskle ilgili subjektif yargılarını ifade eder. Risk algısının bilişsel ve duygusal olmak üzere iki boyutu vardır. Bilişsel boyut; bireylerin riskleri ne kadar tanıdığı ve anladığıyla ilgilidir. Duygusal boyut ise insanların kendilerinde mevcut olan riskler hakkında ne hissettikleri ve potansiyel bir riskle ilgili olan duygusal durumları ifade eder (60). Lee ve ark.'nın 2019 yılında yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının duruma daha objektif ve medikal açıdan olumlu hizmet sunma odaklı yaklaştığı saptanmıştır. Aynı çalışmada gebeler ve doktorlar arasında risk derecelendirmesinde belirgin farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Gebelerin risk derecelendirilmesinde yüksek düzeyde risk olarak değerlendirdiği bir durumu, doktorların çok daha az riskli olarak değerlendirdiği belirlenmiştir (10).

2.4.1. Gebelikte Risk Algısı

Gebelik, kadında bir takım fizyolojik ve biyolojik değişiklikler oluşturduğundan anne ve bebek açısından başlı başına risk kaynağıdır. Gebelikte risk kavramı, gebelik takibi boyunca anne ve bebeğe yönelik beklenmeyen ancak gerçekleşme potansiyeli taşıyan, istenmeyen durumların meydana gelme ihtimali olarak tanımlanmaktadır (7). Risk algısı, koruma motivasyon teorisi, mantıklı eylem teorisi, sağlık inanç modeli, sağlık davranışına yönelik farklı birçok teoriye göre temellendirilmiştir. Bu teorilerin ortak noktası; bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili bilgileri algılama şekilleri ve bunlara verdikleri tepkilerin değerlendirilmesini içerir (61).

Gebenin riskli gebelik tanısı almasının, gebelerin risk algısını arttırdığı belirlenmiştir. Riskin doğru bir şekilde algılanması bireyin sağlık davranışlarını ve potansiyel risklere yönelik önlem almasını etkilemektedir (7,46). Gebelikte risk algısı, gebenin bireysel sağlığı ile fetüs veya yenidoğanın sağlığında görülebilme ihtimali olan komplikasyonlarla ilgili duyguları, düşünceleri, endişeleri ve farkındalıkları olarak tanımlanmaktadır. Gebelerin risk ile ilgili algıları, yaşam deneyimlerinden, olumsuz durumlara yönelik baş etme mekanizmalarından ve risk algısını oluşturan faktörlerden etkilenmektedir. Gebeler bir sağlık probleminin kendilerine veya bebeklerine zarar vereceğini düşündüklerinde, riski azaltmak veya gidermek amacıyla eyleme geçerler ve gerçekleştirecekleri eylemlere bağlı olarak beklenilen zararların

azalacağını düşünürler. Risk algısı yüksek olan gebeler, risk algısı düşük olan gebelere göre daha yüksek oranda kendi riskli davranışlarını kontrol altına almaya çalışırlar (12).

Risk algısı duygusal bir boyuta sahip olduğu için bireylerin duygusal parametrelerini de etkiler. Yapılan bir çalışmada gebelerin gebeliğine yönelik risk algısının yüksek olmasının gebelerin kaygı düzeylerini arttırdığı saptanmıştır (62). Gebelerin gebeliğe yönelik risk algılarının yüksek olması, gebeliğe uyumu zorlaştırır ve iyilik halini olumsuz olarak etkiler. Bunun sonucunda gebelerin fiziksel ve psikolojik sağlıkları ve iyi oluşları olumsuz etkilenir (10,61).

Risk algısının yüksek olması gebelerin bakım hizmetlerinden daha çok faydalanmasını sağlar (61). Gebelikte algılanan risk, gebelikle ilgili kritik kararlar vermeyi ve doğumla ilgili kararları da etkileyebilir. Gebelerin risk algısı, doğum öncesi bakımın ne zaman ve nereden alınacağı, doğumun nerede yapılacağı, doğumu kimin yaptıracağı ve hatta doğum şeklinin nasıl olacağı gibi kararları etkiler (60). Ayrıca gebenin sağlıkla ilgili risk algısının tedavi kararlarına yön verdiği ve preterm doğumlar gibi ciddi durumlarda sağlık arama davranışını da etkileyebildiği belirtilmiştir (63).

2.4.2. Gebelikte Risk Algısına Etki Eden Faktörler

Gebelikte risk algısı, sosyo-kültürel durum, eğitim düzeyi, dini inançlar ve gelenekler gibi birçok faktör tarafından etkilenir (60). Ayrıca gebelik yaşı, gebelik trimesteri, hastaneye yatış, kronik hastalığın bulunması, sürekli ilaç kullanımı, gebeliğin plansız olması, gebelik takibinin yapılması, sigara tüketimi ve gebelerin antenatal dönemde eğitim almaları gibi faktörler de etkiler (8). Gebelerin risk algısını, gebelik öncesi veya mevcut gebeliğinde risk faktörlerinin bulunmasının ve sosyodemografik risk faktörlerinin bulunmasının etkilediği belirlenmiştir (7,61). Yapılan çalışmalarda yaşın gebelikte risk algısını farklı düzeylerde etkilediği belirlenmiştir. İleri yaş grubundaki gebelerin risk algılama seviyelerinin daha yüksek olduğu, adölesan gebelerin ise risk algılama seviyesinin yeterli düzeyde olmadığı saptanmıştır (8,62,64). Ancak Taghizadeh ve ark.'nın 2017 yılında yaptığı çalışmasında adölesan gebelerin risk algılarının yüksek düzeyde olduğu tespit

edilmiştir (65). Silva ve ark.'nın 2021 yılında yapmış olduğu çalışmasında gebelerin önceki gebeliklerdeki ölü doğumlar, düşükler, erken doğum veya neonatal ölüm gibi kötü obstetrik deneyimlerin mevcut gebelikteki risk algısını etkilediği bulunmuştur (63). Gebelik risk algısı çok yönlü bir süreçtir. Tıbbi profesyoneller tarafından iyi yönetilmesi gereken bir durumdur. Gebelerin antenatal kontrollerini düzenli yaptırması, gebelik süresince ve doğumda tıbbi desteğin artması, gebelerin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkileyerek gebelerin risk algılarını azaltabilir (66).

2.4.3. Gebelikte Risk Algısının Sonuçları

Risk algısı gebenin duygusal durumuyla ilgilidir ve gebe için duygusal sonuçları vardır (62). Gebelerin duygusal durumunu, gebelik risk algısının etkilediği bulunmuştur (67). Yüksek risk algısı, gebelerin gebeliğe uyum süreçlerini ve iyilik hallerini olumsuz etkilemektedir (10). Gebelerin kendisine ve bebeğine yönelik yüksek risk algısının gebenin iyilik halini kötü etkilediği bulunmuştur (12).

Gebelerde risk algısı kadınların gebelikte gösterdikleri sağlık davranışlarını da etkilemektedir. Kadınlar gebelik boyunca ortaya çıkan semptomların kötü etkilerinin, gebenin kendisinde ve bebeğinde zarar oluşturabileceği bilincine vardığında gebelik ve doğum boyunca risklerin yaşanmasını önlemek, kendisinin ve bebeğinin sağlığını iyileştirmek ve korumak, olası komplikasyonların önüne geçmek, doğum öncesi bakım hizmetinden yararlanmak için hızlıca sağlık kuruluşlarına başvurmaya çalışmaktadır (7). Yüksek risk algısı gebelerde, gebelik tarama testinin sayısına, doğumun şekline, doğumun yerine, doğuma katılacak sağlık profesyoneli seçimine etki etmektedir (61). Gebelik risk algısı gebe kadınların sağlık önerilerine uymasını, doğum öncesi sağlık bakımı alma seçimini etkilemektedir (68). Bunun yanında gebelerde risk algısı gebelerin aldığı sağlık hizmetine karşılık vereceği ücreti ve sağlık bakımı alacağı merkezin mesafesini de etkilemektedir. Sonuçta, gebelerde risk algısını belirlemek, anne bebek mortalite ve morbidite oranlarını düşürmede etkin bir yöntem olarak kabul edilmiştir (64).

2.4.4. Gebelikte Risk Algısında Sağlık Profesyonelinin Görevi

Bir kadının gebelik risk algısı; doğumla ilgili konular, sağlık profesyonelleriyle etkileşimi dahil tüm gebelik sürecini ve sonucunu etkileyebilir. Doğum öncesi bakımda yer alan sağlık profesyonelleri, gebeliğin en başından itibaren gebe ve bebek için olası riskleri belirlemelidir. Bu risklere göre girişimler belirleyip uygulamaya geçmelidir (61). Sağlık profesyonelleri doğum öncesi bakımda gebelerin risk algısını değerlendirmeli, gebenin kendisine ve bebeğine yönelik risklerin farkına varması için desteklemelidir. Risk algıları ve olası risk faktörlerini beraber ele almalı, var olan yanlışlarını düzeltmeli. Bu sayede gebenin gereksiz kaygılarını en aza indirmelidir. Tüm bu girişimler, gebenin doğru kararlar vermesini ve ihtiyacı olmayan tıbbi müdahalelerden uzak durmasını sağlamaktadır (62). Gebelere bu şekilde yaklaşım gerçekleşmeden en etkili bakım bile verimli olmayabilir (46).

Antenatal bakım hizmetleri, gebe kadının ve fetüsün belirli, düzenli sıklıklarla kontrol edilmesini, tanı, muayene ve laboratuvar testlerinin uygulanmasını, gebenin bakımını, eğitimini ve danışmanlık hizmetlerini içine almaktadır. Bu kapsamda antenatal bakım hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin gebelikteki riskli durumları erken zamanda fark etmesi önemlidir. Bu sayede gebeliğin, anne ve fetüs sağlığı açısından kontrollü bir şekilde ilerlemesi ve kadında pozitif gebelik algısı oluşması, gebeliğine uyumunun artması sağlanacaktır (69).

Risk algısıyla baş etmede bir başka etkin faktör ise gebenin sosyal destek sistemleridir (10). Bu süreçte sağlık profesyonelleri gebenin sosyal destek sistemlerini tanımalı ve eyleme geçmelerini teşvik etmelidir. Bunun yanında sağlık profesyoneli, gebenin eş, anne, kardeş, baba, arkadaş gibi sosyal çevresinden destek almasını sağlama, gebenin düşünce ve duygularını açıkça ifade edebileceği ortamı oluşturma, etkili başa çıkma yöntemlerini kullanması için cesaretlendirme gibi yöntemlerle danışmanlık sağlamalıdır (70).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Yapıldığı Yer

Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu araştırma Hatay ili İskenderun ilçesi 7 nolu Aile Sağlığı Merkezi (ASM), 11 nolu ASM, 16 nolu ASM ve Emre Asım ASM'de yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Hatay ili İskenderun ilçesi 4 ASM'deki 11 Aile Hekimliği Birimine kayıtlı toplamda 260 gebeden (güncel veri) oluşmaktadır. Örneklem seçimine gidilmeksizin evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya gönüllülük esasına göre katılmayı kabul eden 239 gebe dahil edilmiştir. Dahil edilen bireylere bilgilendirilmiş gönüllü olur formu okutulmuştur ve onamları alınmıştır.

Dahil Edilme Kriterleri:

1. 15 yaş ve üzerinde olan,
2. 15-18 yaş arasındaki katılımcılarda veli/vasi onayı olan,
3. Çalışmanın yapılacağı ASM'ye kayıtlı olan,
4. Gebe olan,
5. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
6. Anket sorularını cevaplayabilecek seviyede okur-yazar olan gebeler.

Dışlanma Kriterleri:

1. 15 yaş altı olan,
2. Çalışmanın yapılacağı ASM'ye kayıtlı olmayan,
3. Gebe olmayan,
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan,
5. Anket sorularını cevaplayabilecek seviyede okur-yazar olmayan bireyler.

3.3. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın verilerini toplamak için araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen 39 sorudan oluşan gebelerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili anket formu, 26 sorudan oluşan Gebelikte Yaşam Kalitesi Ölçeği (PREG-QOL**)** ve 9 sorudan oluşan Gebelikte Risk Algısı Ölçeği (GRAÖ) kullanılmıştır. Veriler ise araştırmaya katılma kriterlerine uyan gelişigüzel örnekleme yöntemi ile belirlenen gebelerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

3.3.1. Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Anket Formu

Bu formda yer alan sorular literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Toplam 39 sorudan oluşan anket formunda; gebelerin sosyodemografik özelliklerine ait verileri (yaş, evlilik yaşı, eğitim durumu, medeni durum, eş ile akrabalık durumu, çalışma durumu, eşin eğitim durumu, eşin iş durumu, gelir durumu, boy ve kilo durumu), gebelerin obstetrik özelliklerine ait verileri (gebelik haftası, gebelik sayısı, ilk gebelik yaşı, doğum sayısı, sezaryanla doğum sayısı, normal doğum sayısı, ölü doğan çocuk sayısı, düşük sayısı, gebeliğin planlı olup olmadığı, doğum kontrol yöntemi kullanıp kullanmadığı, riskli gebelik durumu, kronik sağlık sorunları, önceki gebeliklerde yaşanan sağlık sorunları, gebelikte yaşanan sağlık sorunları, şeker yükleme testi yapılıp yapılmadığı, gebelikte aşı olma durumu, gebelik takibini nerede yaptırdığı, doğumu nerede yapmak istediği, gebelik öncesi ve gebelikte vitamin ve demir takviyesi alma durumu) sorgulanmıştır (Ek-1).

3.3.2. Gebelikte Yaşam Kalitesi Ölçeği (PREG-QOL)

Gebelikte Yaşam Kalitesi Ölçeği (PREG-QOL) Özer ve Güvenç tarafından 2024 yılında geliştirilmiştir. Güvenirlik ve geçerliği yapılan PREG-QOL 5'li likert tipi ölçek olup 26 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. "Genel memnuniyet algısı" alt boyutu 10 maddeden (9,4,5,8,10,6,7,18,24,1); "Duygusal Alan" alt boyutu 4 maddeden (16,14,13,15); "Fiziksel Alan" alt boyutu 6 maddeden (20,21,25,19,23,22); "Sosyal destek sistemleri" alt boyutu 3 maddeden (3,2,17); "Sosyal Alan" alt boyutu 3 maddeden (11,12,26) oluşmaktadır. Ölçeğin 11,12,13,14,15,16,19,20,21,22,23,25 ve

26. maddeleri ters çevrilerek puan hesaplanır. Ölçekte toplam puan hesaplaması yapılamamaktadır. Madde ortalaması 5 puana yaklaştıkça gebelikte yaşam kalitesinin arttığı söylenebilir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur. Her bir alt boyutu Cronbach alfa değerine sahiptir (71) (Ek-2).

3.3.3. Gebelikte Risk Algısı Ölçeği (GRAÖ)

Gebelerde ortaya çıkan risk algısını değerlendirmek amacıyla Heaman ve Gupton tarafından geliştirilen ölçeğin "güvenirlik ve geçerlik" analizleri Evcili ve Dağlar tarafından 2019 yılında yapılmıştır (7). Ölçek, gebenin bebeğe yönelik risk algısına yönelik 5 alt madde (2,6,7,8 ve 9), gebenin kendisine yönelik risk algısına yönelik 4 alt madde (1,3,4 ve 5) olmak üzere toplam 9 maddeden oluşmaktadır. "Gebenin bebeğine yönelik risk algısı" faktörüne ait puan; bu faktör altında bulunan 5 maddenin her biri için yapılan puanların toplanması ve elde edilen puanın 5'e bölünmesiyle bulunur. "Gebenin kendisine yönelik risk algısı" faktörüne ait puan; bu faktör altında bulunan 4 maddenin her biri için yapılan puanların toplanması ve puanın 4'e bölünmesiyle elde edilir. Ölçeğin toplam puanı, tüm maddelerden alınan puanların toplanarak elde edilen puanın 9'a bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Ölçekte, her bir maddenin altında "hiç risk yok" ve "son derece yüksek risk var" ifadeleri bulunmaktadır ve bu ifadeler 0-100 milimetrelik bir doğrusal çizgi doğrultusunda gebenin risk algısına göre işaretlenmektedir. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçekten alınan puanın artışı, gebenin kendisi ve bebeği ile ilişkili risk algısının artması şeklinde yorumlanmaktadır. Evcili ve Dağlar'ın 2019 yılında ölçeğin geçerlilik ve güvenirliklerini inceledikleri çalışmada Cronbach Alfa değeri 0,84 olarak bulunmuştur (7) (Ek-3).

3.4. Araştırmanın Etik Kurul İzni

Araştırma için Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21/05/2025 tarihli ve19 sayılı etik kurul izni alınmıştır (Ek-4).

3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmada sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde ortalama standart sapma, medyan, minimum-maksimum değerleri, kategorik verilerde ise sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Shapiro Wilk testinden yararlanılmıştır. Sürekli verilerin iki gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin grup karşılaştırmalarında (çapraz tablolarda) Pearson Ki-Kare ve Fisher's Exact test kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman Korelasyon katsayısından faydalanılmıştır. Korelasyon katsayısı (r) 0,1-<0,3 arasında ise zayıf, 0,3-<0,7 arasında ise orta, 0,7-<1,0 arasında ise yüksek düzeyde ilişki olarak kabul edilmiştir. Ölçekler için Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Değerlendirmelerde IBM SPSS Statistics 31.0 programı kullanılmıştır ve istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Gebelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 2'de görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan 239 gebenin medyan yaşı 26, evlilik medyan yaşı 20 idi. Katılımcıların %47,7'sinin (n=114) ilköğretim mezunu olduğu, %81,2'sinin (n=194) evli olduğu, %70,7'sinin (n=169) eşi ile akraba olmadığı, %41,8'inin (n=100) eşlerinin ilköğretim mezunu olduğu, %83,3'ünün (n=199) çalışmadığı, %78,7'sinin (n=188) eşlerinin daimî bir işi olduğu saptandı.

Tablo 2. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=239)

Özellikler	**Medyan (min-maks)**
Yaş (yıl)	26 (15-41)
Evlilik yaşı (yıl)	20 (14-35)
Eğitim Durumu	**n (%)**
Okuryazar değil	2 (0,8)
İlköğretim	114 (47,7)
Ortaöğretim	68 (28,5)
Üniversite	55 (23,0)
Medeni Durum	
Evli	194 (81,2)
Bekar	45 (18,8)
Akraba Evliliği	
Evet	70 (29,3)
Hayır	169 (70,7)
Eşin Eğitim Durumu	
Okuryazar değil	7 (2,9)
İlköğretim	100 (41,8)
Ortaöğretim	73 (30,5)
Üniversite	59 (24,7)
Çalışma Durumu	
Çalışıyor	40 (16,7)
Çalışmıyor	199 (83,3)
Eşin daimî işi var mı?	
Var	188 (78,7)
Yok	51 (21,3)

Katılımcıların gebelik özelliklerinin incelenmesi Tablo 3'te görülmektedir. Gebelerin %43,5'inin (n=104) gebelik haftasının 13-26. hafta arası olduğu, %36,0'sının (n=86) ilk gebeliği olduğu, %41,8'inin (n=100) hiç doğum yapmadığı, %75,7'sinin (n=181) hiç sezaryen doğum yapmadığı, %63,2'sinin (n=151) hiç normal doğum yapmadığı, %96,2'sinin (n=230) ölü doğum yapmadığı, %82,4'ünün (n=197) düşük yapmadığı, %69,9'unun (n=167) mevcut gebeliğinin planlı olduğu, %52,3'ünün (n=125) gebelikten önce doğum kontrol yöntemi kullandığı, %74,5'inin (n=178) şeker yükleme testini yaptırmadığı, %68,6'sının (n=164) tetanoz aşısını yaptırdığı, %60,7'sinin (n=145) daha önceki gebelikten sonra bebeğine bakanlığın önerdiği aşıları yaptırdığı, %74,1'inin (n=177) doğumunu devlet hastanesinde yapmak istediği, %50,2'sinin (n=120) gebelikten önce vitamin ve demir takviyesi başladığı, %95,4'ünün (n=228) gebelik boyunca vitamin ve demir takviyesi aldığı saptandı.

Tablo 3. Katılımcıların gebelik özelliklerinin incelenmesi (n=239)

Özellikler	**Medyan (min-max)**
İlk gebelik yaşı (yıl)	20 (14-38)
Boy (cm)	162 (146-178)
Gebelik öncesi kilo (kg)	62 (39-110)
Gebelik Haftası	**n (%)**
1-12 hafta	50 (20,9)
13-26 hafta	104 (43,5)
27-40 hafta	85 (35,6)
Gebelik Sayısı	
İlk gebelik	86 (36,0)
İkinci gebelik	62 (25,9)
Üçüncü gebelik	53 (22,2)
Dört ve üzeri gebelik	38 (15,9)
Doğum Sayısı	
0	100 (41,8)
1	62 (25,9)
2	55 (23,0)
3 ve üzeri	22 (9,2)
Sezaryen Sayısı	
0	181 (75,7)
1	19 (7,9)
2	31 (13,0)
3 ve üzeri	8 (3,3)
Normal Doğum Sayısı	
0	151 (63,2)
1	53 (22,2)
2	25 (10,5)
3 ve üzeri	10 (4,2)
Ölü Doğum	
Yok	230 (96,2)
Var	9 (3,8)
Düşük Sayısı	
0	197 (82,4)
1	35 (14,6)
2	3 (1,3)
3 ve üzeri	4 (1,7)
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	
Planlı	167 (69,9)
Planlı değil	72 (30,1)
Gebelikten Önce Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma Durumu	
Evet	125 (52,3)
Hayır	114 (47,7)
Modern Doğum Kontrol Yöntemi	
Doğum kontrol hapı	14 (11,2)
Spiral	25 (20,0)
Aylık düzenli enjeksiyon	6 (4,8)
Bariyer yöntemi	16 (12,8)

Geleneksel Doğum Kontrol Yöntemi	
Geri çekme	85 (68,0)
Takvim	2 (1,6)
Geri çekme ve emzirme	1 (0,8)
Şeker Yükleme Testi Durumu	
Evet	61 (25,5)
Hayır	178 (74,5)
Tetanoz Aşısı Yaptırma Durumu	
Evet yaptırdım	164 (68,6)
Hayır yaptırmayacağım	7 (2,9)
Henüz zamanı gelmedi	68 (28,5)
Daha önceki gebelikten sonra bebeğinize Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği aşıları yaptırdınız mı?	
Evet	145 (60,7)
Hayır (aşı reddi)	8 (3,3)
İlk gebeliğim, çocuğum yok	86 (36,0)
Doğumu nerede yapmak istiyorsunuz?	
Evde	1 (0,4)
Devlet hastanesi	177 (74,1)
Özel hastane	60 (25,1)
Üniversite hastanesi	1 (0,4)
Gebelikten önce vitamin ve demir takviyesi başladınız mı?	
Evet	120 (50,2)
Hayır	119 (49,8)
Gebelik boyunca vitamin ve demir takviyesi aldınız mı?	
Evet	228 (95,4)
Hayır	11 (4,6)

Katılımcıların gebelik risk ve takip durumlarının incelenmesi Tablo 4'te görülmektedir. Gebelerin %29,7'si (n=71) daha önceki gebeliğinde doktoru tarafından riskli gebelik olduğunu öğrenmiştir. Gebelerin %39,3'ü (n=94) şu anki gebeliğinde doktoru tarafından riskli gebelik olduğunu öğrenmiştir. Gebelerin %71,1'i (n=170) hem aile hekimi hem de devlet hastanesinde kadın doğum uzmanı tarafından takip edildiğini belirtmiştir. Gebelerin %53,1'inin (n=127) gebeliğinin riskli olduğu saptandı.

Tablo 4. Katılımcıların gebelik risk, tıbbi öykü ve takip durumlarının incelenmesi (n=239)

Özellikler	n (%)
Daha önceki gebeliğinizde doktorunuz tarafından riskli gebelik olduğunuz söylendi mi?	
Evet	71 (29,7)
Hayır	168 (70,3)
Şu anki gebeliğinizde doktorunuz tarafından riskli gebelik olduğunuz söylendi mi?	
Evet	94 (39,3)
Hayır	145 (60,7)
Tıbbi Risk Durumu*	
Yok	198 (82,8)
Kadın hastalıkları	7 (2,9)
Diyabet	1 (0,4)
Tiroid ve guatr gibi hormon hastalıkları	16 (6,7)
Kronik hipertansiyon	3 (1,2)
Epilepsi ve nörolojik hastalıklar	1 (0,4)
Solunum sistemi hastalıkları	10 (4,1)
Hematolojik kan hastalıkları	6 (2,5)
Enfeksiyon hastalıkları	2 (0,8)
Romatizma ve doğumdan gelen eklem hastalıkları	1 (0,4)
Önceki Gebelikte Risk Durumu*	
Yok	157 (65,7)
Sezaryen doğum olması veya rahim operasyonu	64 (26,7)
Rahimde miyom, kitle veya rahim anormalliği	4 (1,6)
Gestasyonel diyabet	1 (0,4)
Rh uyumsuzluğu	16 (6,7)
Üç ve üzeri düşük	4 (1,6)
Düşük doğum ağırlığı (2500 gr düşük bebek)	3 (1,2)
Yüksek doğum ağırlığı (4000 gr büyük bebek)	1 (0,4)
Ölü doğum ya da yeni doğan ölümü	8 (3,3)
Erken doğum	5 (2,0)
Postterm (42 haftayı geçen) doğum	3 (1,2)
Anomalili (engelli) doğum öyküsü	1 (0,4)
Zor ve müdahaleli doğum	3 (1,2)
Gebelikte veya doğum sonrası kanama	3 (1,2)
Şu Anki Gebelikte Risk Durum*	
Yok	146 (61,1)
18 yaş altı	22 (9,2)
35 yaş üstü	20 (8,3)
Ciddi anemi	10 (4,1)
İdrar yolu enfeksiyonu	4 (1,6)
İki yıldan sık gebelik	27 (11,3)
Çoğul gebelik (ikiz,üçüz…)	4 (1,6)
Sigara, alkol kullanımı	13 (5,4)
Düşük sosyoekonomik düzey	16 (6,7)
5 ve üzeri doğum yapmış olmak	4 (1,6)
Gestasyonel diyabet	2 (0,8)

Venöz tromboemboli (Pıhtı)	2 (0,8)
Eklamsi-Preeklamsi (gebelikte tansiyon yüksekliği)	3 (1,2)
Anomalili Fetüs	2 (0,8)
Vajinal Kanama	7 (2,9)
Hastaneye yatış gerektiren bulantı	1 (0,4)
Gebelikte ameliyat öyküsü	1 (0,4)
Erken doğum eylemi	5 (2,0)
Gebelik Takibi	
Aile hekimi	3 (1,3)
Devlet hastanesinde kadın doğum uzmanı	3 (1,3)
Aile hekimi ve devlet hastanesinde kadın doğum uzmanı	170 (71,1)
Özel hastanede kadın doğum uzmanı	11 (4,6)
Aile hekimi, devlet hastanesi ve özel hastanede kadın doğum uzmanı	12 (5,0)
Aile hekimi ve özel hastanede kadın doğum uzmanı	40 (16,7)
Riskli Gebelik Durumu	
Var	127 (53,1)
Yok	112 (46,9)

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Gebelerin risk durumuna göre tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılması Tablo 5'te görülmektedir.

Riskli gebelik grubunda evlilik yaşı medyan değeri, riskli gebelik olmayan gruba kıyasla anlamlı düzeyde düşük bulundu (p<0,001).

Riskli gebelik grubunda ilköğretim mezunu katılımcı oranı (%59,8) daha yüksek iken, riskli gebelik olmayan grupta üniversite mezunu (%33,9) katılımcı oranı daha yüksek bulundu (p<0,001).

Riskli gebelik grubunda evli olmayan katılımcı oranı (%28,3), riskli gebelik olmayan gruba (%8,0) kıyasla daha yüksek bulundu (p<0,001).

Riskli gebelik grubunda eşi okuryazar olmayan (%3,9) katılımcı oranı daha yüksek iken, riskli gebelik olmayan grupta üniversite mezunu (%33,9) katılımcı oranı daha yüksek bulundu (p=0,010).

Riskli gebelik grubunda eşinin daimî işi olan katılımcı oranı %73,2 iken, riskli gebelik olmayan grupta bu oran %84,8 olarak bulundu. Riskli gebelik yaşayan grupta, eşinin daimî işi olan katılımcı oranının istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (p=0,029).

Tablo 5. Gebelerin risk durumuna göre tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılması

Özellikler	**Riskli Gebelik Var (n=127)**	**Riskli Gebelik Yok (n=112)**	**p**
Yaş (yıl)	26 (15-41)	25,5 (18-34)	0,933*
Evlilik yaşı (yıl)	18 (10-35)	22 (15-31)	**<0,001***
Eğitim Durumu	**n (%)**	**n (%)**	
Okuryazar değil	2 (1,6)	0 (0,0)	
İlköğretim	76 (59,8)	38 (33,9)	**<0,001****
Ortaöğretim	32 (25,2)	36 (32,1)	
Üniversite	17 (13,4)	38 (33,9)	
Medeni Durum			
Evli	91 (71,7)	103 (92,0)	**<0,001****
Bekar	36 (28,3)	9 (8,0)	
Akraba Evliliği			
Evet	44 (34,6)	26 (23,2)	0,053**
Hayır	83 (65,4)	86 (76,8)	
Eşin Eğitim Durumu			
Okuryazar değil	5 (3,9)	2 (1,8)	
İlköğretim	62 (48,8)	38 (33,9)	**0,010****
Ortaöğretim	39 (30,7)	34 (30,4)	
Üniversite	21 (16,5)	38 (33,9)	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	16 (12,6)	24 (21,4)	0,068**
Çalışmıyor	111 (87,4)	88 (78,6)	
Eşin daimî işi var mı?			
Var	93 (73,2)	95 (84,8)	**0,029****
Yok	34 (26,8)	17 (15,2)	

*Mann Whitney U Testi (medyan, minimum ve maksimum değerler verilmiştir), **Pearson Ki-Kare Testi

Gebelerin risk durumuna göre gebelik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 6'da görülmektedir.

Riskli gebelik grubunda ilk gebelik yaşı medyan değeri, riskli gebelik olmayan gruba kıyasla anlamlı düzeyde düşük bulundu (p<0,001).

Riskli gebelik grubunda dört ve üzeri gebelik yaşayan katılımcı oranı (%26,8), riskli gebelik olmayan gruba (%3,6) kıyasla daha yüksek bulundu (p<0,001).

Riskli gebelik grubunda üç ve üzeri doğum yapan katılımcı oranı (%15,7), riskli gebelik olmayan gruba (%1,8) kıyasla daha yüksek bulundu (p<0,001).

Riskli gebelik grubunda sezaryen doğum yapan katılımcı oranı %45,7 iken riskli gebelik olmayan grupta sezaryen doğum yapan katılımcı yoktu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,001).

Riskli gebelik grubunda normal doğum yapan katılımcı oranı %29,9 iken riskli gebelik olmayan grupta normal doğum yapan katılımcı oranı %44,6 idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,006).

Riskli gebelik grubunda ölü doğum yapan katılımcı oranı (%6,3), riskli gebelik olmayan gruba (%0,0) kıyasla daha yüksek bulundu (p=0,039).

Riskli gebelik grubunda üç ve üzeri düşük yapan katılımcı oranı (%3,1), riskli gebelik olmayan gruba (%0,0) kıyasla daha yüksek bulundu (p=0,008).

Riskli gebelik grubunda gebeliği plansız olan katılımcı oranı (%37,0), riskli gebelik olmayan gruba (%22,3) kıyasla daha yüksek bulundu (p=0,014).

Riskli gebelik grubunda gebelikten önce vitamin ve demir takviyesi alan katılımcı oranı (%40,2), riskli gebelik olmayan gruba (%61,6) kıyasla daha düşük bulundu (p<0,001).

Tablo 6. Gebelerin risk durumuna göre gebelik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	**Riskli Gebelik Var (n=127)**	**Riskli Gebelik Yok (n=112)**	**p**
İlk gebelik yaşı (yıl)	19 (14-38)	22,5 (15-38)	**<0,001***
Gebelik öncesi kilo (kg)	60 (39-110)	65 (42-110)	0,134*
Gebelik Haftası	**n (%)**	**n (%)**	
1-12 hafta	27 (21,3)	23 (20,5)	
13-26 hafta	59 (46,5)	45 (40,2)	0,503**
27-40 hafta	41 (32,3)	44 (39,3)	
Gebelik Sayısı			
İlk gebelik	29 (22,8)	57 (50,9)	
İkinci gebelik	31 (24,4)	31 (27,7)	**<0,001****
Üçüncü gebelik	33 (26,0)	20 (17,9)	
Dört ve üzeri gebelik	34 (26,8)	4 (3,6)	
Doğum Sayısı			
0	36 (28,3)	64 (57,1)	
1	33 (26,0)	29 (25,9)	**<0,001****
2	38 (29,9)	17 (15,2)	
3 ve üzeri	20 (15,7)	2 (1,8)	
Sezaryen Sayısı			
0	69 (54,3)	112 (100,0)	
1	19 (15,0)	0 (0,0)	**<0,001****
2	31 (24,4)	0 (0,0)	
3 ve üzeri	8 (6,3)	0 (0,0)	
Normal Doğum Sayısı			
0	89 (70,1)	62 (55,4)	
1	22 (17,3)	31 (27,7)	**0,006****
2	8 (6,3)	17 (15,2)	
3 ve üzeri	8 (6,3)	2 (1,8)	
Ölü Doğum			
Yok	119 (93,7)	112 (100,0)	**0,039****
Var	8 (6,3)	0 (0,0)	
Düşük Sayısı			
0	96 (75,6)	101 (90,2)	
1	25 (19,7)	10 (8,9)	**0,008****
2	2 (1,6)	1 (0,9)	
3 ve üzeri	4 (3,1)	0 (0,0)	
Gebeliğin Planlı Olma Durumu			
Planlı	80 (63,0)	87 (77,7)	**0,014****
Planlı değil	47 (37,0)	25 (22,3)	
Gebelikten Önce Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma Durumu			
Evet	73 (57,5)	52 (46,4)	0,088**
Hayır	54 (42,5)	60 (53,6)	
Doğum Kontrol Yöntemi			
Modern	26 (35,6)	13 (25,0)	0,269**
Geleneksel	37 (50,7)	27 (51,9)	
Her ikisi	10 (13,7)	12 (23,1)	

Gebelikten önce vitamin ve demir takviyesi başladınız mı?			
Evet	51 (40,2)	69 (61,6)	**<0,001****
Hayır	76 (59,8)	43 (38,4)	
Gebelik boyunca vitamin ve demir takviyesi aldınız mı?			
Evet	122 (96,1)	106 (94,6)	0,601**
Hayır	5 (3,9)	6 (5,4)	

*Mann Whitney U Testi (medyan, minimum ve maksimum değerler verilmiştir), **Pearson Ki-Kare Testi veya Fisher's Exact Testinden uygun olanı kullanıldı.

Gebelerin risk durumuna göre tıbbi öykü takip özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 7'de görülmektedir.

Riskli gebelik grubunda daha mevcut öyküyle risk durumu olan katılımcı oranı (%53,5), riskli gebelik olmayan gruba (%0,0) kıyasla daha yüksek bulundu (p<0,001).

Riskli gebelik grubunda tıbbi öyküyle risk durumu olan katılımcı oranı (%32,3), riskli gebelik olmayan gruba (%0,0) kıyasla daha yüksek bulundu (p<0,001).

Riskli gebelik grubunda obstetrik öyküyle risk durumu olan katılımcı oranı (%53,5), riskli gebelik olmayan gruba (%0,0) kıyasla daha yüksek bulundu (p<0,001).

Gebelik takibinin yapıldığı sağlık kurumu ile riskli gebelik durumu arasında anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,004). Hem riskli hem de riskli olmayan gebeliklerde gebelik takibinin en sık aile hekimi ve devlet hastanesi kadın doğum uzmanı tarafından yapıldığı; bununla birlikte riskli olmayan gebelerde özel hastane takibi oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Gebelerin risk durumuna göre tıbbi öykü ve takip özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	**Riskli Gebelik Var (n=127)**	**Riskli Gebelik Yok (n=112)**	**p***
Mevcut Öyküyle Risk	n (%)	n (%)	
Evet	68 (53,5)	0 (0,0)	**<0,001**
Hayır	59 (46,5)	112 (100,0)	
Tıbbi Öyküyle Risk			
Var	41 (32,3)	0 (0,0)	**<0,001**
Yok	86 (67,7)	112 (100,0)	
Obstetrik Öyküyle Risk			
Var	68 (53,5)	0 (0,0)	**<0,001**
Yok	59 (46,5)	112 (100,0)	
Gebelik Takibi			
Aile hekimi ve devlet hastanesi kadın doğum uzmanı	106 (83,5)	70 (62,5)	
Özel hastanede kadın doğum uzmanı	4 (3,1)	7 (6,3)	**0,004**
Aile hekimi ve özel hastanede kadın doğum uzmanı	13 (10,2)	27 (24,1)	
Aile hekimi, devlet hastanesi ve özel hastanede kadın doğum uzmanı	4 (3,1)	8 (7,1)	

*Pearson Ki-Kare Testi

Katılımcıların gebelikte yaşam kalitesi ölçeği (PREG-QOL) puanları Tablo 8'de görülmektedir.

Tablo 8. Katılımcıların gebelikte yaşam kalitesi ölçeği (PREG-QOL) puanları (n=239)

	Medyan (min-maks)
PREG-QOL	
Genel memnuniyet algısı	4,0 (2,6-5,0)
Duygusal alan	3,5 (1,75-5,0)
Fiziksel alan	3,3 (1,6-5,0)
Sosyal destek sistemleri	4,3 (2,6-5,0)
Sosyal alan	3,6 (1,3-5,0)
Cronbach alfa katsayısı	
Genel memnuniyet algısı	0,784
Duygusal alan	0,447
Fiziksel alan	0,631
Sosyal destek sistemleri	0,470
Sosyal alan	0,587

Gebelerin risk durumuna göre PREG-QOL puanlarının karşılaştırılması Tablo 9'da görülmektedir.

Riskli gebelik olan grupta PREG-QOL genel memnuniyet algısı puanı (medyan 3,8), riskli gebelik olmayan grubun puanına (medyan 4,1) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,001$).

Riskli gebelik olan grupta PREG-QOL duygusal alan puanı (medyan 3,2), riskli gebelik olmayan grubun puanına (medyan 3,5) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p=0,033$).

Riskli gebelik olan grupta PREG-QOL sosyal destek sistemleri puanı (medyan 4,0), riskli gebelik olmayan grubun puanına (medyan 4,3) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,001$).

Riskli gebelik olan grupta PREG-QOL sosyal alan puanı (medyan 3,6), riskli gebelik olmayan grubun puanına (medyan 4,0) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p=0,001$).

Tablo 9. Gebelerin risk durumuna göre PREG-QOL puanlarının karşılaştırılması

	Riskli Gebelik Var (n=127)	**Riskli Gebelik Yok (n=112)**	**p***
PREG-QOL			
Genel memnuniyet algısı	3,8 (2,6-5,0)	4,1 (3,0-5,0)	**<0,001**
Duygusal alan	3,2 (1,7-4,7)	3,5 (2,2-5,0)	**0,033**
Fiziksel alan	3,3 (1,6-5,0)	3,3 (2,0-4,6)	0,742
Sosyal destek sistemleri	4,0 (2,6-5,0)	4,3 (3,0-5,0)	**<0,001**
Sosyal alan	3,6 (1,3-5,0)	4,0 (2,3-5,0)	**0,001**

*Mann Whitney U Testi (medyan, minimum ve maksimum değerler verilmiştir)

Katılımcıların gebelikte risk algısı ölçeği (GRAÖ) puanları Tablo 10'da görülmektedir.

Tablo 10. Katılımcıların gebelikte risk algısı ölçeği (GRAÖ) puanları (n=239)

	Medyan (min-maks)
GRAÖ	
Gebenin bebeğe yönelik risk algısı	14,0 (0,0-87,6)
Gebenin kendisine yönelik risk algısı	23,7 (0,0-89,2)
Toplam puan	19,6 (0,0-88,3)
Cronbach alfa katsayısı	
Gebenin bebeğe yönelik risk algısı	0,921
Gebenin kendisine yönelik risk algısı	0,763
Toplam puan	0,916

Gebelerin risk durumuna göre GRAÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 11'de yer almaktadır.

Riskli gebelik olan grupta GRAÖ gebenin bebeğe yönelik risk algısı puanı (medyan 29,6), riskli gebelik olmayan grubun puanına (medyan 8,0) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,001).

Riskli gebelik olan grupta GRAÖ gebenin kendisine yönelik risk algısı puanı (medyan 39,5), riskli gebelik olmayan grubun puanına (medyan 12,0) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,001).

Riskli gebelik olan grupta GRAÖ toplam risk algısı puanı (medyan 33,6), riskli gebelik olmayan grubun puanına (medyan 9,7) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0,001).

Tablo 11. Gebelerin risk durumuna göre GRAÖ puanlarının karşılaştırılması

	Riskli Gebelik Var (n=127)	**Riskli Gebelik Yok (n=112)**	**p***
GRAÖ			
Gebenin bebeğe yönelik risk algısı	29,6 (0,0-87,6)	8,0 (0,0-49,4)	**<0,001**
Gebenin kendisine yönelik risk algısı	39,5 (0,0-89,2)	12,0 (0,0-88,5)	**<0,001**
Toplam puan	33,6 (0,0-88,3)	9,7 (0,0-49,8)	**<0,001**

*Mann Whitney U Testi (medyan, minimum ve maksimum değerler verilmiştir)

Yaşam kalitesi ölçeği (PREG-QOL) ve gebelikte risk algısı ölçeği (GRAÖ) arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 12'de görülmektedir.

PREG-QOL genel memnuniyet algısı puanı ile GRAÖ gebenin bebeğe yönelik risk algısı, gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p<0,001, p<0,001, p<0,001).

PREG-QOL duygusal alan puanı ile GRAÖ gebenin bebeğe yönelik risk algısı ve gebenin kendisine yönelik risk algısı puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p<0,001, p<0,001). PREG-QOL duygusal alan puanı ile GRAÖ toplam risk algısı puanı arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p<0,001).

PREG-QOL fiziksel alan puanı ile GRAÖ gebenin bebeğe yönelik risk algısı, gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p<0,001, p<0,001, p<0,001).

PREG-QOL sosyal destek sistemleri puanı ile GRAÖ gebenin bebeğe yönelik risk algısı, gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları arasında

negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$).

PREG-QOL sosyal alan puanı ile GRAÖ gebenin bebeğe yönelik risk algısı, gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$).

Tablo 12. Yaşam kalitesi ölçeği (PREG-QOL) ve gebelikte risk algısı ölçeği (GRAÖ) arasındaki ilişkinin incelenmesi

	GRAÖ gebenin bebeğe yönelik risk algısı		**GRAÖ gebenin kendisine yönelik risk algısı**		**GRAÖ Toplam puan**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
PREG-QOL						
Genel memnuniyet algısı	**-0,373**	**<0,001**	**-0,320**	**<0,001**	**-0,364**	**<0,001**
Duygusal alan	**-0,298**	**<0,001**	**-0,288**	**<0,001**	**-0,309**	**<0,001**
Fiziksel alan	**-0,261**	**<0,001**	**-0,248**	**<0,001**	**-0,266**	**<0,001**
Sosyal destek sistemleri	**-0,262**	**<0,001**	**-0,221**	**<0,001**	**-0,253**	**<0,001**
Sosyal alan	**-0,317**	**<0,001**	**-0,382**	**<0,001**	**-0,363**	**<0,001**

r: Spearman korelasyon katsayısı

Yaşam kalitesi ölçeği (PREG-QOL) ve sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 13'te gösterilmektedir.

Yaş ile duygusal alan, fiziksel alan ve sosyal alan puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p=0,012, p=0,001, p=0,007).

Evlilik yaşı ile genel memnuniyet algısı ve sosyal destek sistemleri puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p<0,001, p<0,001). Evlilik yaşı ile fiziksel alan puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p=0,006).

İlk gebelik yaşı ile genel memnuniyet algısı ve sosyal destek sistemleri puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p<0,001, p=0,001). İlk gebelik yaşı ile fiziksel alan puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p=0,017).

Gebelik sayısı ile genel memnuniyet algısı, duygusal alan, sosyal destek sistemleri ve sosyal alan puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p=0,001, p=0,003, p=0,005, p=0,002).

Doğum sayısı ile genel memnuniyet algısı, duygusal alan, sosyal destek sistemleri ve sosyal alan puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p<0,001, p=0,002, p=0,011, p=0,006).

Sezaryen sayısı ile genel memnuniyet algısı, duygusal alan, sosyal destek sistemleri ve sosyal alan puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p<0,001, p=0,017, p=0,006, p<0,001).

Düşük sayısı ile genel memnuniyet algısı, duygusal alan, fiziksel alan, sosyal destek sistemleri ve sosyal alan puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p=0,006, p=0,021, p=0,019, p=0,004, p=0,002).

Tablo 13. Yaşam kalitesi ölçeği (PREG-QOL) ve sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Genel memnuniyet algısı		**Duygusal alan**		**Fiziksel alan**		**Sosyal destek sistemleri**		**Sosyal alan**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Yaş (yıl)	-0,014	0,834	**-0,162**	**0,012**	**-0,206**	**0,001**	0,080	0,216	**-0,174**	**0,007**
Evlilik yaşı (yıl)	**0,287**	**<0,001**	-0,052	0,421	**-0,177**	**0,006**	**0,278**	**<0,001**	-0,071	0,273
İlk gebelik yaşı (yıl)	**0,305**	**<0,001**	-0,030	0,643	**-0,155**	**0,017**	**0,304**	**0,001**	-0,062	0,336
Gebelik öncesi kilo (kg)	**0,138**	**0,033**	**-0,143**	**0,027**	-0,114	0,080	0,031	0,635	-0,026	0,691
Gebelik sayısı	**-0,342**	**0,001**	**-0,192**	**0,003**	-0,123	0,058	**-0,180**	**0,005**	**-0,201**	**0,002**
Doğum sayısı	**-0,321**	**<0,001**	**-0,196**	**0,002**	-0,101	0,119	**-0,165**	**0,011**	**-0,177**	**0,006**
Sezaryen sayısı	**-0,237**	**<0,001**	**-0,154**	**0,017**	-0,071	0,273	**-0,177**	**0,006**	**-0,239**	**<0,001**
Normal doğum sayısı	-0,122	0,060	-0,072	0,264	-0,009	0,895	-0,029	0,660	0,038	0,555
Ölü doğum sayısı	-0,120	0,063	-0,040	0,536	0,031	0,628	-0,027	0,683	0,027	0,683
Düşük sayısı	**-0,770**	**0,006**	**-0,150**	**0,021**	**-0,152**	**0,019**	**-0,131**	**0,004**	**-0,202**	**0,002**

r: Spearman korelasyon katsayısı

Gebelikte risk algısı ölçeği (GRAÖ) ve sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 14'te görülmektedir.

Yaş ile gebenin bebeğe yönelik risk algısı, gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p=0,039, p<0,001, p=0,002).

Gebelik sayısı ile gebenin bebeğe yönelik risk algısı, gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p<0,001, p<0,001, p<0,001).

Doğum sayısı ile gebenin bebeğe yönelik risk algısı puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p<0,001). Doğum sayısı ile gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p<0,001, p<0,001).

Sezaryen sayısı ile gebenin bebeğe yönelik risk algısı, gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p<0,001, p<0,001, p<0,001).

Normal doğum sayısı ile gebenin kendisine yönelik risk algısı puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p=0,011).

Ölü doğum sayısı ile gebenin bebeğe yönelik risk algısı, gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p=0,002, p=0,028, p=0,007).

Düşük sayısı ile gebenin bebeğe yönelik risk algısı, gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla; p<0,001, p<0,001, p<0,001).

Tablo 14. Gebelikte risk algısı ölçeği (GRAÖ) ve sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi

	GRAÖ gebenin bebeğe yönelik risk algısı		**GRAÖ gebenin kendisine yönelik risk algısı**		**GRAÖ Toplam puan**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Yaş (yıl)	**0,134**	**0,039**	**0,249**	**<0,001**	**0,198**	**0,002**
Evlilik yaşı (yıl)	-0,064	0,327	0,021	0,745	-0,024	0,717
İlk gebelik yaşı (yıl)	-0,072	0,267	0,021	0,746	-0,030	0,646
Gebelik öncesi kilo (kg)	-0,021	0,745	-0,009	0,895	-0,021	0,742
Gebelik sayısı	**0,340**	**<0,001**	**0,339**	**<0,001**	**0,356**	**<0,001**
Doğum sayısı	**0,284**	**<0,001**	**0,320**	**<0,001**	**0,314**	**<0,001**
Sezaryen sayısı	**0,318**	**<0,001**	**0,533**	**<0,001**	**0,445**	**<0,001**
Normal doğum sayısı	0,007	0,909	**-0,164**	**0,011**	-0,084	0,198
Ölü doğum sayısı	**0,195**	**0,002**	**0,142**	**0,028**	**0,175**	**0,007**
Düşük sayısı	**0,279**	**<0,001**	**0,218**	**<0,001**	**0,265**	**<0,001**

r: Spearman korelasyon katsayısı

Gebelerin riskli gebelik özelliklerine göre GRAÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 15'te görülmektedir.

Mevcut öyküyle risk durumu olan katılımcıların gebenin bebeğe yönelik risk algısı, gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları mevcut öyküyle risk yaşamayan katılımcılara kıyasla daha yüksek bulundu (sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$).

Tıbbi öyküyle risk durumu olan katılımcıların gebenin bebeğe yönelik risk algısı, gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları tıbbi öyküyle riski olmayan katılımcılara kıyasla daha yüksek bulundu (sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$).

Obstetrik öyküyle risk durumu olan katılımcıların gebenin bebeğe yönelik risk algısı, gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları obstetrik öyküyle risk yaşamayan katılımcılara kıyasla daha yüksek bulundu (sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$).

Tablo 15. Gebelerin riskli gebelik özelliklerine göre GRAÖ puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	GRAÖ gebenin bebeğe yönelik risk algısı	GRAÖ gebenin kendisine yönelik risk algısı	GRAÖ Toplam puan
Mevcut Öyküyle Risk			
Evet	33,2 (0,0-87,6)	43,0 (0,0-89,2)	37,6 (0,0-88,3)
Hayır	10,2 (0,0-87,6)	16,1 (0,0-88,5)	13,4 (0,0-70,8)
p değeri*	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Tıbbi Öyküyle Risk			
Var	35,0 (0,0-87,6)	41,7 (0,0-89,2)	40,7 (0,0-88,3)
Yok	12,0 (0,0-87,6)	19,1 (0,0-88,5)	14,8 (0,0-80,5)
p değeri*	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Obstetrik Öyküyle Risk			
Var	33,8 (0,0-87,6)	43,0 (0,0-89,2)	40,0 (0,0-88,3)
Yok	9,6 (0,0-87,6)	13,7 (0,0-88,5)	11,6 (0,0-80,5)
p değeri*	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**

*Mann Whitney U Testi (medyan, minimum ve maksimum değerler verilmiştir)

5. TARTIŞMA

Gebelerde risk durumları ile yaşam kalitesi ve risk algısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinin amaçlandığı bu çalışmada; yaklaşık her iki gebeden birinin riskli gebelik grubunda yer aldığı, riskli gebeliği olan gebelerin yaşam kalitesinin daha düşük ve risk algısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, eşin iş durumu, gebelik sayısı, doğum sayısı, sezaryen sayısı, ölü doğum yapma, düşük sayısı, plansız gebelik, vitamin ve demir takviyesi alma durumu, daha önce riskli gebelik öyküsü ve tıbbi risk öyküsü risk durumunu etkileyen faktörlerdi.

Türkiye'de riskli gebeliklerin sayısı oransal olarak azalış eğiliminde olsa da TNSA 2018 yılı verilerine hala her üç gebelikten birisi (%35,2) riskli gebelik tanısı almaktadır (32). TNSA'da riskli gebelik tanımı; adolesan ve ileri yaş gebelikler, kısa doğum aralığı ve yüksek doğum sırası (≥3) gibi demografik risk faktörleri üzerinden yapılmıştır. Bu çalışmada ise risk sınıflandırması Risk Değerlendirme Formu kriterleri temel alınarak gerçekleştirilmiştir. Hatay ili genelinde mayıs ayı itibarıyla riskli gebelik oranının %57,9, çalışma alanı olan İskenderun ilçesinde ise %36,0 olduğu görülmektedir (72). Çalışmamıza dahil edilen ASM'lere kayıtlı gebelerde riskli gebelik oranı %53,1 olarak belirlenmiştir. Bu bulgu, TNSA 2018'de bildirilen ulusal oranın üzerinde seyretmektedir. Literatürde riskli gebelik prevalansının kullanılan tanım, bölgesel özellikler, sosyodemografik yapı ve sağlık hizmetlerine erişebilirlik gibi faktörlere bağlı olarak önemli ölçüde değişkenlik gösterdiği belirtilmektedir. Çalışmamızda kullanılan daha kapsamlı risk kriterlerinin yanı sıra Hatay ve İskenderun bölgesinin demografik özellikleri, afet sonrası nüfus hareketleri, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler gibi bölgesel faktörlerin riskli gebelik oranını artırmış olabileceği düşünülmektedir. Bu yönüyle çalışmamız, lokal düzeyde risk oranlarının ulusal ortalamalardan daha yüksek seyredebileceğine işaret etmekte ve bölgeye özgü perinatal izlemlerin güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda riskli gebelik grubunda evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşı riskli gebelik olmayan gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç, literatürde genç yaşta gebe kalmanın anne ve yenidoğan sonuçları üzerinde olumsuz etkilerle ilişkilendirildiğini gösteren çok sayıda çalışmanın bulguları ile tutarlıdır. DSÖ ve son yıllarda yayımlanan derlemeler genç annelerin (10–19 yaş) eklampsi, puerperal enfeksiyonlar, anemi, düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve neonatal komplikasyonlar gibi daha yüksek advers sonuçlarla karşılaştığını bildirmektedir (73,74). Maternal yaşın gebelik sonuçları üzerindeki etkisine ilişkin ampirik kanıtlar U-şekilli bir ilişki önerir; yani çok genç (<17–19 yaş) ve ileri yaş (>35–40 yaş) gebelikler bazı olumsuz sonuçlarla bağımsız şekilde ilişkilidir. Geniş kohortta yapılan çok değişkenli analizler maternal yaşın hem perinatal hem de maternal komplikasyonlara katkıda bulunduğunu göstermiştir. Çok genç yaşın prematürite ve yenidoğan intrakraniyal kanama gibi kötü neonatal sonuçlarla bağlantılı olduğu bulunmuştur (75). Bu bağlamda bizim çalışmamızdaki daha düşük yaşta evlenme/ ilk gebelik yaşının riskli gebelik oranının artması ile tutarlı olduğu söylenebilir. TNSA 2018 ve ulusal analizlerin ise erken evlilik, düşük eğitim düzeyi ve sınırlı hizmet erişimi gibi sosyodemografik belirleyicilerin riskli gebelikle ilişkisini vurguladığı görülmekte olup bu durum çalışmamızın bulgularını desteklemektedir (32).

Çalışmamızda riskli gebelik grubunun yarısından fazlasının okuryazar olmadığı veya yalnızca ilkokul mezunu olduğu, benzer şekilde eşlerin de yaklaşık yarısının bu eğitim düzeyine sahip bulunduğu görülmüş olup hem anne hem de eşe ait düşük eğitim düzeyinin sosyoekonomik ve sağlık okuryazarlığına ilişkin dezavantajları artırarak riskli gebelik olasılığını yükselttiğini bildiren güncel literatürle uyumlu bir sonuç elde edilmiştir. Düşük anne eğitiminin gebelik ve perinatal sonuçlar üzerinde bağımsız olarak olumsuz etkilerle ilişkili olduğu geniş veri setleri ve meta-analizlerle desteklenmektedir; daha düşük eğitim düzeyi, prematürite, düşük doğum ağırlığı ve diğer advers maternal-perinatal sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (76,77). Ayrıca eğitim düzeyi sağlık okuryazarlığını, antenatal bakım başvurusunu ve sağlıklı davranışları etkilediğinden (beslenme, demir kullanımı, sigara bırakma), bu yolaklar aracılığıyla düşük eğitim düzeyi gebelik riskini dolaylı olarak artırabilmektedir. Eşin eğitim düzeyinin daha düşük olması, antenatal bakım başvuru

ve sağlık okuryazarlığını olumsuz etkileyerek hem doğrudan (daha az eş desteği, gecikmiş başvuru) hem de dolaylı (düşük sosyo-ekonomik olanaklar, sınırlı bilgi) yollarla riskli gebelik olasılığını artırabilir (78,79). Sonuç olarak, bulgumuz literatürle uyumludur ve erken müdahale gerektiren hedef grupların (düşük eğitimli anne ve eş) belirlenmesi ile sağlık okuryazarlığı, aile planlaması ve erişilebilir antenatal hizmetleri içeren çok bileşenli programların geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda riskli gebelik grubunda eşinin daimî işi olan katılımcı oranı riskli olmayan gruba göre düşük bulunmuştur. Eşin istikrarlı istihdamının gebelik sürecinde bir tür sosyal ve ekonomik destek kaynağı olarak koruyucu rol oynayabileceğini göstermektedir. TNSA 2018 yılı verilerine göre de eşin sosyoekonomik özellikleri (eğitim düzeyi, istihdam durumu) ile kadınların son gebeliklerinde risk faktörleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu raporlanmıştır; eşin daha yüksek sosyoekonomik statüye sahip olduğu durumlarda riskli gebe olma oranlarının azaldığı bulunmuştur (32). Bu durum yerel sosyoekonomik eşitsizliklerin maternal sağlık riskleri üzerindeki rolünü göstermekte ve eş istihdam durumu gibi aile kaynaklarının riskli gebelik riskinin belirlenmesinde dikkate alınması gerektiğini desteklemektedir. Eşin daimî bir işe sahip olması, hane gelirini ve ekonomik güvenliği artırarak kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerine erişimini, lojistik desteğini ve genel stres yükünü olumlu yönde etkileyebilir.

Çalışmamızda riskli gebelik grubunda evli olmayan katılımcı oranının daha yüksek olması, evlilik durumunun gebelik risk profilinde belirleyici bir sosyodemografik faktör olduğunu göstermektedir. Bu bulgu güncel literatürle tutarlıdır. Meta-analizler ve derlemeler evli olmayan kadınların preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve yoğun bakım ünitesi yatışı gibi olumsuz bebek sonuçları açısından daha yüksek risk taşıdığını bildirmiştir (80,81). Ayrıca çalışmamızda riskli gebelik grubunda plansız gebelik görülme oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalar da evli olmayan kadınlarda plansız gebeliklerin ve bakım hizmetlerine erişim sorunlarının daha sık olduğunu bildirmekte, bunun gebelik risk profilini olumsuz etkileyebileceğini vurgulamaktadır (82,83). Evli olmayan kadınlarda sosyal ve ekonomik desteğin daha sınırlı olması, plansız gebelik olasılığının yüksekliği, damgalanmanın antenatal bakım arayışını olumsuz etkilemesi

ve artmış psikososyal stres ile ruhsal sorunların bakım davranışları ve gebelik sonuçlarını zayıflatması birlikte değerlendirildiğinde, evli olmamanın gebelikte risk profilini artıran çok boyutlu bir sosyal belirleyici olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda riskli gebelik grubunda çoklu gebelik ve doğum öyküsünün daha sık görüldüğü, ayrıca sezaryen doğum oranlarının da anlamlı biçimde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Türkiye'de yapılan çalışmalarda yüksek paritenin preeklampsi, anemi, postpartum hemoraji ve erken doğum riskini anlamlı biçimde artırdığı; özellikle kısa doğum aralığının komplikasyonları daha da belirginleştirdiği bildirilmektedir (84-87). Uluslararası literatür de benzer şekilde ≥4 gebeliği olan kadınlarda obstetrik risklerin belirgin biçimde yükseldiğini ortaya koymaktadır (88-90). Ayrıca çalışmamızda riskli gebelik grubunda sezaryen doğum oranlarının anlamlı derecede yüksek bulunması, sezaryen öyküsünün sonraki gebeliklerde plasenta previa, plasenta akreta spektrumu, uterin rüptür ve preterm doğum gibi komplikasyonlara zemin hazırladığını gösteren güncel çalışmalarla da örtüşmektedir (87-89). Bu bağlamda, mevcut çalışma çoklu gebelik/ yüksek parite ve sezaryen öyküsünün riskli gebelik gelişiminde önemli obstetrik belirleyiciler olduğunu desteklemektedir.

Çalışmamızda riskli gebelik grubunda ölü doğum ve tekrarlayan düşük öyküsünün riskli olmayan gruba kıyasla daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Literatürde önceki gebelik kayıplarının sonraki gebeliklerde advers sonuç riskini artırdığına dair güçlü kanıtlar bildirilmiştir. Türkiye'de Şimşek ve ark.'nın (2021) yaptığı geniş kohort çalışmasında, preeklampsi, gestasyonel diyabet, fetal anomaliler ve plasenta dekolmanı gibi komplikasyonların anlamlı şekilde ölü doğumla ilişkilendirildiği bulunmuş olup, bu risk faktörlerinin aynı zamanda maternal morbidite ve postpartum komplikasyonları da artırdığı gösterilmiştir (91). Uluslararası yapılan sistematik incelemeler ve kohort çalışmaları, önceki ölü doğumun sonraki gebelikte ölü doğum riskini anlamlı şekilde yükselttiğini ve önceki düşük/tekrarlayan düşük öyküsünün de sonraki gebeliklerde düşük, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve diğer obstetrik komplikasyon risklerini artırdığını göstermektedir (92-94). Bu ilişki hem anneye ait sağlık sorunlarının hem de kısa doğum aralığı, yetersiz takip ve düşük sosyoekonomik durum gibi ek risklerin birlikte etkili olduğunu; bu nedenle önceki düşük ya da ölü

doğum öyküsü olan kadınların sonraki gebeliklerinde daha yakından izlenmesi ve özel bakım gerektirdiğini göstermektedir.

Çalışmamızda riskli gebelik grubunda gebelik öncesi vitamin ve demir takviyesi kullanımının daha düşük bulunması, maternal mikro besin desteğinin eksikliğinin anne ve fetüs açısından advers sonuç riskini artırdığına dair bildirilen kanıtlarla uyumludur. Antenatal demir-folik asit ve çoklu mikro besin takviyeleri anne anemisini, düşük doğum ağırlığını ve prematür doğumu azaltmakta; ayrıca prekonsepsiyonel folik asit kullanımı nöral tüp defektleri önlemede etkilidir. Dolayısıyla gebelik öncesi ve erken gebelik döneminde takviye alımının düşük olması risk profiline olumsuz yansır (95,96). Ayrıca dünya çapında ve Türkiye verilerinde takviye kullanımındaki yetersizliklerin düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik durum, plansız gebelik ve antenatal bakıma geç başvuru ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (97,98). Nitekim çalışmamızda riskli gebelik grubunda hem kadının hem eşinin eğitim düzeyinin daha düşük olması ve plansız gebeliklerin daha sık görülmesi, bu grupta gebelik öncesi vitamin ve demir takviyesi kullanımının daha düşük bulunmasını açıklayan sosyo-demografik bir zemin oluşturmaktadır.

PREG-QOL ölçeği ile değerlendirilen yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, gebelerin genel yaşam kalitesi düzeylerinin orta–yüksek aralıkta olduğu; özellikle sosyal alan puanlarının en yüksek, fiziksel ve duygusal alan puanlarının ise görece daha düşük düzeyde seyrettiği görülmüştür. Bu bulgular, gebelik sürecinde sosyal desteğin koruyucu bir unsur olarak öne çıktığını, ancak fiziksel yakınmalar ve duygusal dalgalanmaların yaşam kalitesini daha belirgin şekilde etkileyebildiğini düşündürmektedir.

PREG-QOL ölçeği alt boyutları incelendiğinde, riskli gebelik grubunda yaşam kalitesinin tüm alanlarda belirgin biçimde daha düşük olduğu görülmüştür. Riskli gebelik yaşayan kadınların genel memnuniyet algısı, duygusal iyilik hâli, sosyal destek sistemleri ve sosyal alan puanları riskli gebelik olmayan gruba kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar, riskli gebeliğin yalnızca fiziksel değil, duygusal ve sosyal boyutlarda da yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bütüncül bir durum olduğunu göstermektedir. Şahsıvar ve ark. tarafından yapılan vaka-kontrol tipindeki çalışmada, riskli ve normal gebeliği olan toplam 297 kadın üzerinde Dünya Sağlık

Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) ve Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Çalışma sonuçları, riskli gebelik grubunda fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve genel yaşam kalitesi alt boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermiştir (99). Gadelha ve ark., Brezilya'da 276 yüksek riskli gebeyi değerlendirerek gebelik sürecinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemiştir. Çalışmada riskli gebeliğin yaşam kalitesini özellikle fiziksel durum/enerji düzeyi ve maddi sorunlar gibi alanlarda olumsuz etkilediği; buna karşılık aile ilişkileri, eş ilişkisi ve gebelikten memnuniyet gibi psikososyal alanlarda daha yüksek puanlar bildirilmiştir. Genel olarak çalışma, riskli gebelerde yaşam kalitesinin çok boyutlu biçimde etkilendiğini ve özellikle fiziksel ve ekonomik alanlarda destek ihtiyacının belirgin olduğunu ortaya koymuştur (100). Boutib ve ark.'nın 2011–2021 yıllarını kapsayan sistematik derlemesinde, incelenen 73 çalışmanın 23'ünün patolojik (riskli) gebelikleri ele aldığı; bu patolojik durumların tümünün gebelikte yaşam kalitesini belirgin biçimde olumsuz etkilediği bildirilmiştir (101). Bu çalışmaların tümü, riskli gebeliğin yaşam kalitesini fiziksel işlevsellikten duygusal iyilik hâline ve sosyal etkileşimlere uzanan geniş bir yelpazede azalttığını tutarlı biçimde göstermektedir. Bulgular riskli gebeliklerde yalnızca tıbbi izlemin değil, psikososyal destek, danışmanlık ve sosyal kaynaklara erişimi güçlendiren bütüncül bakım yaklaşımlarının gerekliliğini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda evlilik yaşı ve ilk gebelik yaşı düştükçe PREG-QOL'un genel memnuniyet algısı ve sosyal destek sistemleri puanlarının da düştüğü; buna karşılık fiziksel alan puanlarının arttığı görülmüştür. Bu durum, daha erken yaşta gebelik yaşayan kadınların sosyal destek kaynaklarına erişim, ilişki stabilitesi ve yaşam doyumu açısından dezavantajlı olabileceğini düşündürmektedir. Diğer yandan genç gebelerde fiziksel dayanıklılığın daha yüksek olması ve gebelik semptomlarının daha hafif yaşanması nedeniyle fiziksel yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda gebelik sayısı, doğum sayısı, sezaryen sayısı ve düşük sayısının artmasıyla genel memnuniyet algısı, duygusal alan, sosyal destek sistemleri ve sosyal alan puanlarının anlamlı şekilde azaldığı gözlenmiştir. Yüksek paritenin hem fiziksel yükü hem de aile içi bakım sorumluluğunu artırarak yaşam kalitesini düşürebileceği

gösterilmiştir (102). Ayrıca tekrar eden düşük/gebelik kaybı öyküsünün psikolojik yükü (anksiyete, depresyon, suçluluk, sosyal izolasyon) artırdığı ve bunun hem duygusal iyi oluşu hem de algılanan sosyal desteği olumsuz etkilediği çok sayıda çalışmada bildirilmiştir; bu durum sonraki gebeliklerde yaşam kalitesinin düşmesine yol açar (103,104). Sezaryen sayısındaki artışın ise hem fiziksel iyileşme süresini uzatması hem de kronik ağrı, uyku bozukluğu ve günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıklar yoluyla (özellikle kısa aralıkla yinelenen sezaryenlerde) anne yaşam kalitesinin azalmasıyla ilişkilendirildiği gösterilmiştir (105,106). Bu bulgular, çoklu gebelik/obstetrik komplikasyon öyküsü olan kadınların yalnızca tıbbi değil aynı zamanda psikososyal düzeyde de hedeflenmiş takip ve müdahale (psikolojik destek, ağrı/uyku yönetimi, doğum sonrası rehabilitasyon, aile planlaması danışmanlığı ve sosyal hizmet yönlendirmesi) ihtiyacını işaret etmektedir.

GRAÖ değerlendirmesinde, katılımcıların bebeğe yönelik risk algısı puanlarının medyan değeri 14,0; kendine yönelik risk algısı puanlarının 23,7; toplam risk algısının ise 19,6 olup maksimum 100 puan üzerinden değerlendirildiğinde risk algısının genel olarak düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde, çalışmamızdaki sonuçlarla uyumlu bulgulara ulaşan araştırmalar bulunmaktadır. Sadore ve ark. (2023) tarafından 668 gebe üzerinde yürütülen çalışmada, kadınların GRAÖ'ye göre genel olarak düşük düzeyde risk algısına sahip oldukları bildirilmiştir (109). Çoban ve Yılmaz (2024) prenatal tarama testi yaptıran gebelerde risk algısını değerlendirdikleri araştırmada, GRAÖ'ye göre gebelerde risk algısının düşük düzeyde seyrettiğini rapor etmiştir (110). Aksöz'ün (2023) yürüttüğü araştırmada gebelerin risk algısı puanları da çalışmamızdaki bulgularla uyumlu biçimde ortalamanın altında bir risk algısına işaret etmiştir (111). Benzer şekilde, Lee ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmada da gebelerin kendileri için hesaplanan risk algısı ile bebeğe yönelik risk algısı puanının her iki boyutta da düşük düzeyde olduğu rapor edilmiştir (112). Bununla birlikte, bazı araştırmalar çalışmamızdan farklı sonuçlar bildirmektedir. Sangin ve Phonkunsol (2021) yürüttükleri çalışmada gebelerin orta düzeyde bir risk algısına sahip olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca kadınların kendilerine yönelik risk algılarının, bebeğe ilişkin risk algısından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (113). Bu bulgu literatürde de zaman zaman vurgulanan bir eğilimdir. Nitekim

çalışmamızda da benzer şekilde, gebelerin kendi sağlık durumlarına ilişkin risk algılarının daha belirgin olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda riskli gebeliği bulunan kadınların, riskli gebelik yaşamayanlara kıyasla hem bebeğe yönelik hem de kendilerine yönelik risk algılarının anlamlı biçimde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Mevcut gebeliğinde risk faktörü bulunan gebelerde risk algısını doğrudan inceleyen araştırmalar oldukça sınırlıdır. Bor ve ark.'nın (2023) yaptığı çalışmada düşük ve yüksek riskli gebeler karşılaştırılmış ve yüksek riskli gebelerde risk algı düzeyinin düşük riskli gebelere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (114). Bahadır Yılmaz ve Şahin (2019), riskli gebelik yaşayan kadınların yaşamayanlara kıyasla sağlık durumlarıyla ilgili endişe ve prenatal sıkıntı puanlarının daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir (115). Bu bulgular, mevcut gebeliğinde risk faktörü bulunan kadınlarda risk algısının belirgin şekilde arttığını ve bunun da gebelik sürecinde psikososyal desteğin önemini ortaya koyduğunu göstermektedir.

Literatürde, olumsuz obstetrik öyküsü bulunan kadınların gebelik sürecinde daha yüksek risk algısı yaşadığı bildirilmiştir. Çalışmamızda da daha önce riskli gebelik yaşayan, tıbbi öyküyle risk taşıyan veya obstetrik öyküyle risk yaşamış katılımcıların, gebenin bebeğe yönelik risk algısı, kendi sağlıklarına yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eser'in (2024) yaptığı çalışmada riskli gebelik öyküsü olan kadınlarda risk algısı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (116). Alemu ve ark. (2022) olumsuz obstetrik öyküsü olan kadınların gebelikte risk algısının arttığını belirtmişlerdir (117). Benzer şekilde, Özdemir (2023) düşük öyküsü bulunan kadınlarda risk algısı düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (118). Bu bulgular, riskli gebelik öyküsü olan kadınların gebelik sürecine ilişkin deneyimlerinin stres düzeyini artırarak risk algısını etkileyebileceğini desteklemektedir.

Çalışmamızda katılımcı yaşı ile gebenin bebeğe yönelik risk algısı, kendi sağlıklarına yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır. Bayrampour ve ark. (2012) tarafından gerçekleştirilen ve ileri yaş ile genç yaşta nullipar kadınların gebelik risk algılarının karşılaştırıldığı çalışmada, risk algısı değerlendirmesi için çalışmamızda da kullanılan GRAÖ ölçeği

kullanılmıştır. Çalışma sonuçları, 35 yaş ve üzerindeki kadınların, genç yaş grubu nulliparlara kıyasla daha yüksek düzeyde gebelik riski algısına sahip olduğunu göstermiştir (119). Rajbanshi ve ark. (2021), adolesan gebelerde risk algısının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğunu bildirmiştir (120). Bu bulgular ışığında, çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak, yaş ile gebelik risk algısı arasında pozitif bir ilişki olduğu söylenebilir. Bu durum, yaşın artmasıyla birlikte karşılaşılan sağlık sorunlarının ve gözlemlenen riskli durumların artması ile tecrübelerin çoğalmasına bağlı olarak bireylerin riskleri daha fazla fark etmesiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların gebelik sayısı ve doğum sayısı ve sezaryen sayısı ile gebenin bebeğe yönelik risk algısı, gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Gebelerin doğum sayısı, obstetrik tehlike işaretlerini tanıma ve riskleri fark etme düzeyinde önemli bir belirleyici olarak gösterilmiştir (109). Yapılan araştırmalar, doğum sayısının artmasının annenin obstetrik risklere ilişkin farkındalığını artırdığını ortaya koymaktadır (121). Çalışmamızdaki bulgular da bu sonuçlarla uyum göstermektedir; doğum sayısındaki artışın, gebeliğe ilişkin risklerin daha yüksek algılanmasına ve dolayısıyla risk algısının yükselmesine katkıda bulunabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda, katılımcıların normal doğum sayısı arttıkça katılımcıların risk algısı puanlarının düştüğü, sezaryen doğum sayısı arttıkça risk algısı puanlarının arttığı saptanmıştır. Normal doğum deneyimi algıyı azaltırken, sezaryen deneyimi algıyı artırmaktadır. Aslan ve Okumuş'un (2017) araştırmasında, sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların kaygı düzeylerinin beklentilerin üzerinde olduğu bildirilmiştir (122). Başka bir çalışmada, Yılmaz ve ark. (2020), normal vajinal doğum yapan kadınların sezaryen olanlara kıyasla doğumu daha az travmatik algıladıklarını rapor etmiştir (123). Özdemir'in (2023) çalışmasında, sezaryen doğum gerçekleştiren kadınların gebelikte risk algısı puanlarının vajinal doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (118). Bu bulgular, çalışmamızdaki sonuçlarla uyum göstermektedir. Sezaryen doğumun kadınlardaki olumsuz etkileri gebelerin kendilerini daha çok risk altında hissetmelerine neden olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, ölü doğum sayısı ile gebenin bebeğe yönelik risk algısı, gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Önceki yaşam deneyimleri, gebelerin risk algısını önemli ölçüde etkilemektedir. Geçmişte bir veya birden fazla çocuğunu kaybetmiş olan kadınlar, doğacak çocuklarına da zarar gelme olasılığını daha yüksek görebilir ve bu durum onları daha fazla tedirgin edebilir (124,125). Silva ve ark. (2020) da geçmişte ölü doğum veya yenidoğan kaybı yaşamış kadınların risk algısının olumsuz etkilendiğini ve bunun, aynı olayı tekrar yaşama endişesinden kaynaklanabileceğini bildirmiştir (126). Ayrıca, düşük yapma geçmişi de benzer şekilde risk algısını artıran bir faktördür (127). Çalışmamızda da düşük sayısı ile puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Gebelik risk algısı, gebelerin bebeklerine gelebilecek olası zararlar konusundaki düşünce, duygu ve farkındalıklarını içermekte olup, önceki gebelik deneyimleri gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bu bağlamda, bir veya birden fazla kez düşük yaşamış gebeler, olumsuz hayat deneyimine sahip olduklarından, mevcut gebeliklerinde de düşük yaşama ve bebeklerini kaybetme endişesi taşıyabilmektedir (127,128). Düşük sayısı ile gebelik risk algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunması, büyük olasılıkla bu durumdan kaynaklanmaktadır. Bu doğrultuda, daha önce düşük yaşamış gebelerin mevcut gebeliklerinde daha fazla endişe ve stres yaşama olasılıklarının yüksek olduğu bildirilmiştir (129). Silva ve ark. da benzer şekilde, düşük yaşamış gebelerde gebelik risk algısının olumsuz yönde etkilendiğini rapor etmişlerdir (126). Akça ve ark., düşük yapma öyküsü olmayan gebelerin sağlık algılarının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (130). Ayrıca Fertl ve ark., daha önce düşük yapmış kadınların gebelikle ilgili korku ve durumluk anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (131). Gebeliğe özgü anksiyetenin, gebelik risk algısını etkileyebileceği düşünüldüğünde, daha önce düşük yaşamış gebelerde risk algısının yüksek çıkması beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda, PREG-QOL ölçeğinin tüm alt boyutları ile GRAÖ'nün gebenin bebeğe yönelik risk algısı, gebenin kendisine yönelik risk algısı ve toplam risk algısı puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, gebelerin yaşam kalitesi arttıkça risk algılarının azaldığını göstermektedir. Yani, gebeler kendilerini fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan daha iyi hissettiklerinde hem

kendi sağlıkları hem de bebeklerinin sağlığıyla ilgili riskleri daha az algılamaktadırlar. Bu sonuç, gebelikte yaşam kalitesinin sadece genel iyi oluşu değil, aynı zamanda algılanan riskleri ve kaygıyı da etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Literatürde gebelerde risk algısı ile yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirildiği çalışmaya rastlamadık. Mevcut veriler risk algısının gebelikte psikolojik iyi oluş ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Risk algısı, gebelik stresi ve psikolojik dayanıklılık gibi değişkenlerle ilişkilidir ve bu değişkenler de yaşam kalitesini etkileyebilir (133,134). Ayrıca belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik dayanıklılık gibi psikososyal faktörlerle risk algısı arasında ilişki bulunduğu, semptom yükü arttıkça risk algısının yükseldiği ve bunun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (133). Riskli gebeliklerde yaşam kalitesinin fiziksel, psikososyal ve genel boyutlarda daha düşük olması da yüksek risk algısının yaşam kalitesine potansiyel etkisini destekleyen kanıtlar sunmaktadır.

Araştırmamız kesitsel ve tanımlayıcı bir tasarıma sahip olduğundan, gebelerde risk durumu ile yaşam kalitesi ve risk algısı arasındaki ilişkilerde nedensellik çıkarımı yapılamamaktadır. Çalışma yalnızca Hatay ili İskenderun ilçesindeki dört ASM'ye kayıtlı gebelerle yürütüldüğü için bulguların farklı bölge ve nüfus gruplarına genellenmesi de sınırlıdır. PREG-QOL ve GRAÖ ölçekleri katılımcıların kendi deneyim, algı ve duygularına dayandığı için subjektif ölçüm araçlarıdır; bu durum ölçüm sınırlılığı oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, psikososyal destek, stres, anksiyete gibi yaşam kalitesi ve risk algısını etkileyebilecek faktörler çalışmada kapsamlı şekilde değerlendirilememiştir. Son olarak, veriler belirli bir zaman diliminde toplanmış olup gebelik sürecindeki değişimleri yansıtamamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamakta, gebelerde risk durumunu etkileyen faktörler ile yaşam kalitesi ve risk algısının bir arada değerlendirilmesi çalışmamızın güçlü yönüdür. Hem gebelik sürecine özgü yaşam kalitesinin hem de gebelik risk algısının aynı örneklemde değerlendirilmesi, gebelik sürecinde psikososyal ve fiziksel risklerin bütüncül olarak analiz edilmesine olanak sağlamıştır. Bu yönüyle çalışma, riskli gebeliklerin hem tıbbi hem de psikososyal boyutlarını bir arada ele alarak bölgeye özgü perinatal bakım politikalarının geliştirilmesi için sağlam bir veri zemini sunmaktadır.

Çalışmamızda yaklaşık her iki gebeden birinin riskli gebelik grubunda yer aldığı bulunmuştur. Riskli gebelik yaşayan kadınların yaşam kalitesi, özellikle fiziksel ve duygusal alanlarda, riskli gebelik yaşamayanlara kıyasla belirgin biçimde daha düşük; risk algısı ise daha yüksek bulunmuştur. Riskli gebelik ile ilişkilendirilen faktörler arasında genç evlenme/gebelik yaşı, düşük eğitim düzeyi, eşin eğitim ve istihdam durumu, yüksek gebelik ve doğum sayısı, önceki düşük veya ölü doğum öyküsü, sezaryen doğum ve yeterli beslenme desteğinin olmaması öne çıkmıştır. Riskli gebeliği var olan kişilerde,gebenin bebeğe ve kendine yönelik risk algısının yüksek olduğu görülmüştür.Ayrıca, yaşam kalitesi ile risk algısı arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmış olup, yaşam kalitesinin artmasıyla risk algısının azaldığı görülmüştür.

Çalışma sonuçlarından elde edilen bulgular doğrultusunda;

1. Birinci basamak, gebeliğe özgü sağlık ve risk yönetiminde hem erken teşhis hem de bütüncül destek sağlayan merkezi bir rol üstlenmektedir. Bu anlamda riskli gebelikler açısından yüksek riskli grupların (erken evli, düşük eğitimli, çoklu gebelik/obstetrik komplikasyon öyküsü olan kadınlar) antenatal bakım ve psikososyal destek açısından öncelikli olarak izlenmesi sağlanmalıdır.
2. Gebelik öncesi ve gebelik sırasında vitamin ve demir takviyesi gibi temel beslenme destekleri ile sağlık okuryazarlığı programları güçlendirilmelidir.
3. Riskli gebeliklerin fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarını kapsayan bütüncül bakım modelleri oluşturulmalı, aile ve sosyal destek mekanizmaları aktif olarak devreye alınmalıdır.

4. Gelecek çalışmalarda, risk algısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin uzun dönemli gebelik ve postpartum dönemi kapsayacak şekilde incelenmesi, bölgesel ve kültürel farklılıkların etkisinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

Bu yaklaşımlar hem maternal hem de neonatal sağlığı iyileştirmek ve riskli gebeliklerin olumsuz etkilerini azaltmak için planlanacak müdahalelerin etkinliğini artırabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Karataş Okyay E. The Effect Of Perception Of Risk In Pregnancy On Wellness. Socrates Journal of Interdisciplinary Social Researches, 2022;8(14):1–12.

2. Demir Yildirim,A, Hotun Şahin N. Riskli Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Risklerin Değerlendirilmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020;5(4):661–672.

3. Mirzakhani K, Ebadi A, Faridhosseini F, Khadivzadeh T. Well-Being In High-Risk Pregnancy: An Integrative Review. BMC Pregnancy and Childbirth, 2020;20(1):526.

4. Yanık D, Özcanarslan F. Riskli Gebelerde Algilanan Sosyal Destek İle Stresle Başetme Düzeyleri Arasindaki İlişki. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019;2(3):96–104.

5. Baltaci A. Doğum Teminatı Sigortası Tercihinde Hamilelikte Risk Algısının Etkisi: Kadın Tüketiciler Üzerine Bir Araştırma. Bankacılık ve Sigortacılık Araştırmaları Dergisi, 2020;14:26–43.

6. Cincioğlu, E, Durat G, Öztürk S, Akbaş H. Riskli Gebeliklerde Gebelerin Ruhsal Durumları Ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri. Sağlık ve Toplum, 2020;3:148-157.

7. Evcili F, Dağlar G. Gebelikte Risk Algısı Ölçeği: Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Cukurova Medical Journal, 2019;44:211-222.

8. Gözüyeşil E, Özertürk Ö. Gebelikte Risk Algısı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi; Trimesterler Arası Karşılaştırma. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2022;6(3):467–477.

9. Arslan H, Bani B, Güneş K, Eryurt MA. Türkiye'de Riskli Gebelikler: 2018 Tnsa Bulgulari. Turkish Journal Of Population Studies, 2020;42:64–91.

10. Lee S, Holden D, Webb R, Ayers S. Pregnancy Related Risk Perception In Pregnant Women, Midwives & Doctors: A Cross-Sectional Survey. BMC Pregnancy and Childbirth, 2019;19(1):1–8.

11. Alemu DA, Zegeye AM, Zeleke LB, Dessie WK, Melese YD, Tarik YD, et al. Pregnancy Risk Perception and Associated Factors among Pregnant Women Attending Antenatal Care at Health Centers in Jabi Tehnan District, Amhara, Northwestern Ethiopia, 2021. International Journal of Reproductive Medicine, 2022:1–9.

12. Okyay E, Sunay Z. Gebelikte Risk Algisi İle Gebelikte İyilik Hali Arasindaki İlişkinin İncelenmesi. Socrates Journal of Interdisciplinary Social Studies, 2022;14:1–12.

13. Holness N. High-Risk Pregnancy. Nursing Clinics of North America, 2018;53(2):241–251.

14. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Metin Gülmezoglu A. What Matters To Women: A Systematic Scoping Review To Identify The Processes And Outcomes Of Antenatal Care Provision That Are Important To Healthy Pregnant Women. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2016;123(4):529–539.

15. Arabacıoğlu C. Gebelerde yaşam kalitesi ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi; 2012.

16. Aydın R, Aktaş S. Doğum Öncesi Bakım. İçinde E. Nazik (Ed.), Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Akademisyen Kitapevi, 2022;171-213.

17. WHO, 2022. WHOQOL-Measuring Quality of Life| The World Health Organization. https://www.who.int/tools/whoqol (Erişim Tarihi: 19.06.2025)

18. Coşar Çetin F, Demirci N, Yeşilçiçek Çalık K, Çil Akıncı A. Gebelikte olağan fiziksel yakınmalar. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2017;48(4):135-141.

19. Maltepe C, Koren G. The management of nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum—A 2013 update. Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology, 2013;20(2):e184-192.

20. Mazuchová L, Murínová M, Kelčíková S, Maskálová E, Malinovská N. Predictors Related to Quality of Life in Pregnant Women. Iranian Journal of Public Health, 2023;52(10):2109.

21. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Overview of Obstetrics. Williams Obstetrics, 25th ed. New York, NY: McGraw-Hill Education, 2018:124-7.

22. Moore KL, Persaud TVN. The Developing Human: Clinically Oriented Embryology. 9th ed. Elsevier Health Sciences, 2019:92-7.

23. Dönmez A, Er M, Karaçam Z. Gebe Okuluna Başvuran Gebelerin Yaşadığı Gebeliğe Bağlı Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. Life Sciences, 2018;13(1):1-10.

24. Şahin NH. Hemşirelik Bakımı (3rd ed.). İstanbul University Yayın; 2010.

25. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği (18nd ed.). Akademisyen Kitabevi; 2023.

26. Dertlioğlu BS, Çiçek D, Uçak H, Çelik H, Halisdemir N. Gebelikte gözlenen deri değişiklikleri ve gebelik dermatozlarının incelenmesi. Fırat Tıp Dergisi, 2011;16(4):170-174.

27. Kartal B, Kızılırmak A, Zedelenmez A, Erdem E. The effect of physical changes in pregnancy on women's body ımage. Journal of Contemporary Medicine, 2018;8(4):356-360.

28. Gilbert ES, Harmon JS. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Palme Yayıncılık; 2002.

29. Odabaş RK, Taşpınar A. Gebelikte konstipasyon görülme durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020;23(2):250-258.

30. Casagrande D, Gugala Z, Clark SM, Lindsey RW. Low back pain and pelvic girdle pain in pregnancy. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2015;23(9):539-549.

31. Köybaşı EŞ, Oskay ÜY. Gebelik sürecinin uyku kalitesine etkisi. Gülhane Tıp Dergisi, 2017;59:1-5.

32. Arslan H, Bani B, Güneş K, Eryurt MA. Türkiye'de riskli gebelikler: 2018 TNSA bulgular. Nüfus Bilim Dergisi, 2020;42(1):64-91.

33. Arslan S, Okçu G, Coşkun AM, Temiz F. Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2019;6(1):179-192.

34. Yeşilçiçek ÇK, Aktaş S. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2011;3(1):142162.

35. Jackson K, Erasmus E, Mabanga N. Fatherhood And High-Risk Pregnancy: A Scoping Review. BMC Pregnancy and Childbirth, 2023;23(1):168.

36. Bor NA, Matyar F, Amanak K. Düşük ve Yüksek Riskli Gebelerde Risk Algısı ve Gebeliğe Uyum İlişkisi. Artuklu International Journal of Health Sciences, 2023;3(3):298–303.

37. Balkaya NA, Vural G, Eroğlu K. Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunların incelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2014;1(1):6-16.

38. Soğukpınar, N, Baykal Akmeşe Z, Hadımlı A, Balçık M, Akın B. Risky Pregnancy Profile In Maternity Hospitals: Sample Of Izmir Province. Journal of Academic Research in Nursing, 2018;37–44.

39. Willcox M, Okello I, Maidwell-Smith A, Tura A, van den Akker T, Knight M. Maternal And Perinatal Death Surveillance And Response: A Systematic Review Of Qualitative Studies. Bulletin of the World Health Organization, 2023;101(1):62-75G.

40. Kinney MV, Walugembe DR, Wanduru P, Waiswa P, George AS. Implementation Of Maternal And Perinatal Death Reviews: A Scoping Review Protocol. BMJ Open, 2019;9(11):e031328.

41. WHO, (2023). Trends in maternal mortality 2000 to 2020. https://www.who.int/publications/i/item/9789240108462 (Erişim Tarihi: 03.08.2025)

42. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Raporu. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara; 2019.

43. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2014). Riskli gebelikler yönetim rehberi. Ankara: Sistem Ofset Basın Yayın. Yayın No:926.

44. Yildirim AD, Oskay Ü. Dünyada ve Türkiyede Optimal Perinatal Bakima Yönelik Programlar. EGE HFD, 2020;36(1):45–52.

45. Rodrigues DB, Backes MTS, Delziovo CR, Santos EKA, Damiani PR, Vieira VM. Complexity Of High-Risk Pregnancy Care In The Health Care Network. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2022;43.

46. Lee S. Risk perception of women during high risk pregnancy: A systematic review. Risk and Society, 2012;14(6):511-531.

47. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi, 925. Baskı, 3-4.

48. Gnanasambanthan S, Datta S. Early pregnancy complications. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 2019;29(2):29-35.

49. Beji NK. Hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri, 507 s, İstanbul, Türkiye;2019.

50. Bilgin Z. Gebelik Fizyolojisi. Hemşirelik ve Ebelik için Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Özkan, H.A. (editörler). Akademisyen Kitapevi, Ankara, Türkiye, 2019;259.

51. Aksoy YE, Turfan ÇE, Yılmaz SD. Normal ve riskli gebelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Perinatoloji Dergisi, 2017;25(1):26– 31.

52. Yıldırım AD, Şahin NH. Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve risklerin değerlendirilmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020;5(4):661-672.

53. World Health Organization. The constitution of the WHO. WHO Chronicle, 1947;1:29.

54. Bilir N, Özcebe H, Vazioğlu SA, Aslan D, Subaşı N, Telatar TG. Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2005;25:663-668.

55. Aydıner Boylu A. Ailelerin Yaşam Kalitelerini Etkileyen Bazı Objektif ve Sübjektif Göstergelerin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Aile ve Tüketici Bilimleri Anabilim Dalı Doktora Tezi,Ankara; 2007.

56. Torlak SE, Yavuzçehre PS. Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme, Çağdaş Yerel Yönetimler, 2008;17(2):23-44.

57. Malkina-Pykh IG. Rhythmic Movement Psychotherapy, St Petersburg: INENCO Center of RAS; 2001.

58. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003;4:98–105.

59. Yanıkkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 2006;3:35–42.

60. Anafi P, Mprah WK. Knowledge and Perception of Risk in Pregnancy and Childbirth among Women in Low-Income Communities in Accra. Women, 2022;2(4):385-396.

61. Lennon SL. Risk perception in pregnancy: A concept analysis. Journal of advanced nursing, 2016;72(9):2016-2029.

62. Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Predictors of perception of pregnancy risk among nulliparous women. Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing, 2013;42(4):416-427.

63. Silva TV, Bento SV, Katz L. Pacagnella RC. "Preterm birth risk, me?" Women risk perception about premature delivery – a qualitative analysis. BMC Pregnancy and Childbirth, 2021;28(3):633-640.

64. Rajbanshi S, Norhayati MN, Nik NH. Risk perceptions among high-risk pregnant women in Nepal: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2021;21(1):1-8.

65. Taghizadeh Z, Cheraghı MA, Kazemnejad A, Pooralajal J, Aghababaeı S. Differences in perception of pregnancy risk in two maternal age groups. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 2017;11(5):9-12.

66. Lupton D. M-health and health promotion: The digital cyborg and surveillance society. Social Theory & Health, 2012;10:229-244.

67. Lennon SL. Perception of pregnancy risk among women with gestational diabetes and their partners: A mixed methods study, Doktora Tezi, University of Manitoba;2018.

68. Alemu DA, Zegeye AM, Zeleke LB, Dessie WK, Melese YD, et al. Pregnancy risk perception and associated factors among pregnant women attending antenatal care at health centers in jabi tehnan district, Amhara, Northwestern Ethiopia, 2021. International Journal of Reproductive Medicine, 2022(1):6847867.

69. Turgut N, Güldür A, Çakmakçı H, Şerbetçi G, Yıldırım F, et al. Gebe okulunda eğitim alan gebelerin bilgi düzeyleri üzerine bir araştırma. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN, 2017;3(1):1-8.

70. Yanık D, Özcanarslan F. Riskli gebelerde algılanan sosyal destek ile stresle baş etme düzeyleri arasındaki ilişki. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019;2(3):96-104.

71. Özer E, Güvenç G. Developing the Quality of Life in Pregnancy Scale (PREG-QOL). BMC Pregnancy and Childbirth, 2024;24(1):587.

72. https://hatayism.saglik.gov.tr

73. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

74. Diabelková J, Rimárová K, Dorko E, Urdzík P, Houžvičková A, Argalášová Ľ. Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. Int J Environ Res Public Health, 2023;20(5):4113.

75. Londero AP, Rossetti E, Pittini C, Cagnacci A, Driul L. Maternal age and the risk of adverse pregnancy outcomes: a retrospective cohort study. BMC pregnancy and childbirth, 2019;19(1):261.

76. Bello-Álvarez LM, Fernández-Félix BM, Allotey J, Thangaratinam S, Zamora J. Effects of maternal education on maternal and perinatal outcomes: An individual participant data meta-analysis of 2 356 402 pregnancies. International Journal of Gynecology & Obstetrics; 2025.

77. Rezaeizadeh G, Mansournia MA, Keshtkar A, Farahani Z, Zarepour F, Sharafkhah M, et al. Maternal education and its influence on child growth and nutritional status during the first two years of life: a systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine, 2024;71.

78. Adjiwanou V, Bougma M, LeGrand T. The effect of partners' education on women's reproductive and maternal health in developing countries. Social Science & Medicine, 2018;197:104-115.

79. Yargawa J, Leonardi-Bee J. Male involvement and maternal health outcomes: systematic review and meta-analysis. J Epidemiol Community Health, 2015;69(6):604-612.

80. Farbu J, Haugen M, Meltzer HM, Brantsæter AL. Impact of singlehood during pregnancy on dietary intake and birth outcomes- a study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. BMC Pregnancy Childbirth, 2014;14:396.

81. Barr JJ, Marugg L. Impact of Marriage on Birth Outcomes: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2012-2014. Linacre Q, 2019;86(2-3):225-230.

82. Karaçam Z, Şen E, Amanak K. Effects of unplanned pregnancy on neonatal health in Turkey: A case–control study. International Journal of Nursing Practice, 2010;16(6):555-563.

83. Yücel H, Demirel N, Baş AY, Işık DU, Kulalı F, Mollamahmutoğlu L, et al. A Sociodemographic Analysis of Mothers who Abandoned their Newborn Babies: a single-center study. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2021;15(2):150-154.

84. Uçar E, Bestel M. Pregnancy outcomes and risks in over 40; a retrospective analysis from Turkey's highest birth rate region. Ege Tıp Dergisi, 2025;64(2):330-336.

85. Ergen EB, Darıcı E, Kılıccı C, Abide CY, Kumru P. Grandmultiparite De Parite Sayısının Maternal ve Sonuçlara Etkisi. Zeynep Kâmil Tıp Bülteni, 2018;49(3):256-258.

86. Öner A, Kaya SP, Düzgün AA. Plasenta Previa Tanısı ile Takipli Grand Multipar Gebenin Perinatal Anksiyetesinin Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu. Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi, 2022;1(2):62-69.

87. Başkiran Y, Uçkan K, Çeleğen İ. Effect of grand multiparity on maternal, obstetric, fetal and neonatal results. European Review for Medical & Pharmacological Sciences, 2023;27(22).

88. Silver RM. Delivery after previous cesarean: long-term maternal outcomes. In Seminars in perinatology. WB Saunders, 2010;34(4):258-266.

89. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Obstet Gynecol, 2019;133(2):e110-e127.

90. World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO.

91. Simsek D, Demirci A, Çakmak BD. The risk factors and maternal adverse outcomes of stillbirth. Journal of Surgery and Medicine, 2021;5(1):80-84.

92. Lamont K, Scott NW, Jones GT, Bhattacharya S. Risk of recurrent stillbirth: systematic review and meta-analysis. bmj, 2015;350.

93. Deng X, Pan B, Lai H, Sun Q, Lin X, Yang J, et al. Association of previous stillbirth with subsequent perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. American journal of obstetrics and gynecology, 2024;231(2):211-222.

94. Turesheva A, Aimagambetova G, Ukybassova T, Marat A, Kanabekova P, Kaldygulova L, et al. Recurrent Pregnancy Loss Etiology, Risk Factors, Diagnosis, and Management. Fresh Look into a Full Box. J Clin Med, 2023;12(12):4074.

95. Caniglia EC, Zash R, Swanson SA, Smith E, Sudfeld C, Finkelstein JL, et al. Iron, folic acid, and multiple micronutrient supplementation strategies during pregnancy and adverse birth outcomes in Botswana. The Lancet Global Health, 2022;10(6):e850-e861.

96. Başgöl Ş, Oskay Ü. Evidence-based practices in preconception period and pregnancy. International Journal of Human Sciences, 2012;9(2):1524-34.

97. Saragih ID, Dimog EF, Saragih IS, Lin CJ. Adherence to Iron and Folic Acid Supplementation (IFAS) intake among pregnant women: A systematic review meta-analysis. Midwifery, 2022;104:103185.

98. Akyıldız D, Alkan H. Factors Associated with the use of Folic Acid and Iron Supplementation in the Periconceptional and Antenatal Periods of Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. Journal of Academic Research in Nursing; 2024.

99. Şahsıvar MŞ, Marakoğlu K. A case-control study evaluating depression and quality of life in high-risk pregnant women. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2010;30(3):871-879.

100. Gadelha IP, Aquino P, Balsells M, Diniz FF, Pinheiro A, Ribeiro S, et al. Quality of life of high risk pregnant women during prenatal care. Revista brasileira de enfermagem, 2020;73(suppl 5):e20190595.

101. Boutib A, Chergaoui S, Marfak A, Hilali A, Youlyouz-Marfak I. Quality of life during pregnancy from 2011 to 2021: systematic review. International journal of women's health, 2022;975-1005.

102. Alzboon G, Vural G. Factors influencing the quality of life of healthy pregnant women in North Jordan. Medicina, 2019;55(6):278.

103. Tavoli Z, Mohammadi M, Tavoli A, Moini A, Effatpanah M, Khedmat L, Montazeri A. Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage: a comparative study. Health Qual Life Outcomes, 2018;16(1):150.

104. Bilardi JE, Temple-Smith M. We know all too well the significant psychological impact of miscarriage and recurrent miscarriage: so where is the support?. Fertility and sterility, 2023;120(5):937-939.

105. Ilska M, Kołodziej-Zaleska A, Banaś-Fiebrich E, Brandt-Salmeri A, Janowska-Tyc E, Łyszczarz A, et al. Health-Related Quality-of-Life among pregnant women after first, second, and multiple Cesarean sections in the perinatal period: A Short-Term longitudinal study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2022;19(24):16747.

106. Abdel Aleem MM, Said Hassan NE, Eldeen Salama Ali ED, Abbas MM. Assessment of Quality-of-Life Following Vaginal Birth after Caesarean Section Versus Repeated Caesarean Section. Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research, 2025;10(8):641-650.

107. Dağlar G, Bilgiç D, Özkan SA. Factors affecting the quality of life among pregnant women during third trimester of pregnancy. Cukurova medical journal, 2019;44(3):772-781.

108. Ozkan ZS, Atılgan R, Goktolga G, Sımsek M, Sapmaz E. Impact of grandmultiparity on perinatal outcomes in eastern region of Turkey. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2013;26(13):1325-1327.

109. Sadore A, Kebede Y, Birhanu Z. Pregnancy Risk Perception, Knowledge of Obstetric Danger Signs and Attitude Towards Skilled Delivery Service Utilization Among Pregnant Mothers in a Rural Setting in South Ethiopia: A Community-Based Cross-Sectional Study. International Journal of Women's Health, 2023;15:1845–1856.

110. Çoban D, Yılmaz S. Prenatal Tarama Testleri Için Başvuran Gebelerde Risk Algısı. Anatolian Journal of Health Research, 2024;5(1):87–92.

111. Aksöz N. Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomlar ile Gebelikte Risk Algısı Arasındaki İlişki. Cumhuriyet Üniversitesi (Yüksek Lisans Tezi);2023.

112. Lee S, Holden D, Webb R, Ayers S. Pregnancy Related Risk Perception In Pregnant Women, Midwives & Doctors: A Cross-Sectional Survey. BMC Pregnancy and Childbirth, 2019;19(1):1–8.

113. Sangin, S., & Phonkusol, C. (2021). Perception of pregnancy risk and related obstetric factors among women of advanced maternal age. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 25(3), 494-504.

114. Bor NA, Matyar F, Amanak K. Düşük ve Yüksek Riskli Gebelerde Risk Algısı ve Gebeliğe Uyum İlişkisi. Artuklu International Journal of Health Sciences, 2023;3(3):298-303.

115. Bahadır Yılmaz E, Şahin E. Factors Associated With Prenatal Distress Levels Of Pregnant Women. Journal of Psychiatric Nursing, 2019;10(3):197–203.

116. Eser H. Riskli Gebelik Tanısı Almış Kadınlarda Risk Algısı ve Etkileyen Faktörler. Hitit Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Çorum; 2024.

117. Alemu DA, Zegeye AM, Zeleke LB, Dessie WK, Melese YD, Tarik YD, et al. Pregnancy Risk Perception and Associated Factors among Pregnant Women Attending Antenatal Care at Health Centers in Jabi Tehnan District, Amhara, Northwestern Ethiopia, 2021. International Journal of Reproductive Medicine, 2022:1–9.

118. Özdemir R. Riskli Yaş Grubu Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Risk Algısı. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi; 2023.

119. Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Comparison of perception of pregnancy risk of nulliparous women of advanced maternal age and younger age. Journal of Midwifery & Women's Health, 2012;57(5):445-453.

120. Rajbanshi S, Norhayati MN, Nik Hazlina NH. Risk perceptions among high-risk pregnant women in nepal: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2021;21(1):539.

121. Girum T, Shegaze M. Knowledge about Obstetric Danger Signs and Associated Factors among Antenatal Care Attendants. International Journal of Public Health Science (IJPHS), 2017;6(1):21.

122. Aslan Ş, Okumuş F. Primipar Kadınların Doğum Deneyim Algıları Üzerine Doğum Beklentilerinin Etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2017;4(1):32–40.

123. Yılmaz E, Şaşmaz S, Çakıroğlu S, Özdoğan Ş, Bay F. Kadınlarda travmatik doğum algısı ve anne-bebek bağlanma durumlarının incelenmesi; 2020.

124. Heaman MI, Gupton AL. Psychometric testing of the Perception of Pregnancy Risk Questionnaire. Research in nursing & health, 2009;32:493-503

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

126. Silva TV, Bento SV, Katz L, Pacagnella RC. Preterm birth risk, me? Women risk perception about premature delivery – a qualitative analysis. BMC Pregnancy and Childbirth, 2021;21:633-640.

127. Heaman M, Gupton A, Gregory D. Factors influencing pregnant women's perceptions of risk. Am J Matern Child Nurs, 2004;29:111-116.

128. Gençer E, Apay SE. Gebeliğin istenme durumu öznel mutluluğu etkiler mi? Psikiyatri hemşireliği dergisi, 2020;11:88-97.

129. Chojenta C, Harris S, Reilly N, Forder P, Austin MP, Loxton D. History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. PLoS ONE, 2014;9:e95038.

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

131. Fertl KI, Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M. Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior miscarriage. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2009;142:23–29.

132. Baransel ES, Uçar T. Riskli gebelerde fiziksel aktivite, gebelikte iyilik ve gebelikteki yakınmaların yaşam kalitesine etkisi: Karşılaştırmalı bir çalışma. Anatolian Journal of Health Research, 2021;2(3):101-106.

133. Altıparmak S, Bozal ŞK. The Relationship of Risk Perception in Pregnancy with Uncertainty Tolerance and Psychological Resilience. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2025;14(1):107-113.

134. Maharramova A, Gur EY. The pregnant women's perception of risks and pregnancy stress levels: a cross-sectional study from Turkey. Revista da Associação Médica Brasileira, 2024;70(6):e20231270.

8. EKLER

Ek-1. Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Anket Formu

1. Kaç yaşındasınız?

.....

2. Kaç yaşında evlendiniz?

.....

3. Eğitim durumunuz?

o Okuryazar değil o İlköğretim o Ortaöğretim o Üniversite

4. Medeni haliniz?

o Resmi Evli o Resmi evli değil

5. Eşinizle akrabalığınız var mı?

o Evet o Hayır

6.Eşinizin eğitim durumunuz?

o Okuryazar değil o İlkögretim o Ortaöğretim o Üniversite

7. Çalışma durumunuz?

o Çalışıyorum o Çalışmıyorum

8.Eşinizin daimi bir işi var mı ?

o Evet o hayır

9.Ailenizin gelirini nasıl değerlendiriyorsunuz.

o Geliri giderinden az o Geliri giderine eşit o Geliri giderinden fazla

10. Gebelik haftası:
o 1-12 Haftalar o 13-26. Haftalar o 27-40. Haftalar

11.Şuan kaçıncı gebelik:...

12.İlk gebelik yaşı.....

13.Doğum sayısı:....

14.Sezeryanla doğum sayısı:...

15.Normal doğum sayısı:....

16.Ölü doğum sayısı:....

17.Düşük sayısı:....

18.Boyunuz:

19:Gebelik öncesi Kilonuz:

20. Şuanki gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

o Evet o Hayır

21.Gebelikten önce doğum kontrol yöntemi kullandınız mı?

o Evet o Hayır
(Cevap Hayır ise 24. Sorudan devam edin)

22.Hangi Modern Yöntemi kullandınız?
o Doğum Kontrol Hapları o Rahim içi araç (Spiral) o Deri altı implant

o Aylık düzenli enjeksiyon o Bariyer yöntemi o Diğer……

23.Hangi geleneksel yöntemi kullandınız?

o Geri çekme o Takvim o Emzirme o Diğer…..

24. Daha önceki gebeliğinizde Aile Hekimi/ Aile Sağlığı Çalışanı veya Kadın Doğum Uzmanı tarafından riskli gebelik olduğunuz söylendi mi?

o Evet o Hayır

25.Şuan ki gebeliğinizde Aile Hekimi/ Aile Sağlığı Çalışanı veya Kadın Doğum Uzmanı tarafından riskli gebelik olduğunuz söylendi mi?

o Evet o Hayır
27. Aşağıdaki tıbbı durumlardan herhangi birine sahipmisiniz? (Birden çok işaretlenebilir)

o Kadın hastalıkları (Miyom,rahim anormallikleri)

o Diyabet (Şeker Hastalığı)

o Troid ve Guatr Gibi hormon hastalıkları

o Kronik Hipertansiyon

o Epilepsi ve Nörolojik hastalıklar

o Pskiyatrik rahatsızlıklar

o Solunum sistemi hastalıkları (Astım Koah,)

o Hematolojik (Kan) hasalıkları (Orak hücre anemsi,Talesemi)

o Böbrek Sistemi hastalıkları (Nefritik Nefrotik Sendromlar,Böbrek yetmezliği)

o Enfeksiyon Hastalıkları (hepatit,tüberkiloz verem)

o Romzatizma ve doğumdan gelen eklem hastalıkları (SLE,romatoid artrit, DKÇ,skolyoz)

o Neoplazmalar (Kanser)

o Risk yok

28.Aşagıdaki doğum öykülerinden herhangi birine sahipmisiniz ? (Birden çok işaretlenebilir)

o Geçmiş doğumun sezeryan oluşu veya rahim operasyonu

o Rahimde Miyom,kitle veya rahim anormalliği

o Gestasyonel Diyabet(Gebelik şekeri)

o RH uyumsuzluğu

o 3 ve üzeri düşük sayısı

o Düşük doğum ağırlığı (2500 gr düşük bebek)

o Yüksek doğum ağırlığı (4000 gr büyük bebek)

o Ölü doğum yada yeni doğan ölümü

o Erken doğum

o Postterm (42 haftayı geçen) doğum

o Anomalili (engelli) doğum öyküsü

o Zor ve müdahaleli doğum

o Gebelikte veya doğum sonrası kanama

o Risk yok

29. Şuanki gebeliğinizde herhangi biri mevcut mu? (Birden çok işaretlenebilir)

o 18 yaş altı

o 35 yaş üstü

o Ciddi anemi (Kansızlık)

o Siddetli enfeksiyon

o İdrar yolu enfeksiyonu

o İki yıldan sık gebelik

o Çoğul gebelik (ikiz,üçüz...)

o Sigara,Alkol kullanımı

o 5 ve üzeri doğum yapmış olmak

o Gestasyonel (Gebelik şekeri) diyabet

o Venöz tromboemboli (Pıhtı)

o Eklamsi-Preeklamsi (gebelikte tansiyon yüksekliği)

o Anomalili Fetüs

o Vajinal Kanama

o Hastaneye yatış gerektiren bulantı

o Gebelikte ameliyat öyküsü

o Erken doğum eylemi

o Risk yok

31. Gebelikte şeker yükleme testi yaptırdınız mı?

o Evet o Hayır

32 Gebelik boyunca Tetanoz Aşınız oldunuz mu?

oEvet oHayır yaptırmayacağım oHenüz zamanı gelmedi

33 Daha önceki gebeliğiniz sonrası bebeğinize Sağlık bakanlığı rutin aşılama programına göre aşılarınızı yaptırdınız mı?

o Evet o Hayır (Aşı yaptırmayı red ettim) o İlk gebelikğim çocuğum yok

34.Gebelik takiplerinizi nerde yapmayı tercih ediyorsunuz?(birden çok seçenek seçilebilir)

o Aile sağlığı merkezinde Aile hekimi ve Aile sağlığı Hemşiresi ile

o Devlet hastanesi Kadın doğum uzmanı ile

o Özel hastane kadın doğum uzmanı ile

35.Doğumunuzu nerde yapmayı düşünüyorsunuz?

o Evde o Devlet Hastanesinde o Özel Hastanede o Üniversite Hastanesinde

36. Riskli gebeliğiniz varsa takipler ve takip sıklığı ile ilgili size bilgi verildi mı?

o Riskli gebeliğim yok o Bilgi verildi o Bilgi verilmedi

37.Varsa Riskli gebelik sonrası hastaneye sevk edildiniz mi?

o Evet o Hayır

38. Gebelikten önce vitamin ve demir takviyesi başladınız mı?

o Evet o Hayır

39. Gebelik boyunca Vitamin ve demir takviyesi aldınız mı ?

o Evet o Hayır

Ek-2. Gebelikte Yaşam Kalitesi Ölçeği (PREG-QOL)

Gebelikte Yaşam Kalitesi Ölçeği (PREG-QOL)					
	Çok Memnun Değilim	**Memnun değilim**	**Ne memnuniyetsiz ne de memnun**	**Memnun kaldım**	**Çok Memnunum**
Madde 1: Şu anki fiziksel görünümünüzden ne ölçüde memnunsunuz?					
Madde 2: Gebelik sırasında sağlık hizmetlerine erişimden ne ölçüde memnunsunuz?					
Madde 3: Gebelik sırasında sağlık çalışanları tarafından verilen bilgilerden ne ölçüde memnunsunuz?					
Madde 4: Aile desteğinden memnun musunuz?					
Madde 5: Eşinizin desteğinden memnun musunuz?					
Madde 6: Arkadaş desteğinden memnun musunuz?					
Madde 7: Genel sağlık durumunuzdan memnun musunuz?					
Madde 8: Cinsel hayatınızdan memnun musunuz?					
Madde 9: Yaşam kalitenizden memnun musunuz?					
Madde 10: Evinizin yaşam koşullarından memnun musunuz?					
	Asla	**Nadiren**	**Bazen**	**Sık sık**	**Her zaman**
Madde 11: Gebelik sırasında kendinizi yalnız hissediyor musunuz?					

Madde 12: Gebelik sırasında günlük yaşam aktivitelerinizi yerine getirmekte ne ölçüde zorluk yaşıyorsunuz?					
Madde13: Bebeğinizin sağlığı hakkında endişeleriniz var mı?					
Madde14: Gebelik sırasında kendinizi yorgun hissediyor musunuz?					
Madde15: Gebelik sırasında kilo almakla ilgili endişeleriniz var mı?					
Madde16: Doğum konusunda endişeleriniz var mı?					
Madde 17: Gebelik sırasında sağlık sorunları için sağlık hizmetlerine ne ölçüde erişebiliyorsunuz?					
Madde 18: Doğumdan sonra yeterli destek alabileceğinizi düşünüyor musunuz?					
Madde 19: Gebelik sırasında meydana gelen fiziksel değişikliklerin sağlığınız üzerinde olumsuz etkileri olduğunu düşünüyor musunuz?					
Madde 20: Gebelik sırasında yorgunluk-halsizlik hissediyor musunuz?					
Madde 21: Gebelik sırasında sırt ağrısı yaşıyor musunuz?					
Madde 22: Gebelik sırasında mide bulantısı sorunu yaşıyor musunuz?					
Madde 23: Gebelik sırasında kusma sorununuz var mı?					

Madde 24: Gebelik sırasında kendinizi huzurlu hissediyor musunuz?					
Madde 25: Gebelik sırasında meydana gelen fiziksel değişikliklerin günlük yaşamınız üzerinde olumsuz etkileri olduğunu düşünüyor musunuz?					
Madde 26: Gebeliğiniz sosyal hayatınızı (arkadaşlık, eğlence faaliyetleri, boş zaman, vb.) ne ölçüde olumsuz etkiledi?					

Ek-3. Gebelikte Risk Algısı Ölçeği (GRAÖ)

GEBELİKTE RİSK ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda, bu gebeliğiniz sırasında kendinize ve bebeğinize yönelik risk algınızı değerlendirmeye yönelik ifadeler bulunmaktadır. İfadelerde doğru ya da yanlış cevap yoktur. Sizden, size ve bebeğinize ait risk durumuna ilişkin aşağıdaki derecelendirme ölçeklerinin her birinin üzerinde bir risk değerlendirmesi yapmanız istenmektedir. Bu kapsamda ifadenin hemen altında bulunan düz çizginin üzerindeki bir noktaya dikey bir işaret koymanız yeterlidir.

1. Bu gebelik sırasında kendime yönelik risk:

Hiç risk yok _____ Son derece yüksek risk var

2. Bu gebelik sırasında bebeğime yönelik risk:

Hiç risk yok _____ Son derece yüksek risk var

3. Bu gebelik sırasında kanama yaşama riskim:

Hiç risk yok _____ Son derece yüksek risk var

4. Bu gebelik sırasında sezaryen geçirme riskim:

Hiç risk yok _____ Son derece yüksek risk var

5. Bu gebelik sırasında hayatımı kaybetme riskim:

Hiç risk yok _____ Son derece yüksek risk var

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

Hiç risk yok _____ Son derece yüksek risk var

7. Bebeğimin bir doğum kusuruna sahip olma riski:

Hiç risk yok _____ Son derece yüksek risk var

8. Bebeğimin yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınma riski:

Hiç risk yok _____ Son derece yüksek risk var

9. Bu gebelik sırasında bebeğimi kaybetme riski:

Hiç risk yok _____ Son derece yüksek risk var

Ek-4. Etik Kurul İzin Yazısı

HMKÜ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL

KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:** 19	**Tarih:** 21/05/2025
	KARAR 19- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Cahit ÖZER'in (Arş.Gör.Dr.Cem ATEŞ'in uzmanlık tezi) "Birinci basamakta izlenen gebelerin risk durumunu etkileyen faktörler, yaşam kalitesi ve risk algısı arasındaki ilişki" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL ÜYELERİ		
Çalışma Esası:	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ	

ETİK KURUL ÜYELERİ								
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki		Katılım		İmza
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi	E	E☐	H✓	E✓	H☐	[redacted]
Doç.Dr. Emre DİRİCAN Başkan Yrd.	Biyoistatistik	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E☐	H✓	E✓	H☐	
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet ERDEM	Halk Sağlığı	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E☐	H✓	E✓	H☐	
Dr.Öğr.Üyesi Adem YAPICI Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ Spor Bilimleri Fakültesi	E	E☐	H✓	E✓	H☐	
Prof.Dr.Sibel SEVİNÇ Üye	Hemşirelik	HMKÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E☐	H✓	E☐	H✓	Katılmadı
Doç.Dr Fundagül B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	E☐	H✓	E✓	H☐	[redacted]
Doç.Dr.Gezmiş KİMYON Üye	İç Hastalıkları Romatoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E☐	H✓	E✓	H☐	
Prof.Dr. Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E☐	H✓	E✓	H☐	
Dr.Öğr.Üyesi Ertan YILMAZ Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E☐	H✓	E✓	H☐	

9. ÖZGEÇMİŞ

[redacted] doğdu. İlköğrenimini İskenderun Mithatpaşa İlkokulu'nda, ortaöğrenimini Kurtuluş Ortaokulu'nda, lise eğitimini ise İskenderun İstiklal Makzume Anadolu Lisesi'nde tamamladı. 2004 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimine başladı. Meslek hayatına 2011 yılında Şanlıurfa'nın Akçakale ilçesinde, mecburi hizmet kapsamında başladı. Şanlıurfa'da görev yaptığı 4 yıl boyunca; Dağyanı Aile Sağlığı Merkezi, Beykapısı Aile Sağlığı Merkezi ve Karaköprü İlçe Sağlık Müdürlüğünde çalıştı. 2014 yılında Hatay Arsuz İlçe Sağlık Müdürlüğüne atandı. Burada kurum içi çeşitli birimlerde ve cezaevinde görev yaptı. Aynı yılın sonlarında İskenderun 7 No'lu Aile Sağlığı Merkezinde göreve başladı ve halen bu görevine devam etmektedir. Ocak 2020 tarihinde Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında, Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (SAHU) programı kapsamında uzmanlık eğitimine başladı.