



T.C.

HİTİT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**RİSKLİ GEBELİK GEÇİREN KADINLARIN GELECEKTEKİ
GEBELİK NİYETİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Esra KILICIKESEN

Çorum - 2025

**RİSKLİ GEBELİK GEÇİREN KADINLARIN GELECEKTEKİ
GEBELİK NİYETİNİN BELİRLENMESİ**

Esra KILICIKESEN

**Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Ana Bilim Dalı**

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Derya Yüksel KOÇAK

Çorum - 2025



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN

AdıveSoyadı : Esra KILICIKESEN
Numarası : 220440010
Ana BilimDalı : Hemşirelik Ana BilimDalı
Programı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışmanı : Doç. Dr. Derya Yüksel KOÇAK
Tez SavunmaTarihi : 12.06.2025 **Saati**: 14:30
Tez Başlığı : Riskli Gebelik Geçiren Kadınların Gelecekteki Gebelik Niyetinin Belirlenmesi

Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği'nin **9. maddesi** uyarınca, yapılmış olan tez savunma sınavı sonunda adayın tezinin **KABULÜNE OY BİRLİĞİ** ile karar verilmiştir.

TEZ SAVUNMA SINAV JÜRİSİ		KARAR	
ÜnvanıAdıveSoyadı	Görevi	Kabul	Ret
Prof. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN	Jüri Başkanı	☒	☐
Doç. Dr. Derya Yüksel KOÇAK	Tez Danışmanı	☒	☐
Doç. Dr. Rukiye HÖBEK AKARSU	Üye	☒	☐

Prof. Dr. Osman ÇUBUK
Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını beyan ederim.

Esra KILICIKESEN

RİSKLİ GEBELİK GEÇİREN KADINLARIN GELECEKTEKİ GEBELİK NİYETİNİN BELİRLENMESİ

Esra KILICIKESEN

ORCID: 0000-0002-4975-8539

HİTİT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Yüksek Lisans Tezi

Mayıs 2025

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, riskli gebelik geçiren kadınların gelecekteki gebelik niyetlerinin belirlenmesidir. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yürütülen bu araştırmanın evrenini Ekim 2023-Mayıs 2024 tarihleri arasında Türkiye'nin Orta Karadeniz bölgesinde yer alan bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Doğum ve Kadın Hastalıkları polikliniğine başvuran gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini en az 349 olarak belirlenmiş, araştırma dahil edilme kriterlerini karşılayan 349 gebe ile tamamlanmıştır. Veriler, Sosyodemografik Bilgi Formu, Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu kullanılarak yüz yüze toplanmış, verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve Ki Kare testi kullanılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 30.16 ± 5.592 yıldır, %31.8'inde önceki gebeliklerinde ölü doğum veya yenidoğan kaybı, %3.7'sinde 3 veya daha fazla spontan abortusöyküsü, %24.9'unda 35 yaş ve üstü gebelik ve %10.3'ünde mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu vardır. Gebelerin %40.1'i sigara, alkol veya diğer madde kullanmaktadır. Katılımcıların %43'ü riskli gebelik geçirdiği için tekrar gebelik düşünmemektedir. Risk düzeylerine göre katılımcıların tekrar gebelik düşünme niyetleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p < 0.05$).

Anahtar Kavramlar: Riskli gebelik, Gebelik niyeti, Kadın, Hemşirelik

Bilim Kodu:1032.03

DETERMINATION OF FUTURE PREGNANCY INTENTION AMONG WOMEN WITH A HISTORY OF HIGH-RISK PREGNANCY

Esra KILICIKESEN

ORCID: 0000-0002-4975-8539

HITIT UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL

Master of Science Thesis

May 2025

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the future pregnancy intentions of women who have experienced high-risk pregnancies. This descriptive and cross-sectional study was conducted with pregnant women who applied to the Obstetrics and Gynecology out patient clinic of a Training and Research Hospital located in the Central Black Sea region of Turkey between October 2023 and May 2024. The sample size of the study was determined to be at least 349. The study was completed with 349 pregnant women who met the inclusion criteria. Data were collected face-to-face using a socio-demographic information form and the Risk Assessment Form developed by the Ministry of Health. Descriptive statistics and the chi-square test were used for data analysis. The mean age of the participants was 30.16 ± 5.592 years. Among them, 31.8% had a history of still birth or neonatal loss in a previous pregnancy, 3.7% had experienced three or more spontaneous abortions, 24.9% were currently aged 35 or older, and 10.3% had Rh incompatibility in a current or previous pregnancy. Additionally, 40.1% of the pregnant women reported the use of tobacco, alcohol, or other substances. Notably, 43% of participants stated that they did not intend to become pregnant again due to having experienced a high-risk pregnancy. However, there was no statistically significant difference in the intention to become pregnant again based on the level of pregnancy risk ($p > 0.05$).

Key Terms: High-risk pregnancy, Pregnancy intention, Women, Nursing

Science Code: 1032.03

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın tüm sürecinde hoşgörü, destekleyici yaklaşımı, sabrı ve anlayışını hissettiğim öğrencisi olduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim kıymetli değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Derya Yüksel KOÇAK'a en içten saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Beni bugünlere getiren, her zaman yanımda olan, emeğini ve desteklerini hiç eksik etmeyen, evlatları olmaktan gurur duyduğum canım babam Davut KILICIKESEN ve hayatımda azmini, çabasını hep örnek aldığım canım annem Emine KILICIKESEN'e sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her anında beni yalnız bırakmayan 'sen her zaman yaparsın' diyen, kıymetli destekçilerim, canım ablam ve abime teşekkür ederim.

Bu zorlu yolculukta destekleriyle her zaman yanımda olan değerli arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Sevgi ve saygılarımla...

Esra KILICIKESEN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
GİRİŞ.....	1

1. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. Riskli Gebelik Tanımı	5
1.2. Dünya’da ve Türkiye’de Riskli Gebeliklerin Prevalansı	6
1.3. Gebelikte Risk Faktörleri.....	7
1.4. Riskli Gebeliğin Genel Sağlık Durumuna Etkileri	7
1.5. Gebelik Komplikasyonları.....	9
1.6. Gebelik Niyeti Kavramı	11
1.7. Gebelik Niyetini Etkileyen Faktörler	12
1.7.1. Biyolojik ve Demografik Faktörler	12
1.7.2. Sosyoekonomik Faktörler	13
1.7.3. Psikososyal Faktörler	13
1.7.4. Sağlık Hizmetleri ve Üreme Sağlığı Politikaları.....	14
1.7.5. Kültürel ve Toplumsal Faktörler	14
1.8. Riskli Gebelik Sürecinde Hemşirenin Rolü	15

2. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	16
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	16
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
2.4. Araştırmaya Dahil Edilme/Dışlanma Kriterleri.....	17
2.5. Araştırmanın Değişkenleri	17
2.6. Verilerin Toplanması	17
2.7. Veri Toplama Araçları	18
2.7.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	18
2.7.2. Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu	18
2.8. Araştırma Sınırlılıkları	18
2.9. Çalışma Takvimi.....	19
2.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19
2.11. Araştırmanın Etik İlkeleri	19

3. BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	20
3.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	21
3.3. Risk Değerlendirme Formu Obstetrik Öykü Dağılımına İlişkin Bulgular.....	23
3.4. Risk Değerlendirme Formu Mevcut Gebelik Madde Dağılımına İlişkin Bulgular	24
3.5. Risk Değerlendirme Formu Genel Tıbbi Öykü Madde Dağılımına İlişkin Bulgular	25
3.6. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerin Dağılımına İlişkin Bulgular	26
3.7. Risk Değerlendirme Formundan Alınan Puanların Dağılımına İlişkin Bulgular	27
3.8. Risk Düzeylerine Göre Tekrar Gebelik Düşünme Durumunun Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	27

3.9. Tekrar Gebelik Düşünme Durumuna Göre Demografik ve Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	28
---	----

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Katılımcıların Risk Değerlendirme Formu Obstetrik Öykü Madde Dağılımına İlişkin Bulguların ve Obstetrik Özelliklerin Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	32
4.2. Katılımcıların Risk Değerlendirme Formu Mevcut Gebelik Madde Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	33
4.3. Katılımcıların Risk Değerlendirme Formu Genel Tıbbi Öykü Madde Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	34
4.4. Katılımcıların Risk Değerlendirme Formundan Alınan Puanların Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	35
4.5. Katılımcıların Risk Düzeylerine Göre Tekrar Gebelik Düşünme Durumunun Tartışılması	36
4.6. Katılımcıların Tekrar Gebelik Düşünme Durumuna Göre Demografik ve Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	36
SONUÇ VE ÖNERİLER	38
KAYNAKLAR	39
EKLER	49
EK-1.....	49
EK-2.....	50
EK-3.....	52
EK-4.....	53
EK-5.....	54

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	22
Tablo 3.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	24
Tablo 3.3. Risk Değerlendirme Formu Obstetrik Öykü Madde Dağılımı	25
Tablo 3.4. Risk Değerlendirme Formu Mevcut Gebelik Madde Dağılımı	26
Tablo 3.5. Risk Değerlendirme Formu Genel Tıbbi Öykü Madde Dağılımı.....	27
Tablo 3.6. Bazı Obstetrik Özelliklerin Dağılımı.....	28
Tablo 3.7. Risk Değerlendirme Formundan Alınan Puanların Dağılımı	29
Tablo 3.8. Risk Düzeylerine Göre Tekrar Gebelik Düşünme Durumunun Karşılaştırılması....	30
Tablo 3.9. Tekrar Gebelik Düşünme Durumuna Göre Demografik ve Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırılması	31

SİMGELER ve KISALTMALAR

Simgeler

%	Yüzde
N	Evrendeki gözlem sayısı
n	Örnekleme alınacak kişi sayısı
t	Belirli serbestlik derecesi için t tablo değeri
p	İlgili Olayın Olma Olasılığı
q	İlgili Olayın Olmama Olasılığı
d	Göze Alınabilecek Sapma Miktarı
$\bar{x}$	Ortalama
SS	Standart sapma
Min	Minimum değer
Max	Maximum değer
χ^2 Ki-kare analizi	

Kısaltmalar

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
BKI	Beden Kitle İndeksi
BM	Birleşmiş Milletler
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DIC	Dissemine İntravasküler Koagülopati
DM	DiabetesMellitus
DOA	Düşük Doğum Ağırlığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EMR	Erken Membran Ruptürü
ESC	Avrupa Kardiyoloji Derneği
GDM	Gestasyonel DiabetesMellitus
HIV	Human Immunodeficiency Virüs
HSGM	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

IUGR	İntraUterin Gelişim Geriliği
PEMR	Prematüre Erken Membran Rüptürü
PPROM	Preterm Prematür Membran Rüptürü
TEPAV	Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	Birleşmiş Milletler ��ocuklara Yardım Fonu



GİRİŞ

Gebelik, kadın için fizyolojik bir olay olmasına karşın gebelik öncesi var olan ya da gebelikte ortaya çıkan sorunlar anne ve fetus sağlığını tehlikeye sokarak gebeliği riskli hale getirebilir (Mirzakhani ve ark., 2020). Başka bir deyişle riskli gebelik; “anne ya da fetusun doğum öncesinde, doğum sırasında veya sonrasında artmış morbidite ve mortalite riski taşıması” şeklinde tanımlanabilir (Yanık, 2019). Riskli gebelik tanısı almak gebelik sürecinin olağan seyrini, sağlıklı bir şekilde sonuçlanması ve bebeğin sağlıklı doğmasını etkilemektedir. Riskli gebelik tanısı alan gebenin yaşadığı fiziksel sorunlar gebenin psikolojik sağlığının yanı sıra gebeliğe uyumunu da etkilemektedir (Öztürk, 2018). Maternal mortalite nedenlerinin birçoğu gebelik sürecinde ortaya çıkar ve önlenemez ya da tedavi edilebilir sağlık problemlerine bağlı meydana gelir. Bu faktörler, tüm maternal mortalitelerin yaklaşık %75’ini oluşturmaktadır. Özellikle gebelikte gelişen hipertansif rahatsızlıklar, maternal morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biri olup, yüksek riskli gebelikler arasında önemli yer tutmaktadır (Wu ve ark., 2023). 2000-2017 yılları arasında önlenemez sebepler nedeniyle maternal mortalite oranlarında %38’lik bir azalma görülmesine rağmen, bu dönemde yaklaşık 2,8 milyon anne ve yenidoğan ölümü yaşanmıştır (DSÖ, 2019). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2017 yılı istatistiklerine göre, her gün dünya genelinde yaklaşık 810 kadın gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir (DSÖ, 2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerinde, ülkedeki gebeliklerin üçte birinin yüksek riskli gebelik kategorisinde değerlendirildiği, 2013 yılında %31 olan yüksek riskli gebelik oranının 2018 yılında %35’e yükseldiği belirtilmektedir (Arslan, 2020).

Gebelik öncesinde mevcut olan kronik hastalıklar ve sürekli ilaç kullanımı, gebelik sürecinde ortaya çıkan sağlık sorunları (örneğin gebelik hipertansiyonu, Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM), plasenta, amniyon kesesi ve umbilikalkord ile ilgili anomaliler, intrauterin büyüme geriliği (IUGR), preterm veya postterm doğum gibi birçok faktör günümüzde yüksek riskli gebelikler kapsamında değerlendirilmektedir (Yoon ve ark., 2021, Gregory ve ark., 2022).

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi"nde, riskli gebelik; 18 yaşın altında veya 35 yaşın üzerinde gebelik, iki yıl içerisinde tekrar gebelik yaşanması ve beş veya daha fazla doğum yapmış olmak (grandmultiparite) şeklinde tanımlanmıştır. Bunun yanı sıra, eşler arasındaki Rh uyumsuzluğu, çoğul gebelik, sigara, alkol ve madde kullanımı, GDM, vajinal kanama ve şiddetli enfeksiyon gibi faktörlerin varlığı da riskli gebelik kriterleri arasında yer almaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018). Gebelik sürecinde ortaya çıkan bu komplikasyonların gebenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek, maternal ve fetal morbidite ile mortalite riskini artırabilmektedir. Sağlıklı ilerleyen gebeliklerde dahi fiziksel ve ruhsal değişimlerin anne adaylarını önemli ölçüde etkilediği belirtilirken, riskli gebeliklerde bu sürecin daha da zorlu bir hale geldiği vurgulanmaktadır (Pınar ve ark., 2024). Riskli gebeliklerin, sık hastane kontrolleri gerektirmesi, bebeğin zarar görme ihtimalinin ve olası komplikasyon riskinin gebede kaygı

yaratması gebenin gebeliğe uyumunu zorlaştırırken, aynı zamanda yaşanan sorunlara uyum sağlamak da gebeliğe uyumu güçleştirmektedir (Franjićve ark., 2022). Bu durum, gebelikte fiziksel ve duygusal iyilik halini olumsuz etkileyerek, kadının gebelik deneyimine yönelik algılarını değiştirebilir. Sürecin getirdiği stres ve belirsizlikler, bazı kadınlar için gebelik niyetini olumsuz etkileyerek, gelecekte gebelik planlamalarını ertelemelerine ya da tekrar gebe kalmaktan kaçınmalarına neden olabilir (Franjićveark., 2022).

Gebelik niyeti, bireylerin ya da çiftlerin, gebelik planlaması ve çocuk sahibi olma kararları ile ilgili tutumlarını, beklentilerini ve arzularını ifade eder (Hallveark., 2017). Gebelik niyetinin değerlendirilmesi hem toplumsal hem de bireysel sağlık açısından önemlidir çünkü istenmeyen gebelikler daha fazla komplikasyon, düşük doğum ağırlığı, prematürite ve maternal ruhsal sorun ile ilişkilendirilmektedir (Din ve ark., 2022).

Gebelik niyeti, genellikle "istenilen" (planlanan) ve "istenmeyen" (planlanmamış) olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu şekilde sınıflandırma her zaman gebelik ile ilgili tutumları yansıtmakta yetersiz kalabilir. İstenmeyen gebelikler hem istenmeyen hem de yanlış zamanlanmış gebelikleri kapsar. İstenmeyen gebelikler aynı zamanda sosyal, ekonomik ve sağlık sorunları ile ilişkilidir. İstenmeyen ya da planlanmamış gebelikler, gebenin yaşam koşullarını güçleştirirken, doğum öncesi bakım alma, sağlık bakım hizmetlerine erişimi sınırlandırmaktadır (Pınar ve ark., 2024).

Planlı gebeliklerde çocuk sahibi olmak istenilen bir durumdur ve bu gebeliklerde, genellikle doğum öncesi bakım, sağlık izlemi ve doğumun sağlıklı geçmesi için gerekli olan tıbbi müdahaleler zamanında ve etkili bir şekilde uygulanır (Robbins ve ark., 2021). Ancak, gebelik niyeti, yalnızca kadınların gebelik isteklerini değil, aynı zamanda çiftlerin ve toplumun bu konuda sahip olduğu tutumları da kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Gebelik niyeti, bireylerin sağlık ve yaşam beklentilerini doğrudan etkileyen bir faktör olduğundan, gebelik öncesi danışmanlık ve aile planlaması hizmetlerinin önemi vurgulanmaktadır (Hallveark., 2017). Burada gebelik niyeti olmayan çiftlere istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için aile planlaması hizmetlerinin daha etkili sunulması gereklidir.

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde, Buran ve Çankaya (2023) tarafından gerçekleştirilen "Çocuk Sahibi Olmayı Planlayan Kadınların Doğurganlık Niyetleri, Doğum ve COVID-19 Korkuları Arasındaki İlişki" başlıklı çalışmada, üreme çağındaki kadınların büyük bir çoğunluğunun (%83.1) COVID-19 korkusundaki artışla birlikte gebelik öncesinde doğumla ilgili kaygılarının da arttığı ve bu durumun gebelik niyetlerini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Benzer şekilde, Çiftçi ve Şahin'in (2022) "Kendileri ya da Partner/Eşleri HIV Pozitif Olan Bireylerin Doğurganlık Niyetleri ve Etkileyen Faktörler" başlıklı sistematik derleme çalışmasında, doğurganlık niyetlerinin çeşitli bireysel ve toplumsal faktörlerden etkilendiği vurgulanmıştır. Kurt ve arkadaşları (2025) tarafından yürütülen "Gebelik Niyeti ile Çocukluk Çağı Sıkıntıları, Gebelik Mutluluğu ve Emzirme Davranışı Arasındaki İlişki" başlıklı çalışmada, gebelik niyetinin gebelik mutluluğunu artırarak bireylerin iyilik halini olumlu

yönde etkilediği belirlenmiştir. İstenmeyen veya plansız gebeliklerde gebelik mutluluğunun daha düşük olduğu belirlenmiştir (Kurt, 2025).

Hill ve arkadaşlarının (2019) Avustralya’da gerçekleştirdiği bir kohort çalışmada, kadınların gebelik niyetlerini etkileyen yaşam tarzı ve psikolojik faktörler incelenmiş ve ileri yaşta olmak, evli ya da partneriyle birlikte yaşamak ve obezite gebelik niyetiyle pozitif yönde ilişkili bulunurken yükseköğrenim düzeyine sahip olmak, aktif olarak ücretli bir işte çalışmak ve alkol kullanımı, gebelik niyetiyle negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Demografik özellikleri ve yaşam tarzlarının, gebelik planlaması kararlarını şekillendirmede önemli rol oynadığını göstermektedir (Hillveark, 2019).

Türkiye’de her geçen gün doğurganlık oranının düşmesi ve nüfusun giderek yaşlanması, demografik sürdürülebilirlik açısından tehlike yaratmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, 2001 yılında 2,38 olan toplam doğurganlık hızı, 2023 yılında 1,51’e gerileyerek nüfusun kendini yenileme düzeyi olan 2,10’un altına düşmüştür (TÜİK, 2024). Bu durum, Türkiye’de nüfusun giderek yaşlanması ve uzun vadede iş gücü kaybı riskini artırmış; doğurganlığı destekleyici sosyal politikaların geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Bu çerçevede 2025 yılı, Cumhurbaşkanlığı tarafından “Aile Yılı” olarak ilan edilmiş ve çocuk sahibi olmayı teşvik etmeye yönelik çeşitli ekonomik destek programları uygulamaya alınmıştır (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2024a). Yeni düzenlemeler kapsamında, 1 Ocak 2025 sonrası doğan ilk çocuk için 5.000 TL doğum yardımı, ikinci çocuk için aylık 1.500 TL ve üçüncü çocuk için aylık 5.000 TL’ye kadar destek sağlanacağı açıklanmıştır (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2024a). Ayrıca, evlenen çiftlere Aile ve Gençlik Fonu kapsamında iki yıl geri ödemesiz, 48 ay vadeli 150.000 TL faizsiz konut kredisi desteği verilmekte olup, 2024 itibarıyla bu fona 91.000’in üzerinde başvuru alınmıştır (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2024b). Bununla birlikte, uzmanlar doğurganlık kararlarının yalnızca maddi desteklerle değil, kadın istihdamı, ebeveyn izinleri, bakım hizmetlerinin yaygınlığı ve toplumsal cinsiyet rolleri gibi yapısal faktörlerle yakından ilişkili olduğunu belirtmektedir (Eryurt, 2023; TEPAV, 2024). Özellikle doğum sonrası çalışma koşullarının destekleyici olmaması, kentleşmenin getirdiği yaşam maliyetleri ve çocuk bakım sistemlerinin yetersizliği gibi nedenler, bireylerin çocuk sahibi olma niyetlerini olumsuz yönde etkilemektedir (Koç ve Eryurt, 2022). Bu nedenle, sürdürülebilir bir nüfus yapısını desteklemek amacıyla geliştirilen politikaların sadece ekonomik değil, aynı zamanda sosyal, kültürel ve cinsiyet eşitliği temelli çok boyutlu stratejilerle desteklenmesi gerektiği ifade edilmektedir (Eryurt, 2023).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, 2001 yılında 2,38 olan toplam doğurganlık hızı, 2023 yılında 1,51’e gerilemiştir; bu orana göre nüfusun yenilenme düzeyi olan 2,10’un altındadır. Bu durum, uzun vadede ekonomik ve sosyal alanda sorun yaratacak düzeyde nüfus yaşlanması anlamına gelmektedir. Bu bağlamda, bireylerin gebelik niyetlerinin olumsuz olması ya da çocuk sahibi olmayı ertelemeleri, doğurganlık oranlarındaki düşüşü daha da

derinleştirebilir. Ancak bu durum her zaman olumsuz olarak değerlendirilmemelidir. Özellikle riskli gebelik geçirmiş, ciddi obstetrik komplikasyonlara maruz kalmış ya da mevcut sağlık durumu gebelik açısından uygun olmayan kadınlar için gebelikten kaçınma ya da gebelik niyetinin olmaması hem annenin hem de doğacak çocuğun sağlığı açısından koruyucu bir tutum olarak değerlendirilebilir (Holness, 2018). Miller ve arkadaşları (2022), gebelik sırasında yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete yaşayan kadınların bebeklerinin daha düşük doğum ağırlığına sahip olduğunu ve preterm doğum riskinin arttığını belirtmişlerdir. Bu bulgular, gebelik niyeti olumsuz olan kadınların tekrar gebelik düşünme niyetlerinin, sağlık açısından olumlu bir önlem olabileceğini göstermektedir. Sonuç olarak, toplum genelinde doğurganlık oranlarını yükseltme hedefi, riskli gruplarda bireysel sağlık öncelikleri ile dengelenmeli, gebelik niyeti desteklenirken anne-bebek sağlığı da göz önünde bulundurulmalıdır (Fauserveark., 2024). Gebelik niyetinin doğru bir şekilde anlaşılması ve değerlendirilmesi hem bireysel sağlık hem de toplum sağlığı açısından kritik bir öneme sahiptir. İstenmeyen gebeliklerin azaltılması ve istenen gebeliklerin desteklenmesi, gebelik boyunca ortaya çıkabilecek sağlık risklerinin azaltılmasını kolaylaştırmaya yardımcı olabilir. Bu nedenle, gebelik niyeti, sağlık politikaları ve halk sağlığı stratejilerinde önemli bir yer tutmaktadır (Hallveark., 2017).

Literatür incelendiğinde riskli gebelik geçiren kadınların gelecekteki gebelik niyetinin belirlenmesi için yapılmış benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile riskli gebelik geçiren kadınların gelecekteki gebelik niyetinin belirlenmesi ile literatüre katkı verilebileceği düşünülmektedir.

Yüksek riskli gebelik geçiren kadınlarda, yaşanan olumsuz gebelik deneyimleri, fiziksel komplikasyonların yanı sıra psikolojik travmalara da yol açarak tekrar gebe kalma niyetlerinde azalmaya neden olabilmektedir (Dekel, Stuebe & Dishy, 2017). Bu kadınların yeniden gebe kalma kararlarını desteklemek için kapsamlı bir yaklaşım gereklidir (Isaacs & Andipatin, 2020). Öncelikle, gebelik sonrası dönemde sağlanan psikososyal destek ve profesyonel danışmanlık, kadınların gebelik ile ilgili endişelerini azaltarak güven ve motivasyonlarını artırmaktadır (Smith, Johnson & Lee, 2022). Ayrıca, sağlık durumlarının detaylı değerlendirilmesi ve risk faktörleri konusunda açık ve doğru bilgilendirme yapılması, kadınların bilinçli ve gerçekçi kararlar almasına olanak tanır. Gebelik öncesi ve gebelik arası dönemde düzenli tıbbi izlem ve koruyucu müdahalelerle sağlık durumlarının optimize edilmesi, tekrar gebe kalma niyetini olumlu yönde etkileyen önemli unsurlardandır. Sosyal ve aile desteğinin güçlendirilmesi ise, kadınların kendilerini daha güvende hissetmelerini sağlayarak, gebelik planlamalarına olan yaklaşımlarını olumlu biçimde değiştirmektedir (Al-Mutawtah et al., 2023). Bu çok yönlü ve bütüncül destek yaklaşımları, yüksek riskli gebelik deneyimi yaşamış kadınların tekrar gebe kalma niyetlerinin iyileştirilmesi ve sağlıklı gebelik süreçlerinin desteklenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

1. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. Riskli Gebelik Tanımı

Risk, belirli bir olayın meydana gelme olasılığı ve bu olayın birey veya sistem üzerinde olumsuz etkiler yaratma durumudur (Dağlar, 2023). Risk kavramı, geçmişteki deneyimler dikkate alınarak hesaplanan ve gelecekte meydana gelebilecek olasılıklar ile ilişkilendirilen bir durum olarak değerlendirilebilir (Kordalı, 2024). Başka bir ifadeyle, risk, zarar verme potansiyeline sahip faktörlerin ortaya çıkma ihtimali şeklinde de tanımlanabilir. “Gebelikte risk” ise rutin gebelik izlemi sırasında beklenmeyen ancak öngörülebilir ya da doğum öncesi dönemde ciddi risk içeren durumların ortaya çıkma olasılığı olarak ifade edilmektedir (Gözüyeşil, 2022). Riskli gebeliklere yol açan faktörler, bazı durumlarda gebeye bazı durumlarda ise fetüse ait nedenlerden kaynaklanabilmektedir (Holness, 2018).

Anne ve fetüsün sağlığını tehdit eden, hastalık ve ölüm riskitaşıyan fizyolojik, psikolojik ve sosyal durumları içeren gebelikler riskli gebelik olarak tanımlanmaktadır (Williamson, 2024). Gebelik ve doğum, doğal bir süreç olmasına rağmen her zaman olumlu sonuçlanmayabilir veya gebelik süreci sağlıklı bir şekilde ilerlemeyebilir (Goetz, 2020). Bu gebelikler, diğer gebeliklere göre daha yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahiptir (Goetz, 2020; Soğukpınar ve ark., 2018). Gebelik sürecinde risk değerlendirmesi yapmak, buna bağlı olarak uygun bakım ve desteği sağlamak son derece önemlidir. Erken tanı ve tedavi hem maternal hem fetüs sağlığı korur. Gebeler, tıbbi değerlendirmeye, desteğe ve bazı durumlarda hastane yatışına ihtiyaç duyabilirler. Bunun sonucunda kadınlarda stres ve psikolojik problemler artabilir (Williamson, 2024; Goetz, 2020).

Riskli gebeliklere neden olan unsurlar gebelik öncesinde mevcut sağlık sorunları ve gebelik sürecinde gelişen komplikasyonlar olarak iki ana grupta ele alınmaktadır (Dinçer, 2018). Sağlıklı bir gebelik süreci ve başarılı bir doğum, ebeveynler için büyük bir mutluluk kaynağıdır ancak her gebelik sağlıklı ve olağan seyrinde ilerlemeyebilir. Gebelik öncesi mevcut sağlık durumları ve gebelik sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar sağlıklı başlayan gebelikleri riskli gebeliğe dönüştürebilir (Aydemir, 2014; Karaçam, 2012). Gebelik sırasında meydana gelen durumlar gebelikte oluşan komplikasyonlardır. Kanamalar, preterm membran rüptürü, erken doğum tehdidi, gestasyonel hipertansiyon, GDM, polihidroamnios, oligohidroamnios, hiperemesis gravidarum gibi durumlar bu kategoriye örnektir (Aydemir, 2014; Karaçam, 2012).

Gebelik öncesi mevcut sağlık durumları ise gebelik öncesinde var olan ve gebelikte birlikte daha fazla risk oluşturan tıbbi durumlardır. Annenin mevcut kalp hastalıkları, GDM, hipertansiyon, enfeksiyon hastalıkları, negatif kan grubu, yaş ve kilo gibi faktörler bu kategoriye örnektir (Aydemir, 2014; Karaçam, 2012).

1.2. Dünya’da ve Türkiye’de Riskli Gebeliklerin Prevelansı

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde meydana gelebilecek her türlü komplikasyon, gebeliği riskli hale getirebilmektedir (Hallveark., 2017). Dünyada her dakika yaklaşık 380 kadın gebe kalmakta, 190 kadın plansız veya istenmeyen gebelik yaşamaktadır. Bunun yanı sıra, 40 kadın güvensiz yöntemlerle gebeliğini sonlandırmakta, 110 kadın gebelik ile ilişkili komplikasyonlar yaşamakta ve bir kadın hayatını kaybetmektedir (Aydemir, 2014).

Dünya genelinde, 2000–2017 yılları arasında önlenebilir nedenlere bağlı anne ölümlerinde %38’lik bir azalma kaydedilmesine rağmen, bu dönemde yaklaşık 2,8 milyon anne ve yenidoğan kaybı yaşanmıştır (DSÖ, 2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 sonuçlarına göre, Türkiye’de gerçekleşen her üç gebelikten biri yüksek riskli olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, 2013 ile 2018 yılları arasında yüksek riskli gebelik oranlarında artış gözlenmiş, bu oran %31’den %35’e yükselmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2023 yılında yayımladığı verilere göre, dünya genelinde her gün yaklaşık 700 kadın gebelik ve doğumla ilişkili, çoğu önlenebilir nedenlerden dolayı yaşamını yitirmektedir. Bu, her iki dakikada bir anne ölümüne karşılık gelmektedir (DSÖ, 2023). Dünya genelinde her yıl yaklaşık 20 milyon bebek (%15) düşük doğum ağırlıklı doğmakta olup bu durum daha çok düşük ve orta gelirli ülkelerde yoğunlaşmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu oran yaklaşık %5 civarındayken, gelişmekte olan ülkelerde çok daha yüksektir. (DSÖ, 2019; UNICEF, 2019).

Türkiye’de ise düşük doğum ağırlığı oranı yaklaşık %10-12 arasında değişmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın yayımladığı verilere göre, her yıl yaklaşık 154 bin bebek düşük doğum ağırlığı ile dünyaya gelmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [HSGM], 2023).

UNICEF ve DSÖ tarafından yayımlanan 2023 tarihli rapora göre, 2020 yılında yaklaşık 13,4 milyon bebek prematüre doğmuştur; bu da dünya genelindeki doğumların yaklaşık %10’unun preterm gerçekleştiğini göstermektedir (UNICEF, 2023). Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nün 2022 yılı verilerine göre preterm doğum oranı %12,9 olarak bildirilmiştir (HSGM, 2023). Ayrıca, Perinatoloji Derneği’nin rehberine göre ülkemizde preterm doğum prevalansı %10-15 arasında değişmekte olup ulusal ortalamanın yaklaşık %12 olduğu ifade edilmektedir (Altay ve ark., 2020).

Türkiye’de riskli gebeliklerin yaygınlığı, her beş yılda bir gerçekleştirilen TNSA verileri ile değerlendirilmektedir. Bu araştırmalarda, gebelik sürecindeki risk faktörleri anne yaşı (<18 veya >34), doğum aralığı (<24 ay) ve doğum sırası (>3) şeklinde belirlenmiştir. 2003 yılı TNSA’da gebeliklerin %39’unun, 2008 yılında %35’inin, 2013 yılında %31,1’inin ve 2018 yılı itibarıyla %29,4’unun en az bir risk faktörü taşıdığı belirlenmiştir (TNSA, 2003; TNSA, 2008; TNSA, 2013; TNSA 2018).

1.3. Gebelikte Risk Faktörleri

Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği tarafından hazırlanan Tanı ve Tedavi Kılavuzları'na göre, gebelikte risk durumu düşük riskli, riskli ve yüksek riskli gebelikler olarak üç ana grupta sınıflandırılmaktadır. Tüm gebeler, ilk değerlendirmede düşük risk grubunda kabul edilirken, riskli grupta yer alan gebeler, laboratuvar tarama testleri normal olan, ancak düzenli takip edilmesi gereken gebelerden oluşmaktadır. Yüksek riskli gebelikler ise anne ve fetüs sağlığı açısından ciddi tehlikeler barındıran durumlardır. Bu gebeliklerde, herhangi bir dönemde, gebelik öncesi, gebelik sürecinin herhangi bir aşamasında veya doğum sonrası dönemde, anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilecek komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (Aydemir, 2014; Holness, 2018). Yaklaşık olarak gebe kadınların %15'i, hayatı tehdit eden potansiyel komplikasyonlar geliştirme riskiyle karşı karşıyadır. Bu durum, tüm gebeler için profesyonel bakımın önemini ortaya koymaktadır. Bazı gebeler için, hayatta kalmalarını sağlamak amacıyla majör obstetrik girişimlerle destek sağlanması gerekebilmektedir. Risk değerlendirmesi yapılırken, ne zaman müdahale yapılması gerektiği belirlenmeli ve bu konuda dikkatli bir planlama yapılmalıdır (Holness, 2018). Gebelikte ilgili risklerin prenatal dönemde tanımlanabilmesi için, Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Öncesi Bakım Rehberinde yer alan testler ve risk değerlendirme formları kullanılmaktadır. Bu testler, mevcut ve potansiyel sağlık sorunlarının erken tespiti, anne ve bebek sağlığının korunması, doğumsal anomalisi bulunan bebeklerde doğum sonrası gerekli müdahalelerin zamanında yapılabilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Yıldırım, 2020).

Gebelikteki risk faktörleri farklı boyutlarda ele alınabilir. Bunlar arasında, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, adolesan gebelik ve ileri yaş gebelik önemli birer risk faktörüdür. Ayrıca, doğum sayısının fazla olması ve doğum sıklığının iki yıldan az olması da komplikasyon riskini artırabilir. Önceki gebeliklerin ölü doğum veya anomali ile sonlanması, çoğul gebelikler ve beslenme yetersizlikleri de dikkate alınması gereken faktörlerdendir. Fazla kilolu olma ya da aşırı zayıf olma, alkol ve tütün kullanımı, kronik sistem hastalıkları ve gebelik sırasında veya önceki gebeliklerde yaşanan komplikasyon öyküsü de önemli risk faktörleridir. Ayrıca, vajinal enfeksiyonlar ve gebeliğin planlı olup olmaması da doğrudan etki edebilecek faktörler arasındadır (Oruçlu, 2011; Taşkın, 2016).

1.4. Riskli Gebeliğin Genel Sağlık Durumuna Etkileri

Gebelik sürecinde, annenin tıbbi geçmişinde yer alan hastalıklar gebeliğin seyrini olumsuz etkileyerek hem maternal hem de fetal sağlık açısından riskler oluşturabilmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, kronik hastalıklar (Diyabetis Mellitus (DM), hipertansiyon vb.), bulaşıcı hastalıklar (örneğin, human immunodeficiency virüs (HIV)), endokrin bozuklukları (tiroid hastalıkları vb.), nörolojik hastalıklar, böbrek hastalıkları, otoimmün hastalıklar (örneğin, sistemik lupus eritematozus), solunum hastalıkları (kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım vb.) ve sürekli ilaç kullanımı, gebeliği riskli hale getiren faktörlerdendir (Soğukpınar ve ark., 2018; Gözüyeşil, 2022). Özellikle gebelik öncesinde mevcut olan konjenital kalp hastalıkları, gebelik sürecinde maternal ve neonatal morbidite ile mortalite

riskini artıran kritik bir faktördür (Dorukoğlu, 2023). Avrupa Kardiyoli Derneğine (ESC) göre, anneye yönelik riskler arasında dekolman plasenta, multi-organ yetmezliği ve yaygın damar içi pıhtılaşma (DIC) gibi durumlar yer alırken; fetüse yönelik riskler arasında intrauterin gelişme geriliği, preterm doğum ve intrauterin fetal ölümyer almaktadır (ESC, 2018). Bilinen veya tanı almış kalp ve aort hastalıklarına sahip tüm kadınların gebelik planlamadan önce prekonsepsiyonel danışmanlık hizmeti alması önerilmektedir (Sezgin, 2021). Bu süreçte multidisipliner bir ekip (örneğin, kardiyolog, anestezi uzmanı, jinekolog, neonatolog) tarafından gebelik öncesinden başlayarak doğum sonrası dönemi de kapsayacak şekilde takip ve yönetim sağlanmalıdır. Gebeliğin ilerleyişi, doğum şekli, uygulanacak anestezi ve analjezi yöntemleri, anne ve fetus sağlığı göz önünde bulundurularak belirlenmelidir (Sezgin, 2021). Kelsey (2022) çalışmalarında, kardiyovasküler hastalık riskini artıran başlıca faktörleri obezite, hiperlipidemi, DM ve gebelik hipertansiyonu olarak tanımlamışlardır. Bu doğrultuda, prekonsepsiyonel dönemde verilen danışmanlık hizmetleri ve kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin etkin yönetimi, gebelik sürecinde olası komplikasyonların önlenmesi açısından da büyük önem taşımaktadır (Kelsey, 2022). Kronik hipertansiyon, gebelik sürecinde hem anne hem de fetus için komplikasyon riskini artırmaktadır (Panaitescu ve ark., 2017). Gebeliklerin yaklaşık %5-10'unda hipertansif hastalıklar görülmekte olup, bu hastalıklar kanama ve enfeksiyon ile birlikte maternal ve fetal morbidite ve mortalite oranlarını yükseltir. Özellikle gebelik öncesinde hipertansiyon tanısı almış kadınlarda preeklampsi-eklampsi, GDM ve erken doğum risklerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, bu kadınlar akut böbrek yetmezliği, pulmoner ödem, preeklampsi ve inme/serebrovasküler komplikasyonlar açısından da yüksek risk altındadır (Selim ve ark., 2021). Kronik hipertansiyonlu gebelerde en sık karşılaşılan komplikasyonlar sırasıyla; sezaryen doğum, preterm eylem, yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış, düşük doğum ağırlığı ve perinatal ölüm olarak bildirilmektedir (Sezen, 2022). Bu gebeliklerde, maternal mortalite ve morbidite oranlarını azaltmak için jinekolog ve kardiyologların multidisipliner bir yaklaşım sergileyerek gebeliği yakından takip etmeleri gereklidir. Erken doğumların önlenmesi ve maternal-fetal sağlığın korunması ve fetal-neonatal komplikasyonların azaltılması için düzenli kontroller ve uygun medikal yönetim gereklidir (Selim ve ark., 2021).

DM, gebeliköncesi dönemde sık karşılaşılan bir kronik hastalıktır (Sugrue, 2018). Hem anne hem de bebek açısından çeşitli riskler taşır. Gebelik öncesinde glukoz intoleransı veya obezite gibi durumu olan kadınlarda, gebelik süreciyle birlikte bazı riskli durumlar ortaya çıkabilir (Can, 2018). BKİ'si yüksek kadınlarda, gebeliğin erken dönemlerinde spontanabortus ve konjenital anomalilerin görülme sıklığı artmaktadır (Catalano, 2017). Metabolik olarak, glukoz intoleransı fetüste aşırı büyümeye yol açabilir (Catalano, 2017). Artan fetal ağırlık, omuz distosisi ve yenidoğanda brakialpleksus sinir hasarı riskini yükseltmektedir (Alexopoulos ve ark., 2019). Gebelikte önceden var olan Tip 1 DM veya Tip 2 DM, preeklampsi gelişimine, sezaryen doğum oranlarının artmasına, anesteziyle ilgili komplikasyonlara, yara iyileşmesinde gecikmeye, enfeksiyonlara ve derin ven trombozuna yol açabilir (Alexopoulos ve ark., 2019;

Can, 2018). DM'li kadınlarda, ölü doğum riski, komplikasyonsuz gebelere göre daha fazladır. Ayrıca nöral tüp defektleri, karın duvarı ve kardiyak defektler ile konjenital anomaliler de sıklıkla görülmektedir (Can, 2018). Postpartum dönemde, depresyon ve emzirme güçlüğü gibi riskler de artış gösterebilir (Catalano, 2017). Gebelikte düzenli glukoz takibi, Tip 1 DM'li kadınlarda glisemik kontrolü iyileştirebilir ve neonatal sonuçları olumlu yönde etkileyebilir (Alexopoulos ve ark., 2019).

Gebelik, anne ve fetus açısından bağışıklık sisteminin zayıfladığı özel bir dönemdir. Intrauterin yaşamda fetus, bağışıklık gelişimi tamamlanmadığı için enfeksiyonlara karşı savunmasızdır. Plasenta aracılığıyla fetüse mikroorganizmaların geçmesi mümkündür ve bu durum, yenidoğanın enfeksiyon riskini artırır (Wilkins, 2022). Gonokok enfeksiyonu tedavi edilmezse gebelik sırasında erken doğum, erken membran rüptürü, spontan abortus, intrauterin gelişme geriliği (IUGR), koryoamnionit ve postpartum dönemde ateşe yol açabilir (Gürlek ve ark., 2020). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) üretrit, servisit, vajinit, genital ülser ve genital siğil gibi hastalıklara neden olabilir. CYBH'lar da ektopik gebelik, jinekolojik kanser, pelvik adezyon gibi sağlık sorunlarına yol açar (Doğan, 2017). Gebelik sırasında otoimmün hastalıkların varlığı, hem gebelik süreci hem de fetus için komplikasyon riskini artırabilir. Bu komplikasyonlar arasında abortus, intrauterin ölüm, IUGR ve preterm doğum gibi durumlar yer almaktadır. Sağlıklı gebelere göre multiple skleroz gibi hastalıkları olan gebelerin bebekleri genellikle daha düşük doğum ağırlığı ile doğmaktadır (Ciplea ve ark., 2022). Romatoid artrit, doğurganlık çağındaki kadınlarda %0,2 oranında görülmektedir ve otoimmün hastalıklar doğurganlığı olumsuz etkileyebilir (Singh, 2024). Romatoid artritli kadınlarda, gebelikte hipertansiyon, IUGR, preterm doğum ve sezaryen doğum, venöz tromboemboliz oranları daha fazla görülmektedir (Merz ve ark., 2022). Sistemik lupus eritematozus, vücudun birçok organını etkileyen bir hastalık olup, gebelikte preterm doğum, fetusun büyüme geriliği ve preeklampsi gibi komplikasyonlara neden olabilir (Yazıcı ve ark., 2020). Ayrıca, üreme çağındaki kadınlarda görülen Hashimoto, Graves hastalığı, tiroid sorunları ve Addison hastalığı gibi endokrin bozukluklarda da riski artırmaktadır. Tiroid bozuklukları gebelerde spontan düşük ve preterm doğum gibi çeşitli maternal ve fetal komplikasyonlarla ilişkilidir (Singh, 2024). Astım gibi solunum hastalıkları da gebelikte risk oluşturabilir. Tedavi edilmediğinde, düşük doğum ağırlığı, preterm doğum ve preeklampsi gibi maternal komplikasyonları artırabilir (Ramlal ve ark., 2024). Astımlı gebeliklerin yönetimi, kadın doğum ve göğüs hastalıkları uzmanlarının birlikte çalıştığı bir multidisipliner yaklaşım gerektirir (Nassikas ve ark., 2021).

1.5. Gebelik Komplikasyonları

Gebelik, doğum süreci ve postpartum dönemde ortaya çıkan komplikasyonlar özellikle gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadınlar için ciddi morbidite ve mortalite nedenlerindendir. Tüm gebe kadınların yaklaşık %15'i, potansiyel olarak hayatı tehdit eden komplikasyonlarla karşı karşıya kalabilir ve bazı durumlarda bu komplikasyonların tedavisi

için obstetrik müdahalelere ihtiyaç duyulabilir (Aydemir, 2014; WHO, 2015). Bu bölümde yaygın gebelik komplikasyonları ele alınmıştır.

Abortus; fetüs, uterus dışında yaşamını sürdüremeyecek duruma gelmeden gebeliğin sona ermesi durumu abortus olarak tanımlanır (Robbins ve ark., 2021). Gebeliğin 20. haftasından önce ve 500 gramın altında doğan fetüsler abortuskapsamındakabul edilir (Taşkın, 2016). Abortusa kromozomal bozukluklar, immünolojik faktörler, endokrin rahatsızlıklar, uterin problemler, enfeksiyonlar, sistemik hastalıklar, travmalar ve toksik etmenler neden olabilir (Robbins ve ark., 2021). Dünya çapındaki tüm gebeliklerin neredeyse yarısının (%48) istenmeyen gebelik olduğunu ve istenmeyen gebeliklerin %61'inin kürtajla sonuçlandığını göstermektedir (Eftekharizade ve ark., 2021). TNSA 2018 verilerine göre, Türkiye'de kadınların abortus oranı %15'tir (TNSA, 2018).

Ektopik gebelik; döllenmiş yumurtanın uterustaki endometriyum tabakası yerine, başka bir bölgede implantasyonu ile meydana gelir (Taşkın, 2016). Bu durum, gebeliğin ilk üç ayında anneye bağlı ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir ve gebelik ile ilgili anne ölümlerinin %9'unu, ilk trimesterdeki anne ölümlerinin ise %75'ini oluşturur (Robbins ve ark., 2021).

Plasenta anomalileri; plasenta previa ve ablatio plasenta olmak üzere iki ana başlık altında ele alınmaktadır (Robbins ve ark., 2021). Bir meta analizde gebenin sigara ve kokain kullanımı, uterin miyom, kürtaj öyküsü, düşük tehdidi, maternal obezite, erkek fetüs plasenta anomali ile ilişkili bulunmuştur (Fan ve ark., 2024).

Plasenta Previa; normalde plasentanın, uterusun üst segmentine yerleşmesi beklenirken plasentanın uterusun alt segmentlerine veya yan duvarlarına yerleşmesidir (Anderson, 2025; Goetz, 2020). Plasenta previa görülen gebeliklerde preterm doğum, yenidoğanın yoğun bakım ünitesine ihtiyacı ve perinatal/neonatal mortalite oranı daha fazladır (Jauniaux ve ark., 2019).

Ablasyoplasenta; plasentanın gebelik sürecinin sonunda, doğumdan önce uterus duvarından erken ayrılması durumudur (Schmidt, 2025). Avrupa'da her 1.000 canlı doğumda bu durumun görülme oranı 3 ile 6 arasında değişirken, Amerika'da ise bu oran 7 ile 12 arasında olup, yaklaşık iki kat daha yüksektir (Brandt ve ark., 2023). Ablatio plasentanın kesin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte anne yaşı, multiparite, sigara kullanımı, madde bağımlılığı, kısa umbilikalkord, prematür membran rüptürü (PPROM), koryoamniyonitis, folat eksikliği, kronik hipertansiyon ve preeklampsi risk faktörleridir. Son trimester kanamalarının başlıca nedeni olan ablasyo plasenta prematüre doğum ve ölü doğum riskini artırabilmektedir (Robbins ve ark., 2021).

Gebelik hipertansiyonu; gebelikte sıkça karşılaşılan bir durumdur. Gebelikte görülen hipertansif bozukluklar şu dört ana kategoriye ayrılmaktadır (Cífková, 2023):

- Gestasyonel Hipertansiyon; gebeliğin ikinci yarısında kan basıncının yüksek olması,

- Preeklamps; gebeliğin ikinci yarısında proteinüri ile birlikte görülen kan basıncı yüksekliği,
- Kronik Hipertansiyon; gebelikten önce mevcut olan veya gebeliğin 20. haftasından önce tetiklenen yüksek kan basıncı,
- Preeklampsiiilebirlikteseyreden kronik hipertansiyon (Jung ve ark., 2022)

Kan basıncı yüksekliği veya preeklamps varlığında, gebelik sonuçları genellikle olumsuz yönde etkilenmektedir. Preeklamps, böbrek, karaciğer, beyin ve plasenta üzerinde çoklu olumsuz etkilere neden olabilir ve maternal ile neonatal mortalite oranlarını artırabilir (Cífková, 2023).

Preterm eylem; gebeliğin 37. haftasından önce doğumun gerçekleşmesi olarak tanımlanır (Bilicen, 2022) ve yaklaşık %5-10 oranında görülmektedir (Gomez-Lopez ve ark., 2022). 32. haftadan önce doğan bebeklerin yaklaşık %75'inde konjenital malformasyon olmaksızın neonatalölüm gerçekleşmektedir (Gomez-Lopez ve ark., 2022). Neonatal ölüm nedenleri arasında prematür doğumun %15 oranında yer almaktadır (DSÖ, 2013).

Erken membran rüptürü; doğum eylemi başlamadan önce fetal membranların herhangi bir zamanda yırtılması olarak tanımlanır. Bu durum, gebelik süresinin 42. haftasına kadar herhangi bir zamanda meydana gelebilir. Prematüre erken membran rüptürü (PEMR), gebeliğin 37. haftasından önce fetal membranların yırtılması durumudur (Caughey ve ark., 2008). Gebeliklerde, erken membran rüptürü (EMR) oranı %7-10 arasında değişmekte, bunların yaklaşık %0,7-2'si PEMR olarak görülmektedir. PEMR, tüm preterm doğumların yaklaşık %30'unu oluşturur (Aldemir ve ark., 2010). EMR'nin başlıca komplikasyonları arasında, preterm doğum sonucu prematürite, maternal ve fetal enfeksiyonlar, umbilikal kordun baskıya uğraması, kordon sarkmasından kaynaklanan hipoksi ve asfiksi, pulmoner hipoplazi ve fetal defektler bulunmaktadır (Goetz, 2020).

1.6. Gebelik Niyeti Kavramı

Gebelik niyeti, bireylerin veya çiftlerin gebelik planlama süreçlerindeki tutumlarını, isteklerini ve hazırlık düzeylerini ifade eden kapsamlı bir kavramdır. Bu kavram, yalnızca gebeliğin planlı olup olmasını değil, aynı zamanda bireyin gebeliğe yönelik duygusal, bilişsel ve davranışsal hazırlığını da içermektedir (Tolossa, 2020). Gebelik niyeti, üreme sağlığı alanında kritik bir değişken olarak kabul edilmekte ve maternal ve fetal sağlık sonuçlarını etkilemektedir. Gebelik niyetinin değerlendirilmesi, bireylerin doğurganlık tercihlerinin anlaşılmasını sağlayarak üreme sağlığı hizmetlerinin planlanmasını kolaylaştırmaktadır (Tolossa, 2020).

Literatürde gebelik niyeti planlı gebelik, plansız gebelik ve belirsiz gebelik niyeti olarak üç farklı şekilde açıklanmaktadır (Smith, 2022). Planlı gebelik, bireyin bilinçli olarak gebelik sürecine hazırlanmasını, doğurganlık davranışlarını bu doğrultuda yönlendirmesini ve gebelik için uygun koşulları sağlamaya yönelik bilinçli bir çaba göstermesini ifade etmektedir (Smith,

2022). Plansız gebelik ise bireyin gebeliği önceden istemediği, planlamadığı veya hazırlıklı olmadığı durumları kapsar ve istenmeyen veya zamansız gebelik olarak ayrılabilir. Belirsiz gebelik niyeti ise bireyin gebelik hakkında kesin bir karar vermediği, gebelik isteme veya istememe konusunda emin olmadığı durumlardır (Smith, 2022).

Gebelik niyeti, bireylerin sağlık davranışları ve gebelik sürecindeki kararları üzerinde belirleyicidir (Delgado, 2023). Planlı gebeliklerde, gebelerin prekonsepsiyonel dönemde sağlıklarına yönelik daha bilinçli davrandıkları, prenatal bakım hizmetlerine daha erken başvurdıkları ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsedikleri gözlemlenmiştir (Yurtsever, 2018). Plansız gebelikler prenatal bakımın gecikmesi, düşük doğum ağırlığı, prematürite, anksiyete ve depresyon gibi olumsuz psikososyal maternal sağlık sonuçları ile ilişkilidir. (Hill ve ark., 2019). Gebelik niyetinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi, üreme sağlığı hizmetlerinin etkinliğini artırmada önemli bir araçtır. Sağlık profesyonelleri, bireylerin doğurganlık niyetlerini ve üreme sağlığı ihtiyaçlarını belirleyerek, danışmanlık ve eğitim hizmetlerini planlayabilir. Bu kapsamda, gebelik niyeti değerlendirme ölçekleri ve birey odaklı danışmanlık yaklaşımları, bireylerin bilinçli doğurganlık kararları vermesine yardımcı olabilmektedir (Robbins., 2021). Gebelik niyeti kavramı, bireylerin üreme sağlığıyla ilgili tutum ve davranışlarını anlamada temel bir bileşen olup, sağlıklı gebelik sonuçlarının elde edilmesinde etkili olmaktadır (Carlander ve ark., 2023).

Gebelik niyetinin doğru bir şekilde değerlendirilmesi ve bu doğrultuda uygun sağlık hizmetlerinin sunulmasında hemşireler anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önemli rollere sahiptir.

1.7. Gebelik Niyetini Etkileyen Faktörler

Gebelik niyeti, bireylerin veya çiftlerin gebeliğe yönelik tutumlarını, planlarını ve kararlarını şekillendiren çok boyutlu bir kavramdır. Gebelik niyetini çeşitli bireysel, sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler belirler (Mondal ve ark., 2023). Gebelik niyeti, bireyin fizyolojik veya üreme sağlığı ile ilgili özelliklerin yanı sıra psikososyal ve çevresel özelliklerden de etkilenmektedir. Biyolojik ve demografik faktörler, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, psikososyal etmenler, sağlık hizmetlerine erişim, kültürel normlar ve toplumsal değerler bireyin gebelik planlamasını, gebeliğe yönelik tutumlarını ve karar verme süreçlerini etkiler. Gebelik niyetini etkileyen faktörlerin anlaşılması, hem bireylerin bilinçli üreme sağlığı kararları almasına hem de sağlık politikalarının şekillenmesine yardımcı olmaktadır (Haffeejee ve ark., 2017).

1.7.1. Biyolojik ve Demografik Faktörler

Bireyin yaşı, cinsiyeti, doğurganlık öyküsü ve genel sağlık durumu gibi biyolojik ve demografik faktörler, gebelik niyeti üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Hernandezveark., 2022).

Yaş: Üreme çağındaki bireylerin gebelik niyeti, yaşa bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Genç yaş grubundaki bireylerde eğitim ve kariyer planları gebelik niyetini şekillendirirken,

ileri yaş grubundaki bireylerde doğurganlığın azalması nedeniyle gebeliğin zamanlaması ve planlanması daha önemliolmaktadır (Babalola, 2017).

Doğurganlık Öyküsü: Önceki gebelik deneyimleri, bireyin gelecekteki gebelik niyetini etkileyebilir. Daha önceabortus, ölü doğum veya doğum komplikasyonu yaşamış olanlar, gebelik planlamasında daha dikkatli iken istenmeyen bir gebelik deneyimi olanlarda ise planlı gebelik niyeti azalabilir (Hernandezveark., 2022).

Genel Sağlık Durumu: Kronik hastalıklar, genetik yatkınlıklar ve üreme sağlığı ile ilgili problemler, bireylerin gebeliğe yönelik tutumlarını ve niyetlerini değiştirebilir. Örneğin, DM, hipertansiyon gibi hastalıklar gebelik riskini artırdığından, bireyler gebelik planlarını genel sağlık durumlarına göre belirleyebilir (Hernandezveark., 2022).

1.7.2. Sosyoekonomik Faktörler

Bireylerin eğitim düzeyi, ekonomik durumu ve çalışma hayatı, gebelik niyeti üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir (Kurt ve ark., 2025; Cruz, 2020).

Eğitim Düzeyi: Bireylerin eğitim düzeyi üreme sağlığına ilişkin bilgi düzeyini ve bilinçli karar alma sürecini etkilemektedir. Eğitim seviyesi yüksek bireyler daha bilinçli şekilde gebeliklerini planlarken eğitim düzeyi düşük bireylerde plansız gebelik oranları daha yüksektir (Kurt ve ark., 2025).

Ekonomik Durum: Gebelik ve çocuk yetiştirme sürecinde artan bakım maliyetleri ekonomik kaynakların etkin kullanımını gerektirdiğinden, bireylerin ekonomik koşulları gebelik niyetlerini doğrudan etkiler. Gelir düzeyi düşük bireylerde plansız gebelik oranları daha fazladır (Cruz, 2020).

Çalışma Hayatı: Kadınların iş hayatına katılımı ve kariyer planları, gebelik zamanlamasını etkiler. İş gücüne aktif olarak katılan kadınlar, genellikle gebeliklerini kariyer hedefleri doğrultusunda planlamakta ve doğurganlık kararlarını daha bilinçli almaktadırlar (Tunçdemir, 2024).

1.7.3. Psikososyal Faktörler

Bireylerin psikolojik durumu, aile ve sosyal çevresi ile ve partneri ile olan ilişkileri, gebelik niyetini etkiler (Hill veark., 2021).

Psikolojik durum: Stres, depresyon, anksiyete gibi psikolojik faktörler, bireylerin üreme sağlığı kararlarını etkiler. Psikolojik iyi oluş hali yüksek bireylerde gebelik daha bilinçli bir şekilde planlanırken psikolojik sağlığın olumsuz olması durumunda plansız gebelik riski artmaktadır (Bedaso, 2021).

Partner İlişkileri: Gebeliğin planlanması sürecinde bireyin eşi veya partneriyle olan ilişkisi son derece önemlidir. Partneri ile sağlıklı ilişkiye sahip bireylerde gebelik niyeti daha olumlu olurken, problemlilişkilerde bireylerde plansız gebelik riski artmaktadır (Lee veark., 2019).

Aile ve Sosyal Çevre: Aile ve yakın çevrenin gebeliğe yönelik tutumları, bireyin gebelik niyetini etkiler. Geleneksel toplumlarda aile ve akrabaların baskısı gebelik niyetini dolaylı olarak artırabilirken, bireysel kararların daha fazla önemsendiği toplumlarda ise bireyin kendi istekleri doğrultusunda gebelik planlaması yapması daha yaygındır (Bedaso, 2021).

1.7.4. Sağlık Hizmetleri ve Üreme Sağlığı Politikaları

Sağlık hizmetlerine erişim, üreme sağlığına politikaları ve doğum kontrol yöntemlerine ulaşılabilirlik, gebelik niyetini doğrudan etkiler (Kazibweveark., 2024).

Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erişim: Kadınların gebelik öncesi sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyi, gebelik niyetlerini etkiler. Gebelik öncesi danışmanlık hizmetleri, bireylerin gebelik planlamasını bilinçli bir şekilde yapmalarına yardımcı olmaktadır (Kazibweveark., 2024).

Doğum Kontrol Yöntemleri: Modern kontraseptif yöntemlere erişimin artması, bireylerin doğurganlıklarını kontrol etmelerini ve gebeliklerini bilinçli bir şekilde planlamalarını kolaylaştırırken, doğum kontrol yöntemlerine erişimin sınırlı olması plansız gebelik oranlarını arttırmaktadır (Gelawveark., 2023).

Üreme Sağlığı Politikaları: Devlet politikaları, gebelik niyetini etkileyen önemli dışsal faktörlerdendir. Örneğin, doğum izinleri, çocuk bakım destekleri ve annelikle ilgili teşvikler, bireylerin gebelik niyetlerini etkiler (Kazibweveark., 2024).

1.7.5. Kültürel ve Toplumsal Faktörler

Geleneksel ve dini inançlar, toplumsal cinsiyet rolleri, bireylerin gebelik niyetini şekillendiren kültürel ve toplumsal unsurlardan biridir (Dorney, 2023).

Geleneksel ve Dini İnançlar: Farklı kültürel ve dini inanışlar, gebeliğin zamanlaması ve planlanmasına yönelik farklı yaklaşımlar geliştirilmesine neden olabilir. Bazı topluluklarda erken yaşta anne olmak teşvik edilirken, bazı toplumlarda bireylerin kariyer ve eğitim planlarını tamamladıktan sonra anne olmalarına daha olumlu yaklaşılmaktadır.

Toplumsal Cinsiyet Roller: Kadınların toplum içindeki rolü ve aile içindeki görevleri, gebelik niyetlerini etkiler. Geleneksel toplumlarda, kadınlardan erken yaşta çocuk sahibi olmaları beklenebilirken, modern toplumlarda kadınların kendi doğurganlıklarını planlama konusunda daha özgür oldukları söylenebilir (Dorney, 2023).

1.8. Riskli Gebelik Sürecinde Hemşirenin Rolü

Hemşirelerin temel amacı, gebelikte ortaya çıkabilecek riskli durumları erken dönemde belirlemek, riskleri kontrol altında tutmak ve maternal ve fetal sağlığın korunmasını sağlamaktır. Bu amaçla etkin prenatal bakım sunulması ve riskin derecesinin, türünün ve etkisinin değerlendirilmesi ve uygun girişimlerin planlanarak uygulanması gereklidir (Hudon, 2022).

Sağlık ekibinin içinde, bireylerin kolay iletişime geçebildikleri kişi olarak hemşireler, hasta ile sağlık ekibi arasında etkili iletişim kurulmasında önemli role sahiptir (Pereira, 2023). Yüksek riskli gebelerin takibi, multidisipliner işbirliğini gerektirir. Hemşireler olası maternal ve fetal komplikasyonları en aza indirmek için sağlık sorunlarını belirlemeli ve çözüm önerileri sunmalıdır (Errico ve ark., 2018). Hasta ve ailesini olası riskler konusunda bilgilendirmelidir (Alves ve ark., 2019). Hemşireler bağımsız rolleri çerçevesinde gebenin ve ailenin riskli duruma verdiği tepkileri dinlemeli ve anlamlandırmalıdır. Ardından bireylerin stresle başa çıkma stratejilerini değerlendirmeli ve danışmanlık sunmalıdır (Pereira, 2023). Hemşire, riskli gebeliklerde, prenatal dönemde bakım sunarken hemşire, gebe ve ailesine sağlıklı ve güvenli ebeveynliğe hazırlık için rehberlik eder (Rodrigues, 2016).

Hemşireler kontrasepsiyonu ya da konsepsiyon sürecinde bireylerin sağlık durumunu değerlendirir, öneriler sunar. Ayrıca gebenin ve ailesinin gebeliğe fizyolojik ve psikososyal uyumunu destekler (Khakbazan, 2022). Prenatal takiplerde gebenin sağlık durumunu izler (Cuiveark., 2020). Hemşire, gebenin aile bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesine yönelik öneriler sunar. Sosyal izolasyonu önlemek için duygusal destek sağlar. Gebenin korku, anksiyete vb. duygularını belirler, çatışmaları çözmeye yönelik stratejiler sunar. Doğum eylemi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek sağlık problemlerine zamanında müdahale ederek komplikasyonları önler. Yenidoğan ve lohusa bakımını destekler (Astari, 2018). Yüksek riskli gebeliklerin yönetiminde kullanılabilecek güncel teknolojik uygulamaları takip etmelidir (Alves ve ark., 2019). Ayrıca, tedavi sürecinde ilaç uygulamaları, kullanılan ilaçların endikasyonları ve olası yan etkileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıdırlar (Alves ve ark., 2019).

Hemşire, gebenin riskli durumuna yönelik gebenin ve ailesinin verdiği tepkileri değerlendirmek için veri toplamalı, eldeki verileri analiz ederek, hemşirelik tanılarını belirlemeli ve bireyselleştirilmiş bakım planlarını oluşturulmalıdır (Majella, 2019). Sunulan hemşirelik bakımı ile maternal ve fetal sağlığını korumak ve iyileştirmek için gebeliköncesinde var olan ya da gebelikte ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarına yönelik erken dönemde teşhis ve tedavi sunularak hastalık ve ölüm riskleri azaltılabilir (Franjić, 2022).

2. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu tanımlayıcı kesitsel tipteki çalışmada riskli gebelik geçiren kadınların gelecekteki gebelik niyetlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın soruları şunlardır;

1. Riskli gebelik geçiren kadınların gelecekteki gebelik niyetleri nedir?
2. Riskli gebelik geçiren kadınların gelecekteki gebelik niyetlerini etkileyen faktörler nelerdir?

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Türkiye’de Orta Karadeniz Bölgesinde yer alan bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kadın hastalıkları ve Doğum polikliniğinde 01.07.2023–01.10.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini 01.07.2023–01.10.2023 tarihleri arasında Çorum Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran riskli gebelik geçiren kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem hesaplanmasında evreni bilinen örnekleme yöntemi kullanılmıştır. TNSA 2018 verilerine göre genel popülasyonda riskli gebelik sıklığı %35,2 olarak belirtilmektedir (TNSA, 2018).

Buna göre;

n: örnekleme alınacak kişi sayısı, $p=0,35$ $q=0,65$

t: belirli serbestlik derecelerinde ve tespit edilen hata seviyesinde t tablosunda bulunan teorik değer ($t=1,96$)

s: evren standart sapması,

d: olayın görüş sıklığı ($d=0,05$) olarak hesaplandığında;

$n=N.t^2. p. q / d2. (N-1) + t^2.p. q$

formülünden; örnekleme alınacak kişi sayısı 349 olarak belirlenmiştir.

2.4. Araştırmaya Dahil edilme/Dışlanma Kriterleri

Araştırmanın örneklemine;

- Araştırma verilerinin toplandığı tarihler arasında riskli gebelik geçiren, (riskli gebelik durumunu Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu ile en az bir riski taşıdığı belirlenen gebeler riskli gebelik olarak belirlendi) (T.C Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018).
- Çorum ilinde yaşıyor olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Görsel, işitsel, mental bir engeli bulunmayan,
- Okur-yazar olan,
- 20 hafta ve üzeri gebelik haftasına sahip olan,

Araştırma örnekleminde;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan,
- Görsel, işitsel, mental bir engeli bulunmayan,
- Riskli gebelik kriterine uygun olamayan,
- Okur-yazar olmayan gebeler dışlanmıştır.

2.5. Araştırmanın Değişkenleri

Gebelerin Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu puanları araştırmanın bağımlı değişkenleri iken gebelerin sosyodemografik özellikleri araştırmanın bağımsız (yaş, eğitim, evlilik süresi, eğitim durumu, aile yapısı, yaşadığı yer, çalışma durumu, gelir durumu, eşin çalışma durumu, ekonomik durum, beden kitle indeksi) değişkenleridir.

2.6. Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu ve Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Etik kurul onayının alınmasının ardından hastaneden kurum izni alınmıştır. Veriler Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğum ve kadın hastalıkları polikliniğine gelen araştırmanın dâhil edilme kriterlerini karşılayan gebeler ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak araştırmacı tarafından mesai saatleri içerisinde toplanmıştır.

2.7. Veri Toplama Araçları

2.7.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu form Sosyodemografik verileri tanımlamaya yönelik sorular ile (yaş, eş yaşı, evlilik süresi, eğitim düzeyi, eşin eğitim düzeyi, aile tipi, yaşanan yer, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, gelir düzeyi, beden kitle indeksi), obstetrik öyküyü belirlemeye yönelik (gebelik öncesi kullandığı aile planlaması yöntemi, gebelik haftası, gravida, parite, abortus, kürtaj ve ex fetüs sayısı, preterm doğum öyküsü, doğum şekli, tekrar gebelik niyeti, tekrar gebelik düşünmüyorsa sebebi) sorular olmak üzere toplam 22 maddeden oluşmaktadır (Aydemir, 2014; Karaçam, 2012; Yıldırım, 2022).

2.7.2. Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu

Gebelerin risk değerlendirmesi yapılması için kullanılan form toplam 23 sorudan oluşmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde standardizasyon sağlanması amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiş ve tüm sağlık kuruluşlarında kullanılmakta olan standart bir formdur. Bu form, obstetrik öykü, mevcut gebelik durumu ve genel tıbbi öykü olmak üzere üç ana bölümden oluşmakta ve gebelik sürecinde riskli durumları belirlemeyi hedeflemektedir. Eğer formdaki herhangi bir kriter pozitif sonuç verirse gebe riskli gebelik kabul edilip, gebeliğin yönetimi için mutlaka Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna yönlendirme yapılması önerilmektedir. Risk değerlendirme formunu dolduran katılımcılar 1 tane risk faktörü mevcut olan, 2 tane ve 3 veya daha fazla risk faktörü olan olarak düzeye ayrılıp sınıflandırılmıştır (T.C Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2018).

2.8. Araştırma Sınırlılıkları

- Araştırmanın rutin muayeneye ve kontrole gelen gebelerle yürütülmüş olması,
- Araştırmanın yapıldığı ilin Orta Karadeniz bölgesinde nüfus yoğunluğu az bir kentte gerçekleştirilmiş olması,
- Araştırmanın tek merkezde gerçekleştirilmiş olması,
- Araştırmanın elde edilecek verilerin, kadınların öz bildirimine dayalı olması çalışmanın sınırlılıklarındandır.

2.9. Çalışma Takvimi

15 Haziran 2023	Etik Kurul Başvurusu
1 Temmuz 2023	Literatür taraması
1 Temmuz 2023 - 1 Ağustos 2023	Veri toplama araçlarının geliştirilmesi
15 Ekim 2023 - 15 Mayıs 2024	Uygulamanın yapılması
1 Mayıs 2024 - 1 Haziran 2024	Verilerin analiz edilmesi ve yorumlanması
1 Haziran 2024 - 1 Mayıs 2025	Tez metninin tamamlanması

2.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların olduğu istatistiksel analizler kullanılmıştır. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise “Kurtosis” ve “Skewness” kat sayıları (± 2) ile hesaplanmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi kullanılmıştır. Tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

2.11. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı olarak kurum izni (Ek 3) ve Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ndan etik kurul onayı alınmıştır (EK 4). Araştırma kapsamındaki kadınların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın yapılma amacı rasyonel olarak açıklanarak, sözel olarak “Aydınlatılmış Onam” alınmış, “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” gereği elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek, araştırmaya gönüllülerin alınmasında “Özerkliğe Saygı” ilkesini içeren etik ilkelere uygun davranılmıştır.

3. BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların %61.6'sı 26-35 yaş grubundadır, %61'inin eşi 26-35 yaş grubundadır, %46.4'ü 1-5 yıldır evlidir, %36.4'ü lise mezunudur ve %42.1'inin eşi üniversite mezunudur. Katılımcıların %82.2'si eş/eş ve çocukları ile yaşamaktadır, %57.9'u ilde yaşamaktadır. Katılımcıların %43.8'i çalışmamakta ve %95.7'sinin eşi çalışmaktadır, %48.1'inin geliri giderine eşittir. Katılımcıların yaş ortalaması 30.16±5.59 yıl, ortalama eş yaşı 32.34±6.01 yıl ortalama evlilik süresi 6.74±4.53 yıldır. Ayrıca katılımcıların %46.4'ü kiloludur ve ortalama BKİ 27.61±3.93 kg/m² olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

		n	%
Yaş (yıl)	18-25 yaş arası	63	18.1
	26-35 yaş arası	215	61.6
	36 yaş ve üzeri	71	20.3
Eş Yaşı (yıl)	18-25 yaş arası	48	13.8
	26-35 yaş arası	213	61.0
	36 yaş ve üzeri	88	25.2
Evlilik Süresi (yıl)	1-5 yıl	162	46.4
	6-10 yıl	139	39.8
	11 yıl ve üzeri	48	13.8
Eğitim Düzeyi	İlkokul mezunu	19	5.4
	Ortaokul mezunu	86	24.6
	Lise mezunu	127	36.4
	Üniversite mezunu	117	33.5
Eşin Eğitim Düzeyi	İlkokul mezunu	9	2.6
	Ortaokul mezunu	54	15.5
	Lise mezunu	139	39.8
	Üniversite mezunu	147	42.1

Tablo 3.1. (Devam) Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Aile şekli	Çekirdek Aile (Eş/eş ve çocuklar)	287	82.2
	Geniş aile (Eş anne babası, eş ve çocuklar ile)	62	17.8
Yaşanılan Yer	Köy	7	2.0
	Kasaba	15	4.3
	İlçe	125	35.8
	İl	202	57.9
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	153	43.8
	Çalışıyor	81	23.2
	Gebelik nedeniyle çalışmıyor	115	33.0
Eş Çalışma Durumu	Çalışıyor	334	95.7
	Çalışmıyor	15	4.3
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	111	31.8
	Gelir gidere denk	168	48.1
	Gelir giderden fazla	70	20.1
Beden Kitleİndeksi (BKİ)	Normal	95	27.2
	Kilolu	162	46.4
	Obez	83	23.8
	Morbitobez	9	2.6
Toplam		349	100

Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	349	18	43	30.16	5.59
Eş Yaşı	349	19	48	32.34	6.01
Evlilik Süresi	349	1	20	6.74	4.53
BKİ	349	18.60	41.41	27.61	3.93

3.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklere İlişkin Bulgular

Katılımcıların %50.4'ü 28-32 gestasyon haftası arasındadır, %48.4'ünün gravidası 3 ve üzeridir, %38.1'inin paritesi 1'dir ve %38.1'inin yaşayan çocuk sayısı 1'dir. Katılımcıların

%58.7'si hiç abortus yaşamamıştır, %83.4'ü hiç ölü doğum yapmamıştır ve %68.8 preterm doğum öyküsü yoktur.

Gestasyon haftası ortalama 32.89 ± 2.91 , gravida ortalaması 2.58 ± 1.24 , canlı doğum sayısı ortalaması 1 ± 0.95 , yaşayan çocuk sayısı ortalama 0.99 ± 0.94 , abortus sayısı ortalaması 0.51 ± 0.69 ve ölü doğum sayısı ortalaması 0.18 ± 0.42 'dir.

Tablo 3.2. Katılımcıların obstetrik özelliklerine göre dağılımı

		n	%
Gebelik Haftası	28-32 hafta arası	176	50.4
	33-37 hafta arası	149	42.7
	38-41 hafta	24	6.9
Gravida	1 gebelik	58	16.6
	2 gebelik	122	35.0
	3 ve daha fazla gebelik	169	48.4
Parite	Nullipar	120	34.4
	1	133	38.1
	2	78	22.3
	3 ve daha fazla	18	5.2
Yaşayan Çocuk Sayısı	0	122	35.0
	1	133	38.1
	2	78	22.3
	3 ve daha fazla	16	4.6
Abortus Sayısı	0	205	58.7
	1	117	33.5
	2	22	6.3
	3 ve daha fazla	5	1.4
Ölü Doğum Sayısı	0	291	83.4
	1	53	15.2
	2	5	1.4

Tablo 3.2. (Devam) Katılımcıların obstetrik özelliklerine göre dağılımı

Preterm Doğum Öyküsü	Var			109	31.2
	Yok			240	68.8
Toplam				349	100
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Gebelik Haftası	349	25	39	32.89	2.91
Toplam Gebelik Sayısı	349	1	8	2.58	1.24
Toplam Canlı Doğum Sayısı	349	0.00	5.00	1.00	0.95
Yaşayan Çocuk Sayısı	349	0	5	0.99	0.94
Toplam Abortus Sayısı	349	0	4	0.51	0.69
Toplam Ölü Doğum Sayısı	349	0	2	0.18	0.42

3.3. Risk Değerlendirme Formu Obstetrik Öykü Madde Dağılımına İlişkin Bulgular

Katılımcıların %31.8'inde önceki gebeliklerde ölü doğum veya yenidoğan kaybı, %3.7'sinde 3 veya daha fazla ardı ardına spontan abortus öyküsü, %27.2'sinde preterm doğum öyküsü ve %1.4'ünde anomalili bebek doğum öyküsü vardır. Katılımcıların %5.7'sinde son bebeğin doğum ağırlığı < 2500g'dır, %12.9'unda son bebeğin doğum ağırlığı > 4500g'dır, %9.2'sinde son gebelikte hipertansiyon veya pre-eklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatış vardır ve %4.6'sında üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon vardır.

Tablo 3.3. Risk değerlendirme formu obstetrik öykü madde dağılımı

Maddeler		n	%
1. Önceki gebeliklerde ölü doğum veya yenidoğan kaybı	Var	111	31.8
	Yok	238	68.2
2. 3 veya daha fazla ardı ardına spontan abortus öyküsü	Var	13	3.7
	Yok	336	96.3
3. Preterm doğum öyküsü (22-37 hafta arası)	Var	95	27.2
	Yok	254	72.8

Tablo 3.3. (Devam) Risk değerlendirme formu obstetrik öykü madde dağılımı

4. Anomalili bebek doğurma öyküsü	Var	5	1.4
	Yok	344	98.6
5. Son bebeğin doğum ağırlığı < 2500g	Var	20	5.7
	Yok	329	94.3
6. Son bebeğin doğum ağırlığı > 4500 g	Var	45	12.9
	Yok	304	87.1
7. Son gebelik: hipertansiyon veya pre-eklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatış	Var	32	9.2
	Yok	317	90.8
8. Üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon? (Miyomektomi, septum ameliyatı, konebiyopsi, klasik CS, servikalserklaj)	Var	16	4.6
	Yok	333	95.4
Toplam		349	100

3.4. Risk Değerlendirme Formu Mevcut Gebelik Madde Dağılımına İlişkin Bulgular

Katılımcıların %8.3'ünde tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik vardır, %4.3'ünde adölesan gebelik (≤ 18 yaş) vardır, %24.9'unda 35 yaş ve üstü gebelik vardır ve %10.3'ünde mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu vardır. Katılımcıların %48.7'sinde vajinal kanama vardır, %3.7'sinde pelvik kitle vardır, %7.4'ünde diastolik kan basıncının 90 mm/hg üstündedir ve %16'sında anemi öyküsü vardır.

Tablo 3.4. Risk değerlendirme formu mevcut gebelik madde dağılımı

Maddeler		n	%
9. Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik	Var	29	8.3
	Yok	320	91.7
10. Adölesan gebelik (18 yaş altı)	Var	15	4.3
	Yok	334	95.7
11. İleri anne yaşı (35 yaş ve üstü)	Var	87	24.9
	Yok	262	75.1

12. Mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu	Var	36	10.3
	Yok	313	89.7
13. Vajinal kanama	Var	170	48.7
	Yok	179	51.3
14. Pelvik kitle	Var	13	3.7
	Yok	336	96.3
15. Diastolik kan basıncının 90 mmHg üstünde olması	Var	26	7.4
	Yok	323	92.6
16. Anemi öyküsü	Var	56	16.0
	Yok	293	84.0
Toplam		349	100

3.5. Risk Değerlendirme Formu Genel Tıbbi Öykü Madde Dağılımına İlişkin Bulgular

Katılımcıların %15.5'inde DM, %7.4'ünde renal hastalık, %1.7'sinde kardiyovasküler hastalık ve %23.8'inde tiroid hastalığı vardır. Katılımcıların hiçbirinde talesemi taşıyıcılığı yoktur, %40.1'inde sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı vardır ve tamamında diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum yoktur.

Tablo 3.5. Risk değerlendirme formu genel tıbbi öykü madde dağılımı

Maddeler		n	%
1. İnsülin bağımlı DM	Var	54	15.5
	Yok	295	84.5
2. Renal hastalık	Var	26	7.4
	Yok	323	92.6
3. Kardiyovasküler hastalık	Var	6	1.7
	Yok	343	98.3

4. Tiroid hastalığı	Var	83	23.8
	Yok	266	76.2
5. Talasemi taşıyıcılığı	Var	-	-
	Yok	349	100
6. Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı	Var	140	40.1
	Yok	209	59.9
7. Diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum	Hayır	-	-
	Evet	349	100
Toplam		349	100

3.6. Katılımcıların Bazı Obstetrik Özelliklerin Dağılımına İlişkin Bulgular

Katılımcıların %60.5'i sezaryen doğum planlamaktadır, %59'u tekrar gebelik düşünmemektedir, %43'ü riskli gebelik geçirdiği için tekrar gebelik düşünmemektedir ve %40.1 gebelik öncesi kontraseptif yöntem geri çekmedir.

Tablo 3.6. Katılımcıların bazı obstetrik özelliklerin dağılımı

	Özellikler	n	%
Planlanan Doğum Şekli	Normal doğum	138	39.5
	Sezaryen doğum	211	60.5
Tekrar Gebelik Düşünme durumu	Gebelik düşünüyorum	48	13.8
	Gebelik düşünmüyorum	206	59.0
	Kararsızım	95	27.2
Gebelik Düşünmeme Nedeni	Gebelik düşünüyorum	46	13.2
	Riskli gebelik geçirdiğim için	150	43.0
	Çocuğa bakacak kimse olmadığı için	32	9.2
	Geç yaşta evlilik	22	6.3
	Ekonomik durum	18	5.2
	Kronik hastalık	10	2.9
	Doğumkorkusu	68	19.5
	Yeterli sayıda çocuğum olduğu için	3	0.9

Tablo 3.6. (Devam) Katılımcıların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı

Gebe Kalmadan Önce Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi	Geri çekme	140	40.1
	Kondom	123	35.2
	Hormonal yöntemler (Hap/aylık enjeksiyon)	61	17.5
	Rahim içi araç	25	7.2
Toplam		349	100

3.7. Risk Değerlendirme Formundan Alınan Puanların Dağılımına İlişkin Bulgular

Katılımcıların risk değerlendirme formuna göre ortalama 3.09 ± 1.33 risk vardır. Kesme noktalarına göre katılımcıların %63.6'sında 3+ risk vardır.

Tablo 3.7. Risk değerlendirme formundan alınan puanların dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Risk Değerlendirme Formu	349	1.00	7.00	3.09	1.33
Ölçek Kesme Noktalarına Göre	n	%	-	-	-
Risk yok	-	-	-	-	-
1 Risk	37	10.6	-	-	-
2 Risk	90	25.8	-	-	-
3+ Risk	222	63.6	-	-	-

3.8. Risk Düzeylerine Göre Tekrar Gebelik Düşünme Durumunun Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların risk düzeylerine göre tekrar gebelik düşünme oranları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 3.8. Risk Düzeylerine Göre Tekrar Gebelik Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Özellikler		Risk Düzeyi						p değeri
		1 Risk		2 Risk		3+ Risk		
		n	%	n	%	n	%	
Tekrar Gebelik Düşünme	Evet	5	10.4	8	16.7	35	72.9	x²=6.81 1 p=0.146
	Hayır	27	13.1	54	26.2	125	60.7	
	Kararsız	5	5.3	28	29.5	62	65.3	

χ^2 : Ki-kare analizi

3.9. Tekrar Gebelik Düşünme Durumuna Göre Demografik ve Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların yaş, eş yaşı, evlilik süresi, eğitim düzeyi, eş eğitim düzeyi, aile şekli, yaşanılan yer, çalışma durumu, eş çalışma durumu, toplam gebelik sayısı, toplam canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve toplam abortus sayısına durumuna göre tekrar gebelik düşünme oranları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). 18-25 yaş grubundaki kadınlar arasında tekrar gebelik düşünenlerin oranı daha fazladır. Eş yaşı 18-25 grubunda olanların tekrar gebelik düşünenlerin oranı daha fazladır ($p<0.001$). Evlilik süresi 1-5 yıl arasındaki kadınlar arasında tekrar gebelik düşünenlerin oranı daha fazladır ($p<0.001$). Eğitim düzeyini üniversite ve üzeri olarak belirten kadınlar arasında tekrar gebelik düşünenlerin oranı daha fazladır ($p<0.001$). Eşi ortaokul mezunu olanlar kadınlarda gebelik düşünmeyenlerin oranı daha fazladır ($p<0.001$). Geniş ailede yaşayanlarda tekrar gebelik düşünenlerin oranı daha fazladır ($p<0.001$). İlçede yaşayanlarda gebelik düşünenlerin oranı il ve köyde yaşayanlara göre daha fazladır ($p<0.001$). Gebelik nedeniyle çalışmayanlarda gebelikte çalışan ve gebelikte çalışmayanlarda gebelik düşünenlerin oranı daha azdır ($p<0.001$). Eşi çalışmayanlarda gebelik düşünenlerin oranı daha fazladır ($p<0.001$). Toplam gebelik sayısı 3+ olanlarda gebelik düşünenlerin oranı daha azdır ($p<0.001$). Canlı doğumu olmayan kadınlarda tekrar gebelik düşünenlerin oranı daha fazladır ($p<0.001$). Yaşayan çocuğu olmayanlarda tekrar gebelik düşünenlerin oranı daha fazladır. Abortus öyküsü olmayanlarda gebelik düşünenlerin oranı daha fazladır ($p<0.001$). Tablo 3.9'da görüldüğü gibi gelir düzeyi ve preterm doğum öyküsü durumuna göre tekrar gebelik düşünme oranları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 3.9. Tekrar Gebelik Düşünme Durumuna Göre Demografik ve Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırılması

Özellikler		Tekrar Gebelik Düşünme						p değeri
		Evet		Hayır		Kararsız		
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-25 yaş arası	18	37.5	30	14.6	15	15.8	x²=25.788 p=0.000
	26-35 yaş arası	30	62.5	122	59.2	63	66.3	
	36 yaş ve üzeri	-	-	54	26.2	17	17.9	
Eş Yaşı	18-25 yaş arası	21	43.8	18	8.7	9	9.5	x²=48.688 p=0.000
	26-35 yaş arası	26	54.2	128	62.1	59	62.1	
	36 yaş ve üzeri	1	2.1	60	29.1	27	28.4	
Evlilik Süresi	1-5 yıl	45	93.8	74	35.9	43	45.3	x²=61.219 p=0.000
	6-10 yıl	3	6.3	90	43.7	46	48.4	
	11 ve üzeri	-	-	42	20.4	6	6.3	
Eğitim Düzeyi	İlkokul mezunu	-	-	19	9.2	-	-	x²=31.196 p=0.000
	Ortaokul mezunu	16	33.3	47	22.8	23	24.2	
	Lise mezunu	7	14.6	85	41.3	35	36.8	
	Üniversite ve üzeri	25	52.1	55	26.7	37	38.9	

Tablo 3.9. (Devam) Tekrar Gebelik Düşünme Durumuna Göre Demografik ve Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırılması								
Eş Eğitim Düzeyi	İlkokul mezunu	-	-	9	4.4	-	-	$\chi^2=36.634$ p=0.000
	Ortaokul mezunu	2	4.2	49	23.8	3	3.2	
	Lise mezunu	24	50.0	75	36.4	40	42.1	
	Üniversite ve üzeri	22	45.8	73	35.4	52	54.7	
Aile şekli	Çekirdek aile	29	60.4	171	83.0	87	91.6	$\chi^2=21.403$ p=0.000
	Geniş aile	19	39.6	35	17.0	8	8.4	
Yaşanılan Yer	Köy	-	-	7	3.4	-	-	$\chi^2=46.865$ p=0.000
	Kasaba	-	-	15	7.3	-	-	
	İlçe	35	72.9	61	29.6	29	30.5	
	İl	13	27.1	123	59.7	66	69.5	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	17	35.4	111	53.9	25	26.3	$\chi^2=48.027$ p=0.000
	Çalışıyor	25	52.1	31	15.0	25	26.3	
	Gebelik nedeniyle çalışmıyor	6	12.5	64	31.1	45	47.4	
Eş Çalışma Durumu	Çalışıyor	42	87.5	199	96.6	93	97.9	$\chi^2=9.367$ p=0.009
	Çalışmıyor	6	12.5	7	3.4	2	2.1	

Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	21	43.8	65	31.6	25	26.3	$\chi^2=8.957$ $p=0.062$
	Gelir gidere denk	14	29.2	102	49.5	52	54.7	
	Gelir giderden fazla	13	27.1	39	18.9	18	18.9	
Gravida	1 kez gebe kalan	18	37.5	17	8.3	23	24.2	$\chi^2=57.104$ p=0.000
	2 kez gebe kalan	26	54.2	61	29.6	35	36.8	
	3 ve üzeri gebe kalan	4	8.3	128	62.1	37	38.9	
Canlı Doğum Sayısı	Hiç canlı doğum yapmamış	39	81.3	40	19.4	41	43.2	$\chi^2=89.981$ p=0.000
	1 kez canlı doğum yapmış	9	18.8	81	39.3	43	45.3	
	2 kez canlı doğum yapmış	-	-	67	32.5	11	11.6	
	3 ve üzeri	-	-	18	8.7	-	-	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Yaşayan çocuk yok	37	77.1	43	20.9	42	44.2	$\chi^2=78.554$ $p=0.000$
	1 tane yaşayan çocuk	11	22.9	80	38.8	42	44.2	
	2 tane yaşayan çocuk	-	-	67	32.5	11	11.6	
	3 ve üzeri yaşayan çocuk	-	-	16	7.8	-	-	
Toplam Abortus Sayısı	0	36	75.0	110	53.4	59	62.1	$\chi^2=12.662$ $p=0.049$
	1	12	25.0	74	35.9	31	32.6	
	2	-	-	17	8.3	5	5.3	
	3 ve üzeri	-	-	5	2.4	-	-	

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

Gebelik, hem annenin hem de fetüsün sağlığını etkileyen bir süreç olup, gebelik sırasında karşılaşılan risk faktörleri, maternal ve perinatal sonuçları doğrudan etkileyebilir. Bu nedenle, gebelik sürecindeki risk faktörlerinin belirlenmesi ve yönetimi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve gebelikle ilişkili komplikasyonları önlemek açısından büyük önem taşımaktadır (Bellos ve ark., 2021). Gebelik, kadın sağlığının ve yaşamının önemli bir dönüm noktasıdır; ancak gebeliğin planlı ve istenerek gerçekleşmesi, anne ve bebek sağlığı açısından daha olumlu sonuçlar doğurabilmektedir. Gebelik niyeti ile gebelik sonuçları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir meta-analiz, istenmeyen gebeliklerin düşük doğum ağırlığı (DOA) riskini %41 oranında artırdığını göstermiştir (Hallveark., 2017).

Bu çalışmada, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin risk değerlendirme formuna etkisi araştırılmıştır. Katılımcıların büyük bir kısmı (61.6%) 26-35 yaş arasındadır. Bu yaş grubundaki gebelerin, gebelik sürecine ilişkin riskleri genellikle daha iyi yönetebildiği ve toplumda daha yaygın olduğu bilinmektedir. 26-35 yaş arası kadınlar, genellikle ilk gebeliklerini bu yaşlarda yaşarlar ve bu, maternal sağlık açısından olumlu bir faktördür. Bu yaş grubundaki gebelerde, özellikle gebelikle ilgili risklerin daha az olabileceği öngörülebilir. Ancak, bu yaş aralığında daha fazla obezite oranı (46.4%) ve dolayısıyla gestasyonel diyabet, hipertansiyon gibi risk faktörlerinin de artabileceği unutulmamalıdır. Katılımcıların %43.8'inin çalışmadığı ve %57.9'unun ilde yaşadığı gözlemlenmiştir. Çalışmayan kadınların daha fazla risk taşıdığı ve sosyal destek ağlarının sınırlı olabileceği dikkate alındığında, bu durum, gebelik sürecinin yönetilmesinde önemli bir faktör olabilir. Özellikle gelir düzeyi giderle denk olan katılımcıların oranının %48.1 olması, ekonomik stresin gebelik üzerindeki etkilerini artırabilir. Bunun yanı sıra, eşlerin eğitim düzeyinin %42.1 ile üniversite mezunu olması, gebelerin daha sağlıklı yaşam tarzı seçimleri yapabilme ve sağlık hizmetlerine daha kolay erişim sağlama olasılıklarını artırabilir.

Katılımcıların %46.4'ü kilolu ve BKİ ortalaması 27.61 kg/m² olarak hesaplanmıştır. Bu durum, gebelik sırasında çeşitli komplikasyonlara, özellikle hipertansiyon, gestasyonel diyabet ve doğum güçlükleri gibi risklere yol açabilir. Bununla birlikte, kilolu bireylerde artan sağlık bilinci, düzenli takipler ve uygun müdahalelerle bu riskler yönetilebilir.

4.1. Katılımcıların Risk Değerlendirme Formu Obstetrik Öykü Madde Dağılımına İlişkin Bulguların ve Obstetrik Özelliklerin Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda ölü doğum veya yenidoğan kaybı oranı %31.8 olarak bulunmuştur. Bu oran, literatürde bildirilen değerlerle karşılaştırıldığında oldukça yüksektir. Örneğin, TNSA 2018 verilerine göre ölü doğum oranı binde 9 (0,9%), yenidoğan ölüm oranı ise binde 13 (1,3%) olarak raporlanmıştır. Benzer şekilde, Lawn ve arkadaşlarının (2016) yaptığı küresel bir

analizde, ölü doğum oranlarının çoğu ülkede binde 5 ile binde 10 arasında değiştiği belirtilmiştir (Lawn ve ark., 2016).

Bu farklılık, çalışmamızın yürütüldüğü bölgedeki sağlık hizmetlerine erişim kısıtlılıkları, doğum öncesi bakımın yetersizliği ve sosyoekonomik faktörler gibi çeşitli etkenlerden kaynaklanabilir. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımında yaşanan zorluklar, düzenli prenatal bakımın alınamaması ve doğumların uygun olmayan koşullarda gerçekleşmesi, perinatal kayıpların artmasına neden olabilir.

Lawn ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir analizde, 2015 yılında dünya genelinde yaklaşık 2,6 milyon üçüncü trimester ölü doğumun gerçekleştiği ve bu ölümlerin %98'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği rapor edilmiştir. Bu çalışmada, ölü doğumların en yaygın nedenleri arasında maternal enfeksiyonlar, hipertansiyon, ileri anne yaşı ve yetersiz doğum bakımı yer almaktadır. Çalışmamızda katılımcıların %60.5'i sezaryen doğum planlamaktadır. Türkiye, dünyada sezaryen oranı açısından ilk sırada yer almakta olup, özel sektörde sezaryen oranı %78,1 gibi oldukça yüksek bir değere ulaşmıştır (Topaktaş, 2024). Bu durum, Türkiye'de sezaryen doğumun giderek yaygınlaştığını göstermekte ve özellikle özel sağlık kuruluşlarındaki uygulamalarla ilişkilendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, sezaryen oranlarının ideal olarak %10-15 arasında olması gerektiğini belirtirken (DSÖ, 2019), Türkiye'deki bu yüksek oranlar önemli bir sağlık politikası konusu olmaya devam etmektedir. Sezaryen oranlarının yüksekliği, anne ve yenidoğan sağlığı üzerinde kısa ve uzun vadeli riskler doğurabilmektedir. Bu nedenle, gereksiz sezaryenlerin önlenmesi ve doğal doğumu teşvik eden stratejilerin geliştirilmesi önemlidir (Sandall ve ark., 2018). Çalışmamızdaki yüksek sezaryen planlama oranı, Türkiye'deki genel eğilimle uyumlu olarak, gebelik sürecinde sağlık hizmetlerinin ve hasta tercihlerinin yakından izlenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Çalışmamızda, katılımcıların %43.0'lık bir kısmının riskli gebelik deneyimi nedeniyle tekrar gebelik düşünmediği belirlenmiştir. Riskli gebelikler, anne ve fetusun sağlığını etkileyen ciddi komplikasyonlar içermekte olup, bu deneyimi yaşayan kadınların sonraki gebelik planlamalarında daha temkinli davrandıkları bilinmektedir. American College of Obstetricians and Gynecologists'in (ACOG) 2020 tarihli rehberinde, preeklamps, gestasyonel diyabet ve diğer gebelik komplikasyonlarının hem maternal hem fetal sağlığı etkilediği ve böyle durumlarda sonraki gebeliklerin dikkatli planlanmasının önemi vurgulanmaktadır (ACOG, 2020). Bu bağlamda, riskli gebelik sonrası kadınların sağlık profesyonelleri tarafından kapsamlı değerlendirilmesi ve bilgilendirilmesi, sağlıklı gebelik sonuçlarını desteklemek açısından kritik bir role sahiptir.

4.2. Katılımcıların Risk Değerlendirme Formu Mevcut Gebelik Madde Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların %48,7'sinde gebelik sırasında vajinal kanama öyküsü bulunmuştur. Bu oran, literatürde bildirilen prevalans değerlerinin üzerindedir. Örneğin, Matar ve arkadaşlarının (2025) yaptığı retrospektif bir kohort çalışmasında, gebelikte vajinal

kanama insidansı %74,4 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada, vajinal kanama ile prematür doğum, neonatal yoğun bakım ünitesine yatış ve neonatal solunum sıkıntısı gibi olumsuz perinatal sonuçlar arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Matarveark., 2025).

Ayrıca, 2023 yılında yapılan bir sistematik derleme ve meta-analizde, gebeliğin ilk trimesterinde vajinal kanamanın preterm doğum (OR: 1,8), düşük doğum ağırlığı (OR: 2,0), erken membran rüptürü (OR: 2,3), düşük (OR: 4,3), ölü doğum (OR: 2,5), plasental abruption (OR: 2,2) ve plasenta previa (OR: 1,9) risklerini artırdığı gösterilmiştir. Bu bulgular, çalışmamızda saptanan yüksek vajinal kanama oranının, perinatal kayıplar ve diğer olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Karimi ve ark., 2024). Çalışmamızda ayrıca, katılımcıların %24,9'unun ileri anne yaşı (35 yaş ve üzeri) grubunda olduğu belirlenmiştir. İleri anne yaşı, literatürde çeşitli obstetrik ve perinatal komplikasyonlarla ilişkilendirilmiştir. Örneğin, 2021 yılında yapılan bir kohort çalışmasında, 35 yaş ve üzeri kadınlarda hipertansif bozukluklar, gestasyonel diyabet, sezaryen doğum ve fetal ölüm risklerinin anlamlı derecede arttığı bildirilmiştir (Guargaveark., 2021).

Benzer şekilde, 2019 yılında yapılan bir meta-analizde, 35 yaş ve üzerindeki kadınlarda ölü doğum riskinin anlamlı düzeyde arttığı ve bu artışın annenin ek hastalıkları olmasa bile geçerli olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, 40 yaş ve üzeri gebelerde hipertansif bozuklukların yaklaşık dört kat, gestasyonel diyabetin yaklaşık üç buçuk kat, plasenta previanın üç kata yakın ve erken doğumun ise bir buçuk kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Lean ve ark., 2017). Bu bulgular, çalışmamızda saptanan ileri anne yaşı ve vajinal kanama sıklığının perinatal kayıplar ve diğer olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle, gebelik öncesinde ve sürecinde risk faktörlerinin dikkatle değerlendirilmesi, gebelere uygun prenatal bakımın sunulması ve özellikle yüksek risk taşıyan gebeliklerin yakından izlenmesi büyük önem arz etmektedir.

4.3. Katılımcıların Risk Değerlendirme Formu Genel Tıbbi Öykü Madde Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda, %15,5 oranında insülin bağımlı diyabet öyküsü bulunan katılımcılar bulunmuştur. Bu oran, literatürde bildirilen genel prevalansın oldukça üzerindedir. Örneğin, Coton ve arkadaşlarının (2016) Birleşik Krallık'ta gerçekleştirdiği bir retrospektif kohort çalışmada, gebelikte pregestasyonel diyabet prevalansının 1995 yılında 1000 kişide 1.56 gebelikten 2012 yılında 1000 kişiden 4.09 gebeliğe yükseldiği bildirilmiştir. Bu durum, çalışmamızın örnekleminde yer alan kadınların daha yüksek risk grubunda olduğunu göstermektedir. İnsülin bağımlı diyabetli gebelerde, kötü glisemik kontrol durumunda fetal malformasyon, preeklampsi, makrozomi ve neonatal hipoglisemi gibi komplikasyonların riski artmaktadır. Ayrıca, bu gebelerde sezaryen doğum oranlarının yüksek olduğu ve neonatal yoğun bakım ihtiyacının arttığı bildirilmiştir. Çalışmamızda saptanan yüksek insülin bağımlı diyabet oranı, bu kadınların gebelik sürecinde daha yakın takip ve multidisipliner yaklaşıma ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Gebelik öncesi danışmanlık, glisemik kontrolün

iyileştirilmesi ve düzenli takip, maternal ve fetal sağlığı iyileştirebilir. Çalışmamızda, %23,8 oranında tiroid hastalığı bulunan bireyler saptanmıştır. Bu oran, tiroid bozukluklarının gebelik sonuçları üzerindeki olumsuz etkilerini vurgulayan literatürle uyumludur. Tiroid hastalıkları, özellikle hipotiroidizm ve hipertiroidizm, gebelikte düşük doğum ağırlığı, erken doğum, preeklampsi, abortus ve nörolojik gelişim bozuklukları gibi risklerin artmasına yol açmaktadır (Alexander ve ark., 2017). Alexander ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede, maternal tiroid fonksiyon bozukluklarının fetal gelişim üzerinde olumsuz etkileri olduğu, tiroid hormonlarının gebelik sürecinde kritik rol oynadığı vurgulanmıştır. Ayrıca Korevaar ve arkadaşları tarafından yapılan prospektif kohort çalışmasında, düşük serbest T4 seviyelerinin erken doğum ve gelişimsel sorunlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu nedenlerle, gebelik öncesi ve gebelik sırasında tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi, tiroid hastalıklarının erken teşhisi ve uygun tedavisi maternal ve fetal komplikasyonların azaltılmasında hayati öneme sahiptir (Alexander ve ark., 2017; Korevaar ve ark., 2017).

4.4. Katılımcıların Risk Değerlendirme Formundan Alınan Puanların Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların %63,6'sında 3 veya daha fazla risk faktörünün bulunması, yüksek riskli gebeliklerin Türkiye'de yaygın bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Bu oran, literatürde bildirilen yüksek riskli gebelik prevalanslarıyla uyumludur. Karaçam ve arkadaşlarının (2024) Türkiye'deki gebelerde fiziksel rahatsızlıklar ve yüksek riskli durumların prevalansını inceledikleri sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, preeklampsi prevalansının %2,8, gestasyonel hipertansiyonun %2,7 olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, çalışmamızdaki yüksek riskli gebelik oranıyla paralellik göstermektedir.

Hipertansif gebelik hastalıkları (preeklampsi, gestasyonel hipertansiyon, eklampsi gibi) gebelikte ilişkili ölümlerin başlıca nedenlerinden biridir. Global veriler, 2015 yılı itibarıyla yaklaşık 20,7 milyon kadının hipertansif gebelik bozukluğundan etkilendiğini ve bu durum nedeniyle 46.900 kadının hayatını kaybettiğini göstermektedir. Ayrıca, bu bozukluklar maternal morbidite ve mortalitenin önemli bileşenleri olup, ABD'de gebelikte ilişkili ölüm nedenleri arasında %16 oranında yer almaktadır (Traub ve ark., 2024). Türkiye'de gebelik diyabeti (GDM) prevalansını inceleyen bir meta-analize göre, GDM oranı %7,7 olarak belirlenmiştir (Karaçam ve ark., 2024). Bu da çalışmamızdaki risk dağılımını destekleyerek, diyabetin gebelikte ciddi bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. GDM, preeklampsi ile ortak risk faktörlerine sahip olup, perinatal dönemde ek komplikasyon riskini artırır. Bu bulgular, yüksek riskli gebeliklerin erken tanınmasının ve yönetiminin önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Gebelik diyabeti, preeklampsi ve hipertansif gebelik hastalıkları gibi durumların sık görülmesi, bu gebeliklerin özel bakım ve izlem gerektirdiğini göstermektedir. Sağlık profesyonellerinin bu riskleri tanıma ve yönetme konusundaki bilgi ve becerilerinin artırılması, maternal ve neonatal sağlık sonuçlarını iyileştirebilir. Bu sık görülen risk faktörleri – hipertansiyon, preeklampsi ve GDM – gebeliklerin özel bakım gerektirdiğini açıkça ortaya

koymaktadır. Sağlık sistemleri; riskli gebelikleri erken tanımlayarak prekonsepsiyonel danışmanlık, düzenli antenatal tarama ve uygun yönlendirmelerle maternal ve neonatal sonuçları iyileştirmeli, gebelik ile ilişkili hastalık yükünü azaltmalıdır. Sağlık profesyonellerinin risk tanı ve yönetim kabiliyetlerinin güçlendirilmesi; eğitimler, protokoller ve klinik kılavuzlarla desteklenerek gebelik izlem kalitesi artırılabilir.

4.5. Katılımcıların Risk Düzeylerine Göre Tekrar Gebelik Düşünme Durumunun Karşılaştırılması

Risk düzeylerine göre tekrar gebelik düşünme durumunun karşılaştırılması incelendiğinde, katılımcıların %60.7'si 3'ten fazla riskli olan gebelik grubu arasında tekrar gebelik düşünmemektedir. Bu bulgu, yüksek riskli gebelik yaşayan kadınların ileride gebelik planlamalarında çekimser veya olumsuz tutum geliştirebildiklerini göstermektedir. Üzar ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada yüksek riskli gebeliklerde psikolojik sağlamlık düzeylerinin düştüğü ve algılanan stresin arttığı belirtilmiştir. Bu psikososyal etkiler, kadınların sağlık durumları ile ilgili kaygılarının yükselmesine, dolayısıyla tekrar gebelik planlamada isteksizliklerine neden olmaktadır. Katılımcıların risk düzeyi tekrar gebelik niyetini etkilememektedir. Çalışma, yüksek riskli gebeliklerin sadece fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik sağlık üzerinde de olumsuz etkilerinin olduğunu vurgulamaktadır.

4.6. Katılımcıların Tekrar Gebelik Düşünme Durumuna Göre Demografik ve Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda, yaş, eş yaşı ve eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik faktörlerin tekrar gebelik düşünme durumunu etkilediği görülmüştür. Özellikle 18-25 yaş arasındaki kadınların tekrar gebelik düşünme oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, genç yaş grubundaki kadınların doğurganlık potansiyellerinin daha yüksek olması ve sosyal/ekonomik faktörler nedeniyle çocuk sahibi olma isteklerinin daha yoğun olması ile ilişkilendirilebilir. Benzer şekilde, Singh ve arkadaşlarının (2014) Hindistan'da yaptığı çalışmada, genç kadınların (15-24 yaş) doğurganlık eğilimlerinin daha yüksek olduğu ve eğitim düzeyi arttıkça tekrar gebelik düşünme oranlarının azaldığı rapor edilmiştir. Ayrıca, eğitim seviyesinin artması ile kadınların gebelik planlamasında daha bilinçli kararlar aldığı ve gebelik sayısını kontrol ettikleri görülmüştür. Bunun yanı sıra, Kassa ve ark. (2020) Etiyopya'da yaptıkları çalışmada, genç yaş grubundaki kadınların erken yaşta çocuk sahibi olmaya eğilimli olduklarını ve eşlerin yaşı ve eğitim düzeyinin de gebelik planlamasında belirleyici rol oynadığını vurgulamışlardır. Bu bulgular, sosyo-demografik faktörlerin gebelik planlamasında önemli olduğunu ve özellikle genç yaş grubunun yeniden gebelik düşünme eğiliminde olduğunu desteklemektedir. Kadın sağlığı politikalarında ve üreme sağlığı hizmetlerinde bu faktörlerin göz önünde bulundurulması, hedefe yönelik danışmanlık ve eğitim programlarının geliştirilmesi açısından önemlidir. Çalışmamızda 35 yaş ve üzeri kadınlar arasında tekrar gebelik düşünmeme oranının diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, ileri maternal yaşın gebelik kararları üzerindeki belirgin etkisini ortaya koymaktadır. Literatürde, ileri yaş

gebeliklerinin artan obstetrik komplikasyon riski ile ilişkili olduğu ve bu nedenle kadınların tekrar gebelik planlamasında daha temkinli davrandıkları belirtilmektedir (Lean ve ark., 2017). İleri yaş gebelikleri, preeklampsi, gestasyonel diyabet, düşük doğum ağırlığı ve sezaryen oranlarında artış gibi komplikasyonlarla bağlantılıdır (Chen ve ark., 2020). Bu riskler, kadınların tekrar gebelik kararı verirken çekinceli davranmalarına neden olmaktadır. İleri maternal yaşla birlikte doğurganlık kapasitesinin azalması ve gebelik sürecinde yaşanan olumsuz deneyimlerin, kadınların yeniden gebelik planlamasını olumsuz yönde etkilediğı literatürde bildirilmektedir (Londero et al., 2019). Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin ileri yaş grubundaki kadınlara yönelik gebelik öncesi danışmanlık ve psikososyal destek sağlamaları, gebelik planlamasında bilinçli kararlar alınması açısından önem taşımaktadır.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda, katılımcıların önemli bir kısmında 3 ve üzeri risk faktörü bulunmuş, bu durum yüksek riskli gebeliklerin yaygın olduğunu göstermiştir. Yüksek riskli gebelik grubundaki kadınların %60,7'sinin tekrar gebelik düşünmediği saptanmıştır. Ayrıca, yaş, eş yaşı ve eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik faktörlerin tekrar gebelik düşünme durumunu etkilediği; özellikle 18-25 yaş grubundaki kadınlarda tekrar gebelik düşünme oranının yüksek, 35 yaş ve üzeri kadınlarda ise bu oranın düşük olduğu tespit edilmiştir.

Bu bulgular, yüksek riskli gebeliklerin kadınların sonraki gebelik planlamalarında temkinli davranmalarına yol açtığını ve ileri yaşın gebelik kararlarını olumsuz etkileyen önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, gebelik niyeti sosyal ve psikolojik durumlarıyla yakından ilişkili olduğu görülmüştür.

- Yüksek riskli gebelik tanısı alan kadınların belirlenerek, bu kadınlara yönelik gebelik planlaması ve psikososyal destek programlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Gebelik kararları aşamasında yaş, eğitim düzeyi gibi bireysel faktörlerin dikkate alınarak, kişiselleştirilmiş danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- Sağlık profesyonellerinin riskli gebelik ve tekrar gebelik kararları konusunda farkındalıklarının artırılması amacıyla hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,
- Riskli gebelik geçirmiş kadınların psikolojik durumlarını destekleyecek, stres ve kaygılarını azaltacak müdahalelerin uygulanması,
- Riskli gebelerde doğum korkusu için sağlık profesyonelleri tarafından eğitimlerin verilmesi,
- Sağlık sistemlerinde, yüksek riskli gebelik deneyimi yaşamış kadınların takip ve destek süreçlerinin iyileştirilmesi,
- Gebelik niyeti ve tekrar gebelik düşünme durumunu etkileyen sosyo-demografik ve psikososyal faktörlerin daha kapsamlı araştırmalarla incelenmesi,
- Gelecek çalışmaların daha geniş örneklem grupları ile yapılması, böylece elde edilen bulguların genellenebilirliğinin artırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Aldemir, E. Y., Altuncu, E., Kavuncuoğlu, S., Özbek, S., Öztürk, E., & Cebeci, B. (2010). Erken membran rüptürünün term ve preterm yenidoğanlarda sepsis morbidite ve mortalitesine etkisi. *JOPPDerg*, 2(2), 65-70.
- Alexander, E. K., Pearce, E. N., Brent, G. A., Brown, R. S., Chen, H., Dosiou, C., Grobman, W. A., Laurberg, P., Lazarus, J. H., Mandel, S. J., Peeters, R. P., & Sullivan, S. (2017). Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. *Thyroid*, 27(3), 315-389. <https://doi.org/10.1089/thy.2016.0457>. Erratum in: *Thyroid*, 27(9), 1212.
- Alexopoulos, A. S., Blair, R., & Peters, A. L. (2019). Management of preexisting diabetes in pregnancy: A review. *JAMA*, 321(18), 1811-1819.
- Altay, M., Bayram, M., Biri, A., Büyükbayrak, E. E., Deren, Ö., Ercan, F., ... & Yanık, F. F. (2020). Perinatoloji uzmanları derneği preterm eylem ve doğum kılavuzu.
- Alves, C., Castro, M., Souza, R., Lira, S., Sampaio, R., & Pereira, P. (2019). Group of high-risk pregnant women as a health education strategy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 40, 1-8.
- Al-Mutawtah, M., Campbell, E., Kubis, H.-P., & Erjavec, M. (2023). Women's experiences of social support during pregnancy: a qualitative systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 782.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Practice bulletin no. 222: Gestational hypertension and preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), e237-e260.
- Anderson-Bagga, F. M., & Sze, A. (2023). Placentaprevia. In *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Retrieved January 2025, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459191/>
- Arslan, H., Bani, B., Güneş, K., & Eryurt, M. A. (2020). Türkiye’de riskli gebelikler: 2018 TNSA bulguları. *Nüfusbilim Dergisi*, 42(1), 64-91.
- Astari, A. M., Rustina, Y., Pratomo, H., & Prasetyo, S. B. (2018). Improving the utilization of health services among high-risk pregnant women through community health nurse assistance. *Enfermería Clínica*, 28, 217-221.
- Aydemir, H., & Hazar, H. U. (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeğin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 815-833.
- Aydın, H., Çelik, Ö., Yazıcı, D., Altunok, Ç., Tarçın, Ö., Deyneli, O., & Sancak, S. (2019). Prevalence and predictors of gestational diabetes mellitus: A nationwide multicentre prospective study. *Diabetic Medicine*, 36(2), 221-227.
- Babalola, S., Oyenu, O., Speizer, I. S., Cobb, L., Akiode, A., & Odeku, M. (2017). Factors affecting the achievement of fertility intentions in urban Nigeria: Analysis of longitudinal data. *BMC Public Health*, 17(1), 942.

Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., et al. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: Estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152–e1161.

Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., et al. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 18, 162.

Bellos, I., Pandita, A., & Panza, R. (2021). Maternal and perinatal outcomes in pregnant women infected by SARS-CoV-2: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 256, 194-204.

Bilicen, E. Z. G. İ., Çağlıyan, E. R. K. A. N., Akdöner, A. S. L. I., & Yavuz, O. N. U. R. (2022). Preterm eylem. *Turkish Journal of Reproductive Medicine and Surgery*, 6(2).

Brandt, J. S., & Ananth, C. V. (2023). Placental abruption at near-term and term gestations: Pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5S), S1313-S1329.

Buran, G., & Çankaya, S. (2023). Çocuksahibi olmıyıp lanlayankadınlarındoğurganlıkniyetleri, doğumve COVID-19 korkuları arasındaki ilişki. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 372-379.

Can, Z., & Şahin, S. (2018). Kadınsağlığındaobezite. *Journal of Human Rhythm*, 4(2), 98-103.

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

Catalano, P. M., & Shankar, K. (2017). Obesity and pregnancy: Mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *BMJ*, 356, j1.

Caughey, A. B., Robinson, J. N., & Norwitz, E. R. (2008). Contemporary diagnosis and management of preterm premature rupture of membranes. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 1(1), 11.

Chen, X. K., Wen, S. W., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads, G. G., & Walker, M. (2020). Pregnancy outcomes in women of advanced maternal age: A retrospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(2), 192-200.

Cífková, R. (2023). Hypertension in pregnancy: A diagnostic and therapeutic overview. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 30(4), 289-303.

Ciplea, A. I., Kurzeja, A., Thiel, S., Haben, S., Alexander, J., Adamus, E., & Hellwig, K. (2022). Eighteen-month safety analysis of offspring breastfed by mothers receiving glatiramer acetate therapy for relapsing multiple sclerosis - COBRA study. *Multiple Sclerosis*, 28(10), 1641-1650.

- Coton, S. J., Nazareth, I., & Petersen, I. (2016). A cohort study of trends in the prevalence of pregestational diabetes in pregnancy recorded in UK general practice between 1995 and 2012. *BMJ Open*, 6(1), e009494.
- Cruz-Bendezú, A. M., Lovell, G. V., Roche, B., et al. (2020). Psychosocial status and prenatal care of unintended pregnancies among low-income women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 615.
- Cui, Z., Li, M., Wang, J., & Duan, W. (2020). Responsible system nursing intervention reduces anxiety and complications in high-risk pregnancies. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 13(6), 4300-4307.
- Çiftçi, Ö., Şahin, N. (2022). Kendileri ya da partner/eşleri HIV pozitif olan bireylerin doğurganlık niyetleri ve etkileyen faktörler. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 8(2), 83-96.
- Dağlar, G., & Aksöz, N. (2023). Gebelikte risk algısı. *Institute of Health Sciences Journal*, 8(Special Issue), 351-354.
- Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. A. (2017). Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Frontiers in Psychology*, 8, 560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- Delgado-Ron, J. A., & Janus, M. (2023). Association between pregnancy planning or intention and early child development: A systematic scoping review. *PLOS Global Public Health*, 3(12), e0002636.
- Dinçer, Y. (2018). Yüksek riskli gebelik yaşayan kadınlarda ortaya çıkan stresörler ve başatma yöntemleri: Niteliksel bir araştırma. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(5), 333-342.
- Doğan, S. (2017). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda danışmanlık vermek. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(2), 32-36.
- Dorney, E., Barrett, G., Hall, J., & Black, K. I. (2022). Measures of pregnancy intention: Why use them and what do they tell us? *Seminars in Reproductive Medicine*, 40(5-6), 229-234.
- Dorukoğlu, S., & Daşikan, Z. (2023). Kardiyovasküler hastalığı olan kadınlarda kontrasepsiyon ve danışmanlık. *Androloji Bülteni (Andrology Bulletin)*, 25(2).
- Eftekhariyazdi, M., Mehrbakhsh, M., Neamatshahi, M., & Moghadam, M. Y. (2021). Comparison of pregnancy complications in unintended and intended pregnancy: A prospective follow-up study. *Biomedicine (Taipei)*, 11(4), 51-56.
- Errico, L. D. S. P. D., Bicalho, P. G., Oliveira, T. C. F. L. D., & Martins, E. F. (2018). The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1257-1264.

Eryurt, M. A. (2023). Türkiye'de doğurganlık eğilimleri ve politika önerileri. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Raporu*.

European Society of Cardiology. (2018). 2018 ESC guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force for the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society Cardiology. European Society of Cardiology.

Fan, D., Lin, D., Rao, J., Li, P., Chen, G., Zhou, Z., Sun, L., Liu, L., Ma, Y., Guo, X., & Liu, Z. (2024). Factors and outcomes for placental anomalies: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Global Health*, 14, 04013.

Fausser, B. C. J. M., Adamson, G. D., Boivin, J., Chambers, G. M., Dyer, S., de Geyter, C., Inhorn, M. C., Schmidt, L., Serour, G. I., Tarlatzis, B., & Zegers-Hochschild, F. (2024). Declining global fertility rates and the implications for family planning and family building: An IFFS consensus document. *Human Reproduction Update*, 30(2), 153–173.

Franjić, S. (2022). Midwives and nurses play important roles in every pregnancy. *Austin Journal of Nursing and Health Care*, 9(1), 1065.

Gelaw, K. A., Atalay, Y. A., & Gebeyehu, N. A. (2023). Unintended pregnancy and contraceptive use among women in low- and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *Contraception and Reproductive Medicine*, 8(1), 55.

Goetz, M., Schiele, C., Müller, M., Matthies, L. M., Deutsch, T. M., Spano, C., Graf, J., Zipfel, S., Bauer, A., Brucker, S. Y., Wallwiener, M., & Wallwiener, S. (2020). Effects of a brief electronic mindfulness-based intervention on relieving prenatal depression and anxiety in hospitalized high-risk pregnant women: Exploratory pilot study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e17593.

Gomez-Lopez, N., Galaz, J., Miller, D., Farias-Jofre, M., Liu, Z., Arenas-Hernandez, M., Garcia-Flores, V., Shaffer, Z., Greenberg, J. M., Theis, K. R., & Romero, R. (2022). The immunobiology of preterm labor and birth: Intra-amniotic inflammation or breakdown of maternal-fetal homeostasis. *Reproduction*, 164(2), R11-R45.

Gökçek, M. B., & Aslaner, H. (2024). Assessment of five-year data of high-risk pregnancies. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 28(19), 4355-4365.

Gözüyeşil, E., & Özertürk, Ö. (2022). Gebelikte risk algısı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi; Trimesterler arası karşılaştırma. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3), 467-477.

Gregory, E. C., & Ely, D. M. (2022). Trends and characteristics in gestational diabetes: United States, 2016–2020.

Gregory, G. A., Robinson, T. I., Linklater, S. E., Wang, F., Colagiuri, S., de Beaufort, C., ...& Ogle, G. D. (2022). Global incidence, prevalence, and mortality of type 1 diabetes in 2021 with projection to 2040: A modelling study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 10(10), 741-760.

Guarga Montori, M., Álvarez Martínez, A., Luna Álvarez, C., Abadía Cuchí, N., Mateo Alcalá, P., & Ruiz-Martínez, S. (2021). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A cohort study. *Taiwan Journal of Obstetrics and Gynecology*, 60(1), 119-124.

Gürlek, B., Çolak, S., & Yılmaz, B. (2020). Gebelikte cinsel yolla bulaşan hastalıkların yönetimi. *Journal of Human Rhythm*, 6(2), 53-73.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, Türkiye.

Haffejee, F., Govender, N., Reddy, P., Sibiya, M. N., Ghuman, S., Ngxongo, T., ...& O'Connor, L. (2017). Factors associated with unintended pregnancy among women attending a public health facility in KwaZulu-Natal, South Africa. *South African Family Practice*, 60(3), 79-83.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM). (2023, Kasım 17). 17 Kasım Dünya PrematüreGünü. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-cocukergen/dunya-premature-gunu.html>

Hall, J. A., Benton, L., Copas, A., & Stephenson, J. (2017). Pregnancy intention and pregnancy outcome: Systematic review and meta-analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 21(3), 670-704.

Hernandez, L., Smith, J., & Taylor, M. (2022). Maternal undernutrition and obesity: Impact on pregnancy outcomes and pregnancy intentions. *BMC Medicine*, 20(1), 106.

Hill, B., Awoke, M. A., Bergmeier, H., Moran, L. J., Mishra, G. D., & Skouteris, H. (2021). Lifestyle and psychological factors of women with pregnancy intentions who become pregnant: Analysis of a longitudinal cohort of Australian women. *Journal of Clinical Medicine*, 10(4), 725.

Hill, B., Ling, M., Mishra, G., Moran, L. J., Teede, H. J., Bruce, L., & Skouteris, H. (2019). Lifestyle and psychological factors associated with pregnancy intentions: Findings from a longitudinal cohort study of Australian women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 5094.

Hill, B., Kothe, E. J., Currie, S., Danby, M., Lang, A. Y., Bailey, C., ...& Skouteris, H. (2019). A systematic mapping review of the associations between pregnancy intentions and health-related lifestyle behaviours or psychological wellbeing. *Preventive Medicine Reports*, 14, 100869.

Holness, N. (2018). High-risk pregnancy. *Nursing Clinics of North America*, 53(2), 241-251.

Hudon, É., Hudon, C., Chouinard, M. C., Lafontaine, S., de Jordy, L. C., & Ellefsen, É. (2022). The prenatal primary nursing care experience of pregnant women in contexts of vulnerability: A systematic review with thematic synthesis. *Advances in Nursing Science*, 45(3), 274-290.

Isaacs, Z., & Andipatin, M. (2020). Emotional and psychological experiences of women with high-risk pregnancies: A systematic review. *BMC Psychology*, 8(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00410-8>

Jauniaux, E., Grønbeck, L., Bunce, C., Langhoff-Roos, J., & Collins, S. L. (2019). Epidemiology of placenta previa accreta: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(11), e031193.

Jung, E., Romero, R., Yeo, L., Gomez-Lopez, N., Chaemsithong, P., Jaovisidha, A., Gotsch, F., & Erez, O. (2022). The etiology of preeclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(2S), S844–S866.

Karaçam, Z., & Çalışır, H. (2012). İlk kez doğum yapan kadınlarda gebelik öncesi ve doğum sonrası dönemlerde dispareni sıklığı ve ilişkili durumlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 205–213.

Karaçam, Z., & Çelik, R. (2019). Gestasyonel diyabet risk faktörleri ve riskin belirlenmesinde kullanılan yöntemler: Sistematik derleme. *JAREN*, 5(1), 1–9.

Karaçam, Z., Doğrusoy, T., & Ekin, P. (2024). Prevalence of physical disorders and high-risk situations in pregnant women in Turkey: A systematic review and meta-analysis. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(3), 306–326.

Karimi, A., Sayehmiri, K., Vaismoradi, M., Dianatinasab, M., & Daliri, S. (2024). Vaginal bleeding in pregnancy and adverse clinical outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 44(1), 2288224.

Kassa, M., Mamo, K., Siyoum, M., & Birhanu, A. (2020). Teenage pregnancy and associated factors in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 1185–1193.

Kazibwe, J., Tran, P. B., Kaiser, A. H., Kasagga, S. P., Masiye, F., Ekman, B., & Sundewall, J. (2024). The impact of health insurance on maternal and reproductive health service utilization and financial protection in low- and lower middle-income countries: A systematic review of the evidence. *BMC Health Services Research*, 24(1), 432.

Kelsey, M. D., Nelson, A. J., Green, J. B., Granger, C. B., Peterson, E. D., McGuire, D. K., & Pagidipati, N. J. (2022). Guidelines for cardiovascular risk reduction in patients with type 2 diabetes: JACC guideline comparison. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(18), 1849–1857.

Khakbazan, Z., Ebadi, A., Geranmayeh, M., & Momenimovahed, Z. (2022). Factors in the provision of high quality midwifery care: A qualitative content analysis. *Journal of Caring Sciences*, 12(1), 50–56.

Kordalı, G. (2024). Sosyal hizmette risk kavramını yeniden düşünmek: Risk rasyonelitetlerinden risk kültürüne. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 35(2), 291–313.

- Korevaar, T. I., Schalekamp-Timmermans, S., de Rijke, Y. B., Visser, T. J., Jaddoe, V. W., Hofman, A., ...&Peeters, R. P. (2017). Association of maternal thyroid function during early pregnancy with offspring IQ and brain morphology in childhood: A population-based prospective cohort study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(11), 853–861.
- Kurt, N., Demirelli, A., Baransel, E. S., & Barut, S. (2025). Gebelik niyeti ile çocukluk çağı sıkıntıları, gebelik mutluluğu ve emzirme davranışı arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 13(1), 157–168.
- Lawn, J. E., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., Hogan, D., Flenady, V., Frøen, J. F., Qureshi, Z. U., Calderwood, C., Shiekh, S., Jassir, F. B., You, D., McClure, E. M., Mathai, M., & Cousens, S.; Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group; Lancet Stillbirth Epidemiology investigator group. (2016). Stillbirths: Rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet*, 387(10018), 587–603.
- Lean, S. C., Derricott, H., Jones, R. L., &Heazell, A. E. P. (2017). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(10), e0186287.
- Lee, S. H., Kim, H. S., & Chung, H. S. (2019). Psychological and social factors affecting pregnancy intentions among South Korean women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 45(3), 560-567.
- Londero, A. P., Rossetti, E., Pittini, C., Vellone, V. G., Cagnacci, A., &Driul, L. (2019). Maternal age and the risk of adverse pregnancy outcomes: A retrospective cohort study.*BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 261.
- Majella, M. G., Sarveswaran, G., Krishnamoorthy, Y., Sivaranjini, K., Arikrishnan, K., & Kumar, S. G. (2019). A longitudinal study on high risk pregnancy and its outcome among antenatal women attending rural primary health centre in Puducherry, South India. *Journal of Education and Health Promotion*, 8(1), 12.
- Matar, M., et al. (2025). Vaginal bleeding during pregnancy: a retrospective cohort study. *Journal of International Medical Research*, 53(2), 1–8.
- Merz, W. M., Fischer-Betz, R., Hellwig, K., Lamprecht, G., &Gembruch, U. (2022). Pregnancy and autoimmune disease. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119(9), 145-156.
- Miller, E. S., Saade, G. R., Simhan, H. N., Monk, C., Haas, D. M., Silver, R. M., Mercer, B. M., Parry, S., Wing, D. A., Reddy, U. M., & Grobman, W. A. (2022). Trajectories of antenatal depression and adverse pregnancy outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(1), 108.e1-108.e9.
- Mirzakhani, K., Ebadi, A., Faridhosseini, F., &Khadivzadeh, T. (2020). Well-being in high-risk pregnancy: An integrative review.*BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 1-14.
- Mondal, S., Anand, A., Awasthi, N., Singh, B., & Pradhan, M. R. (2023). Factors affecting pregnancy registration in India: Does the pregnancy intention matter? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 674.

Oruçlu, D. (2011). Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniğinde yatan riskli gebelerde algılanan sosyal destek ile stresle başetme düzeyleri arasındaki ilişki [Doctoral dissertation, Diyarbakır].

Öztürk, N., & Aydın, N. (2018). Maternal prenatal stresin gelişmekte olan fetüse etkileri. *Türkiye Klinikleri*, 11(2), 16-21.

Pereira, J. F., Silva, N. C. M. D., Sampaio, R. S., Ribeiro, V. D. S., & Carvalho, E. C. (2023). Nurse-patient communication strategies: A proposal of an educational video for nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3857.

Pinar, G., Mete, S., & Gözüyeşil, E. (2024). Effect of high-risk pregnancy on prenatal stress level. *Current Psychology*.

Ramlal, M., Van der Meer, R., & Bendien, S. (2024). Treatable traits in pregnant women with asthma. *Respiration*, 103(4), 217-232.

Robbins, C. L., Zapata, L. B., D'Angelo, D., Brewer, L. I., & Pazol, K. (2021). Pregnancy intention: Associations with maternal behaviors and experiences during and after pregnancy. *Journal of Women's Health*, 30(10), 1440-1447.

Rodrigues, P. B., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2016). Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: A review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38(3), 136-140.

Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., ...& Gibbons, D. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*, 392(10155), 1349-1357.

Schmidt, P., Skelly, C. L., & Raines, D. A. (2022). Placental abruption. In *Stat Pearls* [Internet]. StatPearls Publishing.

Selim, H. Ş., Güngör, H., & Şengül, M. (2021). Gebelik ve hipertansiyon. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 9(1), 41-48.

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

Sezen, M., & Yıldız, A. (2022). Gebelerde hipertansiyon. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine - Special Topics*, 2(3), 17-22.

Singh, M., Wambua, S., Lee, S. I., Okoth, K., Wang, Z., Fayaz, F. F. A., ...& Crowe, F. (2024). Autoimmune diseases and adverse pregnancy outcomes: An umbrella review. *BMC Medicine*, 22(1), 94.

Singh, S., Shekhar, C., Acharya, R., & Moore, A. M. (2014). Demand for contraception to delay first pregnancy among young married women in India. *Studies in Family Planning*, 45(2), 183-201.

Smith, L., & Wilson, K. (2022). Socioeconomic factors affecting pregnancy intention in urban populations. *Social Science & Medicine*, 295, 114677.

Smith, L., Johnson, K., & Lee, M. (2022). The impact of psychosocial support and counseling on women after high-risk pregnancy: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 300, 150-157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.012>

Soğukpınar, N., Baykal Akmeşe, Z., Hadımlı, A., Balçık, M., & Akın, B. (2018). Doğum evlerinde riskli gebelik profili: İzmir ili örneği.

Sugrue, R., & Zera, C. (2018). Pregestational diabetes in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(2), 315-331.

Taşkın, L. (2016). Yüksek riskli gebelik ve doğum el kitabı (1. Baskı). İstanbul: Palme Yayıncılık.

T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2024a). *2025 Aile Yılı Doğum Yardımı Programı*. <https://www.aile.gov.tr>

T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2024b). *Aile ve Gençlik Fonu Başvuru Verileri*. <https://www.aile.gov.tr>

TC. Sağlık Bakanlığı (2018). "Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi" T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No:925, Ankara.

Tolossa, T., Turi, E., Fetensa, G., Fekadu, G., & Kebede, F. (2020). Association between pregnancy intention and late initiation of antenatal care among pregnant women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9(1), 191.

Topaktaş, G., & Beylik, U. (2024). Türkiye sezaryen oranı durum analizi ve politika önerileri. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 21(2), 102-113.

Tunçdemir, N. O. (n.d.). Toplumsal cinsiyet ve annelik: Kadınların deneyimleri üzerinden nitel bir araştırma. *Akdeniz Kadın Çalışmaları ve Toplumsal Cinsiyet Dergisi*, 7(1), 26-55.

TÜİK. (2024). Doğum İstatistikleri, 2023. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://www.tuik.gov.tr>

Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV). (2024). Nüfus ve Sosyal Politikalar Değerlendirme Raporu. <https://www.tepav.org.tr>

Üzar Özçetin, Y. S., & Erkan, M. (2019). Yüksek riskli gebelerde psikolojik sağlamlık, algılanan stress ve psikososyal sağlık. *Çukurova Medical Journal*, 44(1), 236-245.

Webster, L. M. (2017). Re: Chronic hypertension and adverse pregnancy outcome: A cohort study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 50(2), 155.

Wilkins, N. J., Rasberry, C., Liddon, N., Szucs, L. E., Johns, M., Leonard, S., ...& Oglesby, H. (2022). Addressing HIV/sexually transmitted diseases and pregnancy prevention through schools: An approach for strengthening education, health services, and school environments that promote adolescent sexual health and well-being. *Journal of Adolescent Health*, 70(4), 540-549.

Williamson, S. P., Moffitt, R. L., Broadbent, J., Neumann, D. L., & Hamblin, P. S. (2023). Coping, wellbeing, and psychopathology during high-risk pregnancy: A systematic review. *Midwifery*, 116, 103556.

World Health Organization (WHO). (2019). Trends in maternal mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2023). Global report on preterm birth: Estimates, causes and consequences. World Health Organization.

Wu, P., Green, M., & Myers, J. E. (2023). Hypertensive disorders of pregnancy. *BMJ*, 381.

Yanık, D., & Özcanarslan, F. (2019). Riskli gebelerde algılanan sosyal destek ile stresle başetme düzeyleri arasındaki ilişki. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 96-104.

Yıldırım, A. D., & Şahin, N. H. (2020). Riskli gebelerde prenatal bağlanma ve risklerin değerlendirilmesi. *Online Turkish Journal of Health Sciences*, 5(4), 661-672.

Yılmaz, S. D., & Beji, N. K. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler.

Yurtsever, C., & Set, T. (2018). Gebelik öncesi bakım alma ve gebeliklerin planlı olma durumunun folik asit ve sigara ile ilişkisi: Kesitsel bir araştırma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(1), 43-48.

EKLER

EK-1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı'nda yürütülmekte olan "RİSKLİ GEBELİK GEÇİREN KADINLARIN GELECEKTEKİ GEBELİK NİYETİNİN BELİRLENMESİ" başlıklı Yüksek Lisans Tezi kapsamında oluşturulmuş olan aşağıdaki anket formunu doldurarak çalışmaya katkıda bulunabilirsiniz. Çalışma sonucunda elde edilen veriler sadece çalışma yürütücüleri tarafından değerlendirilecek ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır. Çalışmaya verdiğiniz katkı için çok teşekkür ederiz. Esra Kılıçkesen, Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Öğrencisi	
A- SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER 1. Kaç yaşındasınız? 2. Eşinizin yaşı? 3. Kaç yıldır evlisiniz?..... 4. Eğitim durumunuz nedir? a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite ve üstü 5. Eşinizin eğitim durumu nedir? a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite ve üstü 6. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz ? a) Eşim ile/ eş ve çocuklarım il b) Benim/ eşimin anne babası, eşim ve çocuklarım ile 7. Nerede yaşıyorsunuz? a) Köy b) Kasaba c) İlçe d) İl 8. Çalışma durumunuz nedir? a) Çalışmıyor b) Çalışıyor c) Gebelik nedeniyle çalışmıyor 9. Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu? a) Çalışıyor b) Çalışmıyor 10. Aylık gelir durumunuzu göz önüne alarak ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla 11. Boyunuz..... Kilonuz	B- OBSTETRİK ÖYKÜ 12. Gebelik haftanız nedir? (Son Adet Tarihi)..... 13. Toplam kaç kez gebe kaldınız?..... 14. Toplam kaç kez canlı doğum yaptınız?..... 15. Yaşayan kaç çocuğunuz var?..... 16. Toplam kaç düşük yaptınız?..... 17. Toplam ölü doğum sayınız kaçtır?..... 18. Erken doğum (22-37 hafta arasında gerçekleşen doğum) öyküsü var mı? a) Evet b) Hayır 19. Doğum şeklinizi nasıl planlıyorsunuz? a) Normal doğum b) Sezaryen (Nedenini yazınız.....) 20. Tekrar gebelik düşünüyor musunuz? a) Evet b) Hayır c) Kararsızım 21. Gebelik düşünmüyorsanız sebebi nedir? a) Riskli gebelik geçirdiğim için b) Çocuğa bakacak kimse olmadığı için c) Geç yaşta evlilik d) Ekonomik durum e) Kronik hastalık f) Doğum korkusu g) Diğer (Nedenini yazınız 22. Gebe kalmadan önce kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir? a) Hap/ aylık enjeksiyon b) Rahim içi araç c) Kondom d) Geri çekme e) Diğer.....)

EK-2 Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu

RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

Bu risk değerlendirme formu “yüksek riskli gebeleri” saptamak için kullanılır; tüm gebelere uygulanır. Bu form uzman görüşü alınarak izlem sayısı ve izlemin nerede, nasıl yapılacağı konusunda karar verilmesi içindir. Risk değerlendirme formu sevk kriterlerini içermez. Sevk kriterleri doğum öncesi bakım protokolünün içinde yer almaktadır. Bunlardan herhangi biri olmayan gebede de gebelik süresi içerisinde sevki gerektiren bir komplikasyon yaşanabilir.

Hastanın Adı:

Klinik Kayıt Numarası:

Adres:

Telefon:

TC Kimlik Numarası:

Aşağıdaki tüm soruları karşılık gelen kutuyu işaretleyerek cevaplandırınız.

OBSTETRİK ÖYKÜ

	Hayır	Evet
1. Önceki gebeliklerde ölü doğum veya yenidoğan kaybı	☐	☐
2. 3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü	☐	☐
3. Erken doğum öyküsü (22-37 hf. arası)	☐	☐
4. Anomalili bebek doğurma öyküsü	☐	☐
5. Son bebeğin doğum ağırlığı < 2500g	☐	☐
6. Son bebeğin doğum ağırlığı > 4500g	☐	☐
7. Son gebelik: Yüksek tansiyon veya pre-eklampsi/eklampsi	☐	☐
Nedeniyle hastaneye yatış		
8. Üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon? (Miyomektomi, septum ameliyatı, konebiyopsi, klasik CS Servikal serklaj)	☐	☐

MEVCUT GEBELİK

	Hayır	Evet
9. Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik	☐	☐
10. 18 yaşından genç	☐	☐
11. 35 yaş ve üstü	☐	☐
12. Mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu	☐	☐
13. Vajinal kanama	☐	☐
14. Pelvik kitle	☐	☐
15. Diastolik kan basıncının 90mmHg üstünde olması	☐	☐
16. Anemi öyküsü	☐	☐

GENEL TIBBİ ÖYKÜSÜ

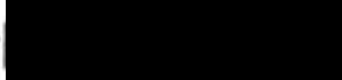
	Hayır	Evet
17. İnsülin bağımlı diyabet hastası	☐	☐
18. Renal hastalık	☐	☐
19. Kardiyovasküler hastalık	☐	☐
20. Tiroid hastalığı	☐	☐
21. Talasemi taşıyıcılığı	☐	☐
22. Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı	☐	☐
23. Diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum	☐	☐

Lütfen belirtin.

Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, mutlaka Kadın-Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. Uzman hekimin değerlendirmesi sonucu önerisi doğrultusunda izlemler birinci veya ikinci basamakta devam ettirilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı arttırılır.



EK-3 Çorum İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni

	T.C. ÇORUM VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	
Sayı : E-85322798-799-225328926		26.09.2023
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin Onayı		
MÜDÜRLÜK MAKAMINA		
Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Esra KILICIKESEN'in araştırmacılığını üstleneceği, Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalından Doç. Dr. Derya YÜKSEL KOÇAK'ın Sorumlu Araştırmacılığında "Riskli Gebelik Geçiren Kadınların Gelecekteki Gebelik Niyetinin Belirlenmesi isimli çalışmanın Başkanlığımıza bağlı Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniğinde yapabilmeleri için Ön İzin verilmesi hakkındaki 22/09/2023 tarih ve E-85601924-000-225157077sayılı talep yazısı Ön İzin Formu ve ekleri Bilimsel Araştırma ve Proje Ön İzin Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir. Mülga Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19.06.2013 tarih ve 95796091/010/4683 sayılı yazısında, yapılacak olan çalışmaların sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına önem verilmesi, yapılacak çalışmaların sonucunun kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi bildirilmiş olup, bu hususlar çerçevesinde hareket edilmesi, ilgili mevzuat şartlarının yerine getirilmesi, Hastane Yönetimi bilgilendirildikten sonra çalışmaya başlanması koşullarıyla ilgili çalışmaya Ön İzin verilmesi tarafımızca uygun görülmüştür. Makamınızca uygun görüldüğü takdirde, olurlarınıza arz ederim.		
Dr. İhsan DEMİRBAŞ Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı Komisyon Başkanı e-imzalıdır	Dr. Ahmet BARİŞ Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı Üye e-imzalıdır	
Dr. Arif PİLGİR Sağlık Hizmetleri Başkanı Üye e-imzalıdır	Ahmet Bahadır ÜNLÜ Destek Hizmetleri Başkanı Üye e-imzalıdır	
OLUR .../09/2023 Uzm. Dr. Ömer SOBACI İl Sağlık Müdürü e-imzalıdır		



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2023-185

06/07/2023

Konu: Başvuru Değerlendirme Sonucu

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Derya YÜKSEL KOÇAK

Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili kurul kararımız ve ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Mehmet KUTLU
Başkan

Başvuru Numarası	2023-216
Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi Derya YÜKSEL KOÇAK
Araştırma Başlığı	Riskli Gebelik Geçiren Kadınların Gelecekteki Gebelik Niyetinin Belirlenmesi
Toplantı Tarihi	03.07.2023
Karar Numarası	2023-09

- ☒ Araştırma başvurunuz etik açıdan uygun bulunmuştur.
- ☒ Araştırmaya Kurum İzni/İzinleri alındıktan sonra başlanması uygun bulunmuştur.
- ☐ Başvurunun, ekte belirtilen düzeltmelerin yapılması halinde tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir.*
- ☐ Araştırma projesi etik açıdan uygun olmadığından başvurunun reddine karar verilmiştir.

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Bilimsel araştırma amaçlı ve detayları aşağıda yer alan bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilmediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacıya sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Riskli Gebelik Geçiren Kadınların Gelecekteki Gebelik Niyetinin Belirlenmesi

2. KATILIMCI SAYISI

Bu araştırmada yer alması ön görülen toplam katılımcı sayısı 349'dur.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 6 aydır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Gebenin risk taşıyıp taşımadığını tespit etmek için ilk önce yapılması gereken, masrafsız bir yolla kişinin; demografik özelliklerinin belirlenmesi ve aynı zamanda hastalığa bağlı risk faktörlerinin bizim için önemli ipuçları olduğunun göz önünde bulundurulmasıdır. Risk durumunu erken dönemde saptamalı ve iyileştirmek üzere harekete geçmelidir. Riskli gebelik geçiren kadınların stres ve kaygı düzeylerinin yüksek olması bir sonraki gebelik isteği üzerine etkili olabileceği düşünülmektedir bu yüzden riskli gebelere hizmet veren hemşirelerin eğitim programlarında özellikle bu konuya yer verilerek desteklenmesi, hemşirelik bakımının kalitesini artıracaktır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA ve ÇIKARILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dahil edilebilmek için sahip olmanız gereken koşullar şu şekildedir;

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri

- Araştırma verilerinin toplandığı tarihler arasında riskli gebelik geçirmek,
- Çorum ilinde yaşıyor olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Görsel, işitsel, mental bir engeli bulunmamak,
- Okur-yazar olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 20 hafta ve üzeri gebelik haftasına sahip olmak,
- Riskli gebe (diyabet, hipertansiyon, HIV), obezite, çoğul gebelik, adolesan ya da ileri yaş gebeliği vb.) kriterine uygun olmak

Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak,

- Görsel, işitsel, mental bir engeli bulunması,
- Riskli gebelik kriterine uygun olamamak,
- Okur-yazar olmamak,
- Çalışmaya katılmak istememe,
- Riskli gebelik tanısı almama.

Araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada size uygulanacak veya sizin yapmanız gereken işlemler şu şekildedir; Bu çalışmaya dahil edilmeyi kabul etmeniz durumunda sizden sosyo demografik anket formu ve sağlık bakanlığı risk değerlendirme formunu eksiksiz doldurmanız istenecektir.

7. KATILIMCININ SORUMLULUKLARI

Katılımcının araştırma süresince yerine getirmesi gereken sorumlulukları kendilerine verilen anket sorularını eksiksiz doldurmalarıdır.

8. OLASI RİSKLER

Katılımcı araştırma süresince herhangi bir riskle karşılaşmayacaktır.

9. ARAŞTIRMAYA KATILIMIN OLASI YARARLARI

Bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda ülkemizde konuyla ilgili daha önce yapılmış olan çalışmalara katkı sağlamak, konuyla ilgili güncel sonuçlar elde etmek ve elde edilen sonuçların bilimsel toplantılarda sunulması planlanmaktadır.

10. GİDERLERİN KARŞILANMASI ve ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

11. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabileceksiniz.

12. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM veya KURULUŞ

Araştırmayı destekleyen kurum/kuruluş yoktur.

13. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME veya AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

14. ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda detayları yazılı olan ve tarafıma anlatılan bu araştırmada yer almak için araştırmacı Sayın Esra KILICIKESEN tarafından “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım ve bulunmaktayım. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan

çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı.Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum.Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
ADI SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
ADI SOYADI	Esra KILICIKESEN	
GÖREVİ	Öğrenci/ Hemşire	
ADRES	Çorum/ Merkez	
TELEFON		
TARİH		

SORUMLU ARAŞTIRMACI		İMZASI
ADI SOYADI	Derya Yüksel KOÇAK	
GÖREVİ	Doç.Dr.	
ADRES	HİTİT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ	
TELEFON		
TARİH		

Diğer Araştırmacılar

Sorumlu Araştırmacı

Esra KILICIKESEN

Doç.Dr. Derya Yüksel KOÇAK

Tarih/İmza

Tarih/İmza

