

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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**PRENATAL TANI TESTİ İÇİN BAŞVURAN GEBELERİN**  
**DİSTRES DÜZEYLERİ İLE BEBEK SAĞLIK DENETİM**  
**ODAĞININ BELİRLENMESİ**

**Filiz KIZOĞLU**

**Tez Danışmanı**  
**Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ**

**İSTANBUL, 2018**



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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**PRENATAL TANI TESTİ İÇİN BAŞVURAN GEBELERİN**  
**DİSTRES DÜZEYLERİ İLE BEBEK SAĞLIK DENETİM**  
**ODAĞININ BELİRLENMESİ**

**Filiz KIZOĞLU**

**162038016**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ**

**İSTANBUL, 2018**

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S  
T E Z O N A Y I

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı : Filiz KIZOĞLU  
Danışman : Doç. Dr.K.Derya BEYDAĞ

Tez Savunma Tarihi : 10.09.2018  
Tez Savunma Saati : 15:00

Tez Konusu : Prenatal Tanı Testi İçin Başçuran Gebelerin Distres Düzeyleri İle Bebek Sağlık Denetim Odağının Belirlenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi Yeliz DOĞAN MERİH (Sağlık Bilimleri Üni.)	KABUL	
Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ	KABUL	
Dr. Öğr.Üyesi Güلزade UYSAL	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi İlknur ÇALIŞKAN		

## ÖZET

Bu çalışma, prenatal tanı testi için başvuran gebelerin distres düzeyleri ile bebek sağlık denetim odağının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Polikliniği ve Prenatal Tanı Tedavi Ünitesine Haziran 2017 - Ağustos 2017 tarihleri arasında başvuran 153'ü riskli, 153'ü riskli olmayan gebe ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma verileri, Gebe Bilgi Formu, Ayla Çapık'ın geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı (2013) Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (Tilburg Pregnancy Distress Scale-TPDS-TGDÖ), Duyan ve arkadaşlarının geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığı (2012) Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği (Fetal Health Locus of Control-FHLC-AKBSDO) ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı-yüzdeler hesaplamaları, Kruskal-wallis, Mann Whitney U, Anova test ve Independent t testi kullanılmıştır.

Gebelerin TGDÖ "eş katılımı" alt boyutu ile yaş, eğitim, gebelik sayısı, gebeliği sonlandırma isteği, gelir, eş ilişkisi, mevcut gebelikte risk, aile sağlık, bebekte risk değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). "Olumsuz duygulanım" alt boyutu ile aile sağlık, bebekte risk, mevcut gebelikte sağlık sorunu ve tedavi, aile destek değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Ölçek toplam puanı ile gelir, eş ilişkisi, mevcut gebelikte risk, aile sağlık, bebekte risk, gebelikte sağlık sorunu ve tedavi, aile destek değişkenleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ).

Gebelerin AKBSDO ölçeği "içsel" alt boyutu ile eğitim düzeyi, gebelikle ilgili eğitim programına katılma değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). "Şansa bağlı" alt boyutu ile mevcut gebelikte ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ) . "Güçlü diğerleri " alt boyutu ile aileden destek değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Ölçek toplam puanı ile ilaç kullanımı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Gebelerde prenatal distresi ve bebek sağlık denetim odağı alt boyutlarını tespit edip, gebelerin içsel ve güçlü diğerlerine bağlı kontrol odaklarını geliştirerek prenatal distresin azalmasını sağlayıp, anne bebek bağlanmasını güçlendirip daha iyi neonatal sonuçların alınmasına katkı sağlanabilir.

**Anahtar kelimeler:** Prenatal tanı, Prenatal distres, Bebek sağlık kontrol odağı.



## **ABSTRACT**

### **DETERMINING THE FETAL HEALTH LOCUS OF CONTROL WITH THE DISTRESS LEVELS OF PREGNANT WOMEN WHO APPLY FOR PRENATAL DIAGNOSIS TESTS**

This study was conducted in order to determine the fetal health locus of control with the distress levels of pregnant women apply for prenatal diagnostic test. Descriptive and cross-sectional study was conducted with 153 patients who are at risk for pregnancy and 153 patients who are not at risk for pregnancy. Patients were pregnant who applied to the Antenatal Polyclinic and Prenatal Diagnosis Treatment Unit of Istanbul University Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology between June 2017 and August 2017.

The data of study was obtained by Pregnant Information Form, Tilburg Pregnancy Distress Scale (2013) of which the validity and reliability study was made by Ayla Çapık and The Fetal Health Locus of Control Scale of which validity and reliability study was made by Duyan, Özcan and Okutucu. In the evaluation of the data, number-percentage calculations, Kruskal-Wallis, Mann Whitney U, Anova test and independent t test were used.

Statistically significant difference has been found between TGDÖ "the cohort participation" subscale of pregnant women and age, education, number of pregnancies, pregnancy termination request, income, partner relationship, current pregnancy risk, family health, risk variables ( $p<0,05$ ). Statistically significant difference has been found between "negative affection" sub-dimension and family health, risk of infant, current pregnancy health problem, treatment and family support variables ( $p<0,05$ ). A statistically significant difference was found between the scale total score and income, partner relationship, current pregnancy risk, family health, risk in the baby, health problem in pregnancy and treatment and family support variables ( $p<0,05$ ).

There was a statistically significant difference between "the internal status" sub-dimension of the Fetal Health Locus of Control Maternity Scale and the level of education and the variable of participation to the education program related to pregnancy ( $p < 0,05$ ).

A statistically significant difference has been found between "chance dependent" sub-dimension and drug use in current pregnancy ( $p < 0,05$ ). Statistically significant difference has been found between "the strong others" sub-dimension and the family support variable ( $p < 0,05$ ). A statistically significant difference was found when the scale score was compared with the drug use variable ( $p < 0,05$ ).

Determining the prenatal distress in pregnancy and fetal health locus sub-dimensions, reducing the prenatal distress by developing internal control locus of pregnant and control locus associated with strong others and strengthening the connection of mother and baby can contribute to get better neonatal results.

**Keywords:** Prenatal diagnosis, Prenatal distress, Infant health control focus



## ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten, tezimin her aşamasında benden yardımlarını esirgemeyen ve bana yol gösteren değerli hocam Sayın Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ'a, araştırma sürecinde yanımda olan Dr. Meltem Mecdi Kaydırak, Arş. Gör. Arzu Malak, Arş. Gör. Nil Küçük ve çalışmayı yürüttüğüm İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Prenatal Tanı Tedavi Ünitesi hocalarına, çalışanlarına en derin saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

**Filiz KIZOĞLU**

## BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

.....  
Filiz KIZOĞLU



# İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Prenatal Tanı.....	3
2.1.1.Prenatal Tanı Testleri.....	3
2.1.1.1. Non-İnvaziv Testler .....	4
2.1.1.2.İnvaziv Testler.....	6
2.2. Prenatal Tanıda Hemşirelik Yaklaşımı.....	8
2.3. Gebelikte Prenatal Distres ve Önemi.....	9
2.4. Gebelikte Prenatal Distres ile Başa Çıkma.....	10
2.5. Fetal Sağlık Denetim Odağı Kavramı ve Önemi.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. Araştırmanın Tipi .....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	14
3.4. Verilerin Toplanması.....	15
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	17
3.6. Verilerin Analizi.....	17

<b>3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....</b>	<b>18</b>
<b>3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri .....</b>	<b>18</b>
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>19</b>
<b>5. TARTIşMA.....</b>	<b>43</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>57</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>61</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>68</b>
<b>ÖZGEÇMİş.....</b>	<b>74</b>



## TABLolar LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
<b>Tablo 1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....</b>	<b>19</b>
<b>Tablo 2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı .....</b>	<b>20</b>
<b>Tablo 3: Gebelik ile Yaşam ve Gebeliğe İlişkin Algıların Dağılımı.....</b>	<b>22</b>
<b>Tablo 4: Gebelerin Sosyal Destek, Eş İlişkileri ve Eş Özelliklerinin Dağılımı.....</b>	<b>24</b>
<b>Tablo 5: TGDÖ Alt Boyutları Puan Ortalaması ve Cronbach Alpha Değeri .....</b>	<b>26</b>
<b>Tablo 6: Gebelerin Yaş Grupları ve Eğitim Durumu İle TGDÖ Alt Boyutları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....</b>	<b>26</b>
<b>Tablo 7: Gebelerin Meslekleri ve Gelir Durumu İle TGDÖ Alt Boyutları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması .....</b>	<b>28</b>
<b>Tablo 8: Gebelerin Kronik Hastalık Varlığı ve Aile Sağlık Öyküsüne Göre TGDÖ Alt Boyutları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....</b>	<b>29</b>
<b>Tablo 9: Gebelerin Gebelik Haftası ve Gebelik Sayısı ile TGDÖ Alt Boyutları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....</b>	<b>30</b>
<b>Tablo 10: Gebelerin Mevcut Gebelikte Sağlık Sorunu Yaşamaması ve Mevcut Gebelikte Tedavi Olması ile TGDÖ Alt Boyutları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....</b>	<b>31</b>
<b>Tablo 11: Gebelerin Mevcut Gebeliğinde Bebeğinde Risk Olma Durumu, Gebeliği Sonlandırma İsteği ve Doğum Eylemine İlişkin Korkuları ile TGDÖ Alt Boyutları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....</b>	<b>32</b>

<b>Tablo 12: Gebelerin Eşi ile İlişkisi ve Ailenin Gebeliği Destekleme Durumu ile TGDÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması .....</b>	<b>33</b>
<b>Tablo 13: Gebeliğin Risk Durumlarına Göre TGDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....</b>	<b>34</b>
<b>Tablo 14: AKBSDO Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalaması ve Cronbach Alpha Değeri .....</b>	<b>35</b>
<b>Tablo 15: Gebelerin Yaş Grupları ve AKBSDO Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalaması Karşılaştırılması .....</b>	<b>36</b>
<b>Tablo 16: Gebelerin Eğitim Durumu ile AKBSDO Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalaması Karşılaştırılması.....</b>	<b>37</b>
<b>Tablo 17: Gebelerin Gebelik Haftası ve Gebelik sayısı ile AKBSDO Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalaması Karşılaştırılması.....</b>	<b>38</b>
<b>Tablo 18: Mevcut Gebelikte İlaç Kullanımı ve Gebelikle İlgili Eğitim Programına Katılma Durumu ile AKBSDO Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalaması Karşılaştırılması .....</b>	<b>39</b>
<b>Tablo 19: Gebelerin Eşi ile İlişkisi ve AKBSDO Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalaması Karşılaştırılması.....</b>	<b>40</b>
<b>Tablo 20: Gebelerin Ailesinin Destek Olma Durumu ve AKBSDO Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalaması Karşılaştırılması.....</b>	<b>41</b>
<b>Tablo 21: Gebeliğin Risk Durumlarına Göre AKBSDO Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalaması Karşılaştırılması.....</b>	<b>41</b>
<b>Tablo 22: AKBSDO Ölçeği ve TGDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Korelasyonu .....</b>	<b>42</b>

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>AFP</b>	: Alfa Feto Protein
<b>AKBSDO</b>	: Anne Karnındaki Bebek Sağlığı Denetim Odağı
<b>APGAR</b>	: Activity (Aktivite), Pulse (Nabız), Grimace (Yüz buruşturma), Appearance (Cilt Rengi), Respiration (Solunum)
<b>DM</b>	: Diyabetes Mellitus
<b>EDT</b>	: Erken Doğum Tehditi
<b>EMR</b>	: Erken Membran Rüptürü
<b>HCG</b>	: Human Chorionic Gonadotropin
<b>HT</b>	: Hipertansiyon
<b>IUBK</b>	: Intrauterin Büyüme Kısıtlılığı
<b>IUMF</b>	: Intrauterin Mort Fetüs
<b>KBY</b>	: Kronik Böbrek Yetmezliği
<b>NSD</b>	: Normal Spontan Doğum
<b>NT</b>	: Nukal Transluzensi
<b>NTD</b>	: Nöral Tüp Defekti
<b>PAP-A</b>	: Pregnancy-Associated Plasma Protein A
<b>SCA</b>	: Sezerian Sectio Abdominalis
<b>SGA</b>	: Small for Gestational Age
<b>SLE</b>	: Sistemik Lupus Eritematozus
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>TGDÖ</b>	: Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği

## 1. GİRİŞ

Gebelik; belli fiziksel, psikolojik ve sosyal değişikliklerin olduğu, kadın için önemli hayat olaylarından biridir (1). Genellikle aileler için belirsizliklerin olduğu bir zaman dilimidir. Çoğu yeni doğan sağlıklı doğarken, İngiltere’de yaklaşık 33 yeni doğanda bir yeni doğan fetal anomali ile birlikte doğar (2). Son yıllarda teknolojinin hızla gelişmesiyle birlikte fetüsteki konjenital hastalıklar ve anomalilerin tanılanmasında kullanılan yöntemler de gelişmiştir (3). Fetüsteki anomaliler prenatal tanı yöntemleri ile belirlenebilmektedir.

Prenatal tanı, doğum öncesi dönemde fetüs veya embriyodaki hastalıkların çeşitli yöntemlerle tespit edilmesi işlemidir (4). Prenatal tanıda amaç; hastalıkların olabildiğince erken dönemde saptanıp, sonuca göre gerekli işlemlerin yapılmasıdır (4).

Prenatal tanıda kullanılan muayene ve teknik yöntemleri başta gebenin kendisi olmak üzere aile üzerinde psikolojik gerilime neden olmaktadır (5). Yapılan çalışmalarda gebe kadının stres yaşadığı konular, gebenin fiziksel semptomları, erken doğum tehdidinin bulunması, gebenin kilo alması, sağlıksız bebeğe sahip olma olasılığı ve gebeliğe özgü şikâyetlerin olması olarak belirlenmiştir (6). Sonuç olarak sağlıksız bebeğe sahip olma olasılığı gebe kadında strese neden olmaktadır.

Gebelikte psikolojik distres prevalansı ciddi oranda değişkenlik göstermekte olup, yapılan çalışmalarda sanayileşmiş ülkelerdeki kadınlarda %8-24 arasında değişmekte olduğu bildirilmiştir. Kadının ruhsal durumu ve yaşantısı gebeliğin seyrini etkileyebildiği gibi, gebeliğin de ruhsal ve duygusal yaşantı üzerinde etkili olabildiği belirtilmektedir. Gebelikte psikolojik distres, fetüs ve annenin iyilik halini olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı konularak tedavi edilmesi gereken bir durumdur (7).

Anne ve bebeğin sağlığını etkileyen faktörlerden birisi de annelerin sağlık inançları ve tutumlarıdır. Çeşitli çalışmalarda, hamile kadınların sağlıkla ilgili davranışlarının bebek sağlığını etkilediği belirtilmektedir (8). Gebelerin doğmamış çocuğunun sağlığına nasıl baktığını değerlendirmek faydalı olmaktadır. Bebeğinin sağlığını kendi eylemlerinin sonucunda ve dolayısıyla kendi kontrolü altında görüyor mu? ya da kendi davranışlarıyla ilgisiz olarak mı görüyor (9).



Gebe kadınların gebeliklerine karşı inançları ve tutumları; doğum öncesi test yaptıрма, sağlık hizmetini kullanma gibi sağlıklı davranışlarda bulunup bulunmayacaklarını etkilemekle birlikte gebelik sırasında anne-bebek bağlanmasını da etkilemektedir. Gebelik sırasında bağlanma, gebe bir kadının fetüs için duygu ve hislerini yaşadığı, fetüs ile etkileşime girdiği ve gebelik süresince maternal bir kimlik geliştirdiği (yani kendisini anne olarak tanımlamaya başlaması için) bir süreç anlamına gelmektedir. Gebelik sırasında gebe kadın ve fetüs arasındaki ilişki bebeğin ilk önemli ilişkisi olarak tanımlanmakta ve doğumdan sonra anne-bebek ilişkisinin şekillenmesinde önemli rol oynamaktadır. Gebelikte anne- bebek bağlanmasını arttıran ve azaltan faktörlerle ilgili birçok çalışma yapılmıştır .Yapılan çalışmalarda demografik özellikler (yaş, eğitim, sosyoekonomik durum), gebelikle ilişkili klinik durum (mevcut gebeliğin risk durumu, önceki gebeliklerin sonuçları), psikososyal (özsaygı, sosyal destek, başa çıkma yöntemleri) ve psikopatolojik (depresyon ve anksiyete semptomları) verilerin anne bebek bağlanmasında önemli değişkenler olduğu belirtilmiştir (10,11).

Bu bağlamda araştırma prenatal tanı testi için başvuran gebelerin distres düzeyleri ile bebek sağlık denetim odağının belirlenmesi ve bu doğrultuda bundan sonraki çalışmalar için bütüncül yaklaşım ile çözüm yollarının aranması amacıyla aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır:

1. Prenatal tanı testi için başvuran gebelerin distres düzeyi nedir?
2. Prenatal tanı testi için başvuran gebelerin bebek sağlık denetim odağı düzeyi nedir?
3. Prenatal tanı testi için başvuran gebelerin distres düzeyleri ve bebek sağlık denetim odağı arasındaki ilişki nasıldır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Prenatal Tanı

Prenatal tanı, doğum öncesi dönemde fetüs veya embriyodaki hastalıkların çeşitli yöntemlerle tespit edilmesi işlemidir (4). Prenatal tanıda amaç, ailenin fetüsün sağlığı ile ilgili en erken zamanda bilgi sahibi olması ve fetüsün geleceği ile ilgili en kısa sürede karar alabilmesini sağlamaktır (12).

Prenatal tanı testleri ile risk altındaki fetüste ilgili hastalığın bulunup bulunmadığı tespit edilerek, aileye bilgi verilip gebeliğin devamı konusunda bilinçli karar vermeleri sağlanmış olur. Böylece genetik hastalıkların, doğumsal defektlerin perinatal mortalite oranlarını azaltmak ve klinik problemleri ortadan kaldırmak amaçlanır (13).

Prenatal tanı testleri için endikasyonlar; ileri anne yaşı, fetüste anormal ultrason bulgusu, maternal anksiyete, ailenin önceki çocuklarında kromozom anomalisi öyküsü, ebeveynlerde yapısal kromozom anomalisi bulunması, artmış nöral tüp defekti riski, anne serumunda tarama ile belirlenmiş yüksek risk, anomalili bebek öyküsü olmasıdır (5).

#### 2.1.1. Prenatal Tanı Testleri

Fetüsle doğrudan temas kurulamadığı için değerlendirmede özel tekniklere ihtiyaç vardır. Bu amaçla çeşitli invazif ve non-invazif yöntemler geliştirilmiştir(14).

- Non-invazif (Girişimsel olmayan) Testler: Ultrason ile incelemeler, anne kanında çalışılan biyokimyasal testler, anne kanında fetal hücre elde edilmesine yönelik çalışmalar ve diğer testler (15).
- İnvazif (Girişimsel) Testler: Fetüsün bulunduğu ortama girilerek hücre, doku elde edilmesine yönelik uygulamalar (15). Bu uygulamalar koryonik villüs örnekleme, amniyosentez ve kordon kanı örnekleme testleridir.

### 2.1.1.1. Non-İnvaziv Testler

**Ultrasonografi (USG) :** Birçok Avrupa ülkesini kapsayan çok merkezli çalışmalarla USG'nin doğum öncesi tanı koymada etkinliği araştırılmış ve USG bulguları ile fetal sendromların %50'sinin başka bir yöntemle gerek kalmadan tanısının konabildiği sonucuna varılmıştır (15).

İlk trimesterde gebeliğin doğrulanması, viabilitenin belirlenmesi ve gebelik yaşının saptanması sağlanabilir. Bunu takiben kromozom anomali taraması için nukal kalınlık ölçümü ve erken major fetal anomali (anensefali, megasistis vb.) taraması için 11–14. hafta ultrasonografisi yapılmalıdır.

18–20. gebelik haftasında geç dönemde kendini gösteren majör ve minör anomali taraması için yine USG yapılmalıdır.

Bu gebelik döneminden sonra yapılacak USG muayeneleri fetal gelişimin takibine yönelik olmalıdır ve buna yönelik olarak 32 ve 38. gebelik haftalarında yapılacak olan ultrasonografi muayenesi yeterli olacaktır. Risk faktörü mevcut olanlar ya da tarama testlerinde pozitif bulgu saptananlar ise, probleme yönelik olarak belli hafta aralıklarında USG ile değerlendirilmelidir (5).

**11-14 Hafta Tarama Testi:** Down sendromu açısından riskli gebelikleri saptamak için yapılan tarama testidir. Gebeliğin daha erken dönemlerinde uygulanabilme avantajına sahiptir ve üçlü ve dörtlü tarama testine göre daha güvenilir bir testtir. Maternal yaş, serbest beta HCG, PAPP-A, fetal ense kalınlığı(NT) ölçümleri ile test hesaplanır ve gebelikteki down sendromlu bebek doğurma riski hesaplanır. Risk, 1/300 den fazla ise invaziv tanı testleri önerilir (16). Anne yaşı ve fetal NT ile tarama yapıldığı takdirde, % 5 yanlış pozitiflikle, trizomi 21'li fetüslerin %80'i saptanabilmektedir. 11–14. gebelik haftasında bu iki parametreye maternal serum serbest beta HCG ve PAPP-A ölçümlerinin eklenmesi, kromozomal anomali riskini saptama yüzdesini %90'a çıkarmaktadır (5).

Ense kalınlığı ölçümü 3 mm'nin üzerinde olanlarda kromozomal anomali riskinin arttığı bildirilmiştir (17).

**Üçlü Tarama Testi:** Maternal kanda beta HCG, AFP ve östriol değerleri incelenerek anne yaşı ile birlikte genetik hastalık riskinin hesaplanmasıdır. Down sendromu, NTD ve Trizomi 18 için risk belirlenir. 16-18 gebelik haftaları arasında yapılır (18).

Genelde 1/250 ve üzeri riskli kabul edilir. Down sendromu gibi bazı trizomi olgularda AFP düzeylerinde azalma görülmektedir; buna karşın nöral tüp defektleri, karın ön duvarı defektleri, renal agenezi, obstrüktif üropati, gastrointestinal obstrüksiyon, oligohidramniyoz ve plasental anomalilerde AFP düzeyi yüksektir. Down sendromlu olgularda uE3 düzeyi düşer (15).

### **Dörtlü Tarama Testi:**

Gebelikte dörtlü testin üçlü teste göre başarısı daha yüksektir. Dörtlü testte down sendromlu bebek tespit etme oranı %80'dir. Üçlü testte anneden alınan kanda değerlendirilen Beta HCG ve uE3 ve AFP düzeylerine ek olarak dörtlü testte inhibin-A düzeyinin de formüle katılması testin başarısını arttırmaktadır. Down Sendromu saptama oranı 35 yaşın altındaki gebe popülasyonu için %70'dir (19). 16. ve 20. gebelik haftası arasında dörtlü test yapılabilir (13).

**Cell free fetal DNA:** Yaygın olarak non-invaziv prenatal tarama olarak adlandırılan 2011 yılında ticari olarak piyasaya sürülen bir testtir. Bu tarama testi, yeni güncellenmiş bir meta-analizde % 99'luk bir tespit oranıyla trizomi 21 için mevcut tüm tarama testlerinin en yüksek tespit oranına sahiptir. Trizomi 18, 13 için tespit oranları ve cinsiyet kromozom anormallikleri, anlamlı olarak daha düşüktür (20). Immunize Rh gebelerde fetal Rh tayini yapılabilir.

9 haftadan başlayarak doğumuna kadar gerçekleştirilebilir. Hangi moleküler tekniğin kullanıldığına bakılmaksızın trizomi 18 ve trizomi 21 için yüksek bir duyarlılığa ve özgüllüğe sahiptir. Trizomi 13 ve seks kromozom anormallikleri için duyarlılık biraz daha düşük olup, ortalama % 80-90'dır, ancak özgüllük her bir durum için % 99'dan daha büyüktür. Cinsiyet belirleme doğruluğu genellikle % 98'i geçer. Fetal fraksiyon, maternal kanda fetal orijinli hücre içermeyen DNA'nın miktarı, doğru test sonuçları için gereklidir. Bazı laboratuvarlar, raporlanabilir bir sonuç için en az % 4'lük bir fetal fraksiyon ile testi çalışır (21).

<b>Yorumlanabilir Sonuç Alınan Hastalarda Hüresiz DNA Testi Performans Özellikleri</b>				
	<b>Sensitivite%</b>	<b>Spesifite%</b>	<b>25 yaş</b>	<b>40 yaş</b>
			<b>PPV%</b>	<b>PPV%</b>
<b>Trizomi 21</b>	<b>99.3</b>	<b>99.8</b>	<b>33</b>	<b>87</b>
<b>Trizomi 18</b>	<b>97.4</b>	<b>99.8</b>	<b>13</b>	<b>68</b>
<b>Trizomi 13</b>	<b>91.6</b>	<b>99.9</b>	<b>9</b>	<b>57</b>
<b>Sex kromozomu anöplidi</b>	<b>91.0</b>	<b>99.6</b>		

PPV, positive predictive value (pozitif öngörme değeri).

*Kaynak 21'den alınmıştır.*

### **2.1.2. İnvaziv Testler**

**Koryonik Villüs Örneklemesi (CVS):** Plasental hücrelerin biyopsisini içeren CVS, transservikal veya transabdominal olarak gerçekleştirilebilir. CVS'in üstünlüğü, hamileliğin erken dönemlerinde (10-13 gebelik haftası) gerçekleştirilebilmesidir. Eğer kısa süreli, aktif olarak bölünen villöz sitotrofoblastik doku kültürü başlatılırsa, ilk sonuçlar 1 - 2 gün içinde elde edilebilir, ancak çoğu durumda, uzun süreli mezenkimal hücrelerin kültürünü takip eden 7 - 10 gün içinde kesin karyotip sonucu verilir (22).

Dezavantajları; alınan hücrelerin doğrudan fetal hücre olmaması, alınan materyalin mozaikizm ve benzeri problemler nedeniyle klasik sitogenetik tetkikler için ideal olmaması ve amniyosenteze göre tekniğin daha zor olmasıdır (23).

**Amniyosentez (AS) :** Amniyosentez gebeliğin 16–20. haftaları arasında yapılan ve prenatal tanıda sık kullanılan invazif bir yöntemdir. Amniyosentez ince bir iğne ile (22 gauge -9cm) annenin abdominal duvarından geçilerek, gebelik kesesi içerisinden 20cc kadar amniyon sıvısının alınması işlemidir. İlk enjektöre alınan sıvı maternal kontaminasyon açısından çalışılmamalıdır. Amniyotik sıvı kanlı olursa; fetal karyotip çalışılacaksa enjektör içine heparin eklenirken, sitomegalovirüs ve toksoplazmozis gibi enfeksiyon testleri çalışılacaksa enjektör içine heparin eklenmemelidir. Amniyosentez her ne kadar güvenilir kabul edilse de 1/100, 1/300 oranlarında gebelik kaybı yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (24,25).

**Kordon kanı örnekleme (Kordosentez-KS):** Kordon gelişiminin kan almak için uygun olduğu haftadan, yani yaklaşık olarak 20. haftadan itibaren prenatal tanı ve perinatal takip çalışmalarının vazgeçilmez bir yöntemidir. Prenatal tanı için geç gebelik haftasında başvurularda kordosentez gündeme gelmektedir. Fetal karyotip için 0,5 cc heparin çekilmiş enjektöre 1-2 cc, diğer testler için uygun tüplere kan alınarak, USG eşliğinde umbilikal kordon insersiyon yerinden yada uygun kord ansından fetal kan örneğinin alınması ile yapılır (25).

Yapılma endikasyonlarının yaklaşık yarısını, gecikmiş fetal kromozom analizi oluştururken diğerlerini ciddi ve erken başlangıçlı gelişme geriliği, konjenital enfeksiyon, hidrops fetalis, anemi ve izoimmünizasyon durumunda fetal hematokrit ölçümü ile bazı genetik hastalıklar oluşturmaktadır. Kordosentez ile ayrıca fetal trombosit sayımı, asit-baz durumu, antikor düzeyi ve kan biyokimyasına bakılarak fetal taşikardi varlığında intrauterin ilaç uygulaması da yapılabilir. En sık görülen komplikasyon umbilikal kord kanamasıdır. En önemli komplikasyon ise fetal bradikardidir (5).

Düşük riskli vaka serilerinde, 28. haftadan önceki fetal kayıp riskinin %1.4 olduğu ve 28. haftadan sonra perinatal ölüm riskinin ek olarak %1.4 daha arttığı bildirilmiştir. Prosedüre bağlı olarak, fetal patoloji arttıkça fetal kayıp riski de artmaktadır. Hastalık tayini veya karyotip analizi durumunda kordosentezden iki hafta sonraki fetal kayıp oranı %1.3, fetusta yapısal anomali olması halinde %6.6, SGA'lı fetuslarda %13.8 ve non-immün hidropsta %25 olarak bulunmuştur (26).

## 2.2. Prenatal Tanıda Hemşirelik Yaklaşımı

Gebe ve ailesinin hemşirelik bakımı, gebelik, doğum ve ebeveynliğe uyum sürecini etkileyebilecek psikolojik ve sosyokültürel faktörleri de kapsmalıdır. Gebe kadın için en önemli destekleyici hemşire olup, gebelik sürecinde kadın ve ailesiyle en çok birlikte olan ve yakın iletişim kuran tek sağlık personelidir (27).

Birey, aile ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesindeki rolleri kapsamında hemşireler uygulamalarına hızla gelişen genetik bilimi ile ilgili bilgilerini eklemelidir. Hemşireler gebe ve ailesine genetik riskler, prenatal testler, intra uterin girişimler ve riskleri konularında bilgi, bakım ve danışmanlık verebilecek düzeyde olmalıdırlar (18).

Yapılacak test veya girişimin gerekliliği, nasıl yapılacağı, risklerini, gebe ve ailesinin anlamış olduğundan hemşire emin olmalıdır. Hemşire danışmanlık verirken ailenin korku ve endişelerini tanımlayabilmek için iyi bir dinleyici olmalı ve basit, anlaşılır bir dille aileyi bilgilendirip bilinçli karar vermelerini sağlamalıdır (18).

Prenatal tanı testleri sonrasında hastalık varlığı belirlendiğinde gerekli önlemlerin belirlenip uygulanabilmesi için hemşireler bireylere doğru danışmanlık vermelidir. Bu danışmanlık sürecini yönetecek olan perinatoloji ekibi hekim, hemşire, ebe, psikolog, biyolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, genetik danışman ve fizyoterapist gibi farklı sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır (28).

Hemşirelerin doğum öncesi ve sonrası bakım, eğitim, danışmanlık sorumluluğunun yanı sıra bireyin kaygı düzeyinde yaşadığı sorunları çözmesinde yardımcı olma gibi sorumlulukları vardır (29).

Doğum öncesi dönemde gebeler için eğitim programlarının hazırlanıp, bu programların ruh sağlığını korumaya, geliştirmeye ve tedavi etmeye yönelik eğitim içeriklerini kapsamaları üzerinde durulur. Destek kişisi olan gebelerin düşük düzeyde kaygı yaşaması nedeniyle, doğum öncesi eğitim programlarına gebe ve aile üyelerinin aktif katılımının sağlanması önerilmektedir. Gebeliği istemeyen kadınlarda kaygı düzeyinin yüksek bulunduğu düşünülürse, aile planlaması konusunda danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesi gerekmektedir. Kadın sağlığı ünitelerinde çalışan ebe ve

hemşirelerin bu alanda hemşirelik bakımını verebilmesinde hizmet içi eğitim, seminer, konferans gibi eğitim programlarının katkısının olacağı düşünülmektedir (30).

### **2.3. Gebelikte Prenatal Distres ve Önemi**

Gebe kadınlar, fiziksel ve vücut imajındaki değişiklikler, fizyolojik, sosyal ve duygusal değişiklikler, ebeveynlik endişeleri, diğer önemli kişilerle olan ilişkilerdeki değişiklikler, tıbbi problemler, doğum ve bebeğin sağlığı ile ilgili gebeliğe özgü konulardan kaynaklanan stres yaşarlar. Gebelik, kadınların fiziksel durumlarında, çalışma ve aile rollerinde, ebeveynlikle ilgili duygusal durumlarında, değişiklikler geçirdiği geçiş ve uyum dönemi olarak görülmektedir(6).

Kadınlar gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve sevinç kaynağı olarak algıladığı gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş, üzerinde aşırı bir yüklenme gibi olumsuz ruhsal duygulanımların da yaşanabileceği bir dönem olarak da görebilmektedir (31).

Gebelik sırasında ve doğum sonrasında kadının anneliğe uyum sağlamaya çalışması stresin temel kaynağıdır. Bunun yanı sıra, çevrenin kadından iyi bir anne olmasına ilişkin beklentileri yine gebelerin stresini arttırmaktadır (32).

Gebelerin yaşadıkları kaygı veya korkular kadınların kişisel ve obstetrik öyküsüne göre değişiklik gösterebilmektedir. Primipar kadınlar genellikle bilinmeyenlere ilişkin korku yaşarken, multiparlar ise gebelik veya doğum sürecinde bazı şeylerin yanlış gidebileceğinden korkabilirler. Bunların dışında, kadınlar doğum eylemi, doğum ağrıları, bebeğinin ve kendisinin yaşayıp yaşayamayacağı hakkında endişelenebilmektedirler (27).

Yüksek riskli gebeliklerin kadınlarda stres düzeyini arttırdığı bilinmekte ancak normal gebeliklerde de belli düzeyde stres yaşanmaktadır. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek gerekir. Çünkü gebenin bebeğine bağlanması ile de stres ilişkilidir. Zayıf bağlanma ve olumsuz anne davranışlarının postpartum anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur (33).

Prenatal annelik stresi ve sonucunda oluşan yüksek dereceli duygusal sıkıntının, özellikle depresyon ve kaygının, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yeni



dođanın sađlıđını olumsuz etkilediđi, erken dođuma, dűşűk dođum ađırlıđına, kűcűk bař çevresi, dűşűk APGAR skorları ve intra uterin bűyűme kısıtlılıđına neden olduđu bildirilmiřtir. Stres nedeniyle sađlıksız yařam biçimi alışkanlıklarının benimsenmesi de erken dođuma ve dűşűk dođum ađırlıđına, bebekte bazı anomalilere yol açaabilmektedir (30).

#### **2.4. Gebelikte Prenatal Distres İle Başa Çıkma**

Gebeliđin sağlıklı bir şekilde devam etmesi kadının karşılaştığı gűçlűklerle ve sorunlarla bař edebilme gűcűyle ilişkilidir. Bireyin sorununun farkında olması, daha ۆnce kullanmış olduğu başetme mekanizmaları, sosyal destek sistemlerinin varlığı ve niteliği ۆnem taşır. Prenatal dۆnemde yaşanan stresle bař edebilmek için olumlu tutuma sahip olunması, ruh sağlığının korunması, sağlıklı yaşam tarzı benimsenmesi, problem çözme becerilerinin geliştirilip, sosyal destek alınması ۆnemlidir (34).

Problem özme becerisi bireyin sağlıklı bir yaşam sűrdűrebilmesi ve ruh sağlığını koruması için geliştirilmelidir. Gebelerin kendini yakın hissettiği insanlar stres verici durumlarda sağladıkları desteklerle sorunun çözümünde aktif biçimde yer alırlar. Gebe kadınların en ۆnemli destek kaynakları yakın aile űyeleri, ۆzellikle de eşleridir. Gebenin ruh sağlığını etkileyen en ۆnemli faktör eřin tutumu ve içinde yaşadığı psikososyal çevredir. Gebenin kendini yakın hissettiklerinden aldığı destek gebelik deneyiminde olumlu bir etkiye sahiptir. Annelik rolű eři tarafından onaylanan ve sorunlarını eşiyle paylaşabilen kadınların daha az sorun yaşadıkları bilinmektedir (35).

Sağlıklı bir gebelik için fiziksel ve emosyonel dengenin sağlanması gerekir. Yapılan pek çok araştırmada doğum sonu dۆnemde gۆrűlen psikiyatrik bozuklukların ۆnemli nedenleri arasında sosyal destek yetersizliği, eşler arasında uyumsuzluk ve stresli hayat şartları gۆsterilmektedir (36).

Sosyal desteğin, stresin oluşumunu ۆnleyebildiđi; stresin var olduğu durumlarda ise olayın algılanış biçimini değiştirdiği, kişinin zorlandığı durumlarda ona yardımcı olduğu, onun başa çıkma yollarını etkilediği bilinmektedir. Sosyal desteği olan gebelerin, gebelikteki olumsuz değişikliklerden fazla etkilenmediği, daha doyumlu bir gebelik yaşadıkları belirtilmektedir (37).

Gebelik döneminde stresle mücadele etmede gebelerin başa çıkma tarzlarını belirlemek son derece önemlidir. Stresle baş etmede gebenin stratejilerin tanımlanması, yeni baş etme yöntemlerinin öğretilmesi, etkisiz baş etme yöntemlerinin belirlenip yeni baş etme becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir (34).

Gebelerin stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama tarzını kullanmaları durumunda depresyon riski düşmekte, buna karşılık boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzını kullanan gebelerde depresyon riski ve anksiyete düzeyi artmaktadır (38).

Yine gevşeme egzersizleri, solunum egzersizleri, fiziksel egzersiz, düşünme, yoga, masaj terapisi, akupunktur, biyolojik geri bildirim, sosyal desteğin sağlanması, müzik terapisi, maneviyatı güçlendirme gebelikte ortaya çıkan stresle baş etmede kullanılan etkili yöntemlerdir (39)

Profesyonel bir meslek üyesi olarak çalışan ebe ve hemşirelerin doğum öncesi-sırası-sonrası, gebelik sürecindeki kaygı yaratan sorunları dikkatle incelenmeli ve çözümlenmelidir. Bu nedenle, sağlık ekibi üyelerinin anne ve baba adaylarının desteklenmesi konusundaki sorumluluklarının bilincinde olması gerekmektedir (40).

Eğer gebe kadın ve ailesi stres yaşıyorlarsa aşağıdaki hemşirelik müdahaleleri aileye yardımcı olabilir:

1. Pozitif baş etme davranışlarını teşvik etme,
2. Destek sağlama,
3. Çevresel stresörleri düzenleme,
4. Rehberlik ve danışmanlık sağlama (41).

## **2.5. Fetal Sağlık Denetim Odağı Kavramı ve Önemi**

Kontrol odaklılık, önemli bir kişilik özelliğidir. Bu kavram ilk defa sosyal öğrenme kuramında Julian Rotter (1954) tarafından ortaya atılmış olup, o günden bu güne üzerinde en çok çalışılan kişilik değişkenliklerinden biri olmuştur. En yaygın tanıma göre kontrol odağı, "kişinin davranışlarına ilişkin sonuçlarının ya kendi kontrolünde; ya şans, kader ya da güçlü olan diğerleri gibi dış faktörlerin kontrolünde olduğuna ilişkin genelleştirilmiş inancıdır" (42).

Sonucu, davranışlarının direk bir uzantısı olarak algılayan kişiler, "içten denetimli ", sonucun genel olarak kendi davranışlarından bağımsız ve denetimin de kendi kontrolü dışındaki faktörlere bağlı olduğuna inanan bireyler "dıştan denetimli " olarak tanımlanmaktadır (43).

Kişilerin edindikleri inançları denetleyebilmeleri ve sağlık davranışlarının bilinçli temelini oluşturma açısından kişilere yapılan eğitimlerde özellikle iç denetim odağı algısının geliştirilmesine önem verilmelidir (44).

"İçten denetleyici" davranış gösteren kişiler; sağlıklarının sorumluluklarını kendileri üstlenir, sağlıkları ile ilgilidirler ve sağlıkla ilişkili olumlu davranışları yapmaya özen gösterirler (44).

"Dıştan denetleyici" kişiler, sağlıklarının sorumluluklarını üstlerine almak istemezler, sağlıklarının kader veya şansa bağlı olduğuna inanırlar ve davranış değişikliklerine karşı dirençlidirler. İçten denetimli kişiler kendi başlarına davranabileceklerine olan inançları nedeni ile bilgiye daha fazla gereksinim duyarken, dıştan denetimli kişiler daha yeterli kişilere bağımlılığı kabul etmeleri nedeni ile bilgiye daha az gereksinim duyarlar. İçten denetimlilerin kendi yaşamlarına ilişkin sorumluluk almaya, rahatsız edici ve kötü koşulları değiştirme çabalarına daha hazır oldukları söylenebilir (44).

Gebelik döneminde kadının gebeliği ve annelik rolünü benimsemesi önemlidir. Bu benimsemenin gerçekleşmediği durumda ise kadının kontrol duygusu bozulabilmektedir. Kontrol inancı, yaşamsal psikolojik bir ihtiyaç olarak görülmekte ve bireyi iyi ya da kötü olarak etkileyen olayları kendi yeteneklerine ya da kader gibi kendisi dışındaki başka değişkenlere bağlama eğilimi olarak ifade edilmektedir (45).

"İç kontrol odaklı gebeler" gebelik döneminde vücutlarında ortaya çıkan değişikliklerin, sık karşılaşılan sorunların ve komplikasyonların kendileri tarafından kontrol altına alabileceklerine inanırken, "dış kontrol odaklı gebeler" ise şans ve kaderin asıl belirleyici faktör olduğuna inanabilmektedir. Bu düşünce farklılığı gebenin kendi sağlığıyla birlikte fetüsün sağlığını etkilemekte, olayları kontrol edebildiğine inananların kendilerinin ve fetüsün sağlığı hakkında sorumluluğu daha yüksek olurken, her şeyi şans ya da kadere bağlayanların sorumluluk alma oranı düşmektedir (45).

Yapılan bir çalışmada denetim odağının doğum öncesi sağlık önerilerine uyumu etkilediği, ayrıca dışsal denetimi olan kadınların doğumlarının içsel denetimli olanlara göre daha uzun sürdüğü bulunmuştur (46). Bu nedenlerle, hem anne, hem de bebeğin sağlığını ilgilendiren gebelik dönemi, denetim odağını saptamanın ve uygun girişimlerde bulunmanın gerekli olduğu bir evredir. Bireye verilen eğitimler kontrol odağını etkileyebilmektedir (45).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, prenatal tanı testi için başvuran gebelerin distres düzeyleri ile bebek sağlık denetim odağını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Polikliniği ve Prenatal Tanı Tedavi Ünitesine Haziran 2017- Ağustos 2017 tarihleri arasında başvuran gebelerle gerçekleştirilmiştir.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Polikliniği ve Prenatal Tanı Tedavi Ünitesine takip amaçlı başvuran, 12. hafta ve üzeri gebeliği olan, okuma-yazma bilen, Türkçe konuşup anlayabilen ve daha önce herhangi bir ruhsal şikâyeti olmayan gebeler oluşturmuştur. Örneklem seçiminde, evrenin belli olduğu durumda örneklem hesaplama formülü kullanılarak, çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler örnekleme dahil edilmiştir. Prenatal tanı tedavisi ünitesinde aylık ortalama 600 gebe, antenatal polikliniğinde ayda ortalama 900 gebe izlenmektedir. Evren belli olduğu durumda örneklem hesaplama sayısına göre, çalışma 306 gebe ile yapılmıştır. Bu gebelerin 153'ü riskli gebeliği olanlardan, 153'ü ise gebeliğinde risk olmayanlardan rastgele olarak seçilmiştir.

Araştırma örnekleminin belirlenmesinde evrendeki birey sayısı bilindiğinde kullanılan formülden yararlanılmıştır.

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot pq$$

$$n = 1500 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) / (0,05)^2 \cdot (1500-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) = 306$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklemeye alınacak birey sayısı

p:incelenen olayın görülme boyutu

q:incelenen olayın görülmemeye boyutu

t:Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (%95 için t-tablo değeri=1.96'dır)

S:Araştırmada belirlenecek hızın olası standart sapması

### 3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Gebe Bilgi Formu, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği ile elde edilmiştir.

**Gebe Bilgi Formunda**, gebelerin kişisel özellikleri, gebelik öyküsü, gebelikte yaşam ve gebeliğe ilişkin algılar, sosyal destek ve eşi ile ilişkilerine yönelik toplam 4 bölümden oluşan sorular yer almaktadır.

**Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)** (Tilburg Pregnancy Distress Scale - TPDS), Pop ve arkadaşları tarafından, gebelikteki distresin tanılanması amacıyla, 2011 yılında Hollanda'da geliştirilmiştir. Türkiye için geçerlik güvenirlik çalışması Çapık ve Pasinlioğlu tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Ölçek 12 hafta ve üzeri gebeliği olanlara uygulanmaktadır. Ölçek toplam 16 maddeden oluşmaktadır. "Olumsuz Duygulanım (Negative affect)" ve "Eş Katılımı (Partner involvement)" olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Olumsuz Duygulanım (Negative Affect) Alt Boyutu, 11 maddeden (3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16. Maddeler) oluşmakta, bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 33'tür. Eş Katılımı (Partner Involvement) Alt Boyutu, 5 maddeden (1, 2, 4, 8 ve 15. Maddeler) oluşmakta ve bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 15'tir (47).

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Türkçe formu 4'lü likert tipinde (çok sık=0 puan, oldukça sık=1 puan, ara sıra=2 puan, nadiren veya hiç=3 puan) derecelendirilmekte, ölçeğin 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puanın belli kesme noktasının (28 ve üzeri) üzerinde olması distres açısından risk altında olan gebeleri belirlemektedir. Alt boyutlar için kesme noktaları, eş katılımı alt boyutu için 10 ve üzeri, olumsuz

duygulanım alt boyutu için 22 ve üzeridir. Ölçekten alınan puanın bu kesme noktalarının üzerinde olması distres (depresyon, anksiyete, stres) açısından risk altında olan gebelerin tanınmasını sağlamaktadır. Orijinal ölçeğin geçerlilik güvenilirlik analizi sonucuna göre Cronbach alfa katsayısının 0,78 olduğu belirlenmiştir. Çapık ve Pasinlioğlu'nun (2013) Türkiye için geçerlik güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayıları toplam ölçek için 0,83, eş katılımı için 0,72, olumsuz duygulanım için 0,83 olarak saptanmış (47).

Araştırmada; Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği alt boyutlarının iç tutarlılık değerleri incelendiğinde Cronbach Alfa katsayısı; olumsuz duygulanım için 0,82 ve eş katılımı için 0,77 olup, ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayısı ise 0,81'dir. Buna göre ölçeğin yüksek derece güvenilir olduğu söylenebilir.

**Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği (AKBSDO)** (Fetal Health Locus of Control Scale - FHLC) Labs ve Wurtel tarafından 1986 yılında geliştirilmiş ve Türkiye için geçerlik güvenilirlik çalışması Duyan ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada AKBSDO Ölçeği, hamilelik döneminde sağlık davranışı için denetim odağını ölçmek için kullanılmıştır. Ölçek 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin kullanım amacı hamilelik sırasında sağlık ile ilgili tavsiyeleri yerine getirmeye katkı sağlayabilecek faktörleri tahmin etmeyi kolaylaştırmaktır. AKBSDO Ölçeği ilk olarak 85 maddeden oluşturulmuştur; ancak yapılan analizler sonrasında 18 maddeden oluşan son hali verilmiştir. AKBSDO Ölçeği 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; İçsel Sağlık Denetim Odağı (1, 6, 8, 12, 15 ve 17. maddeler), Şansa Bağlı Sağlık Denetim Odağı (2, 4, 9, 11, 14 ve 16. maddeler) ve Güçlü Diğerlerine Bağlı Sağlık Denetim Odağı (3, 5, 7, 10, 13 ve 18. maddeler)'dir. AKBSDO Ölçeği özellikle hamilelik dönemindeki sağlıkla ilgili davranışları tahmin etme konusunda yararlıdır ve risk altında olabilecek kadınlar için geliştirilen müdahale programlarına olanak sağlamaktadır. Maddelerde belirtilen düşünceye, bireylerden "Hiç katılmıyorum = 0", ile "Tamamen katılıyorum = 9" arasındaki derecelerde görüş bildirmeleri istenmektedir. Dolayısıyla her bir alt ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 54 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, "içsel güce", "şansa" ya da "güçlü diğerlerine" yönelik tutumların olumlu; düşük puanların ise olumsuz tutum olduğu anlamına gelmektedir. Orijinal ölçeğin geçerlilik güvenilirlik analizi sonucuna göre ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılık Cronbach alfa katsayıları İçsel Sağlık

Denetim Odağı için 0,802; Şansa Bağlı Sağlık Denetim Odağı için 0,876 ve Güçlü Diğerlerine Bağlı Sağlık Denetim Odağı için 0,750 olduğu belirlenmiştir (10).

Araştırmada; Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği alt boyutlarının iç tutarlılık değerleri incelendiğinde Cronbach alfa katsayıları; İçsel Sağlık Denetim Odağı için 0,812; Şansa Bağlı Sağlık Denetim Odağı için 0,817 ve Güçlü Diğerlerine Bağlı Sağlık Denetim Odağı için 0,735 bulunmuştur. Buna göre ölçeğin yüksek derece güvenilir olduğu söylenebilir.

### 3.5. Araştırmanın değişkenleri

**Bağımlı değişken:** Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin ve Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinin puan ortalaması

**Bağımsız değişkenler:** Gebelerin kişisel özellikleri, gebelik öyküsü, gebelik ile yaşam ve gebeliğe ilişkin algıları, sosyal destek ve eşi ile ilişkilerine yönelik özellikleri

### 3.6. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, en düşük, en yüksek, frekans ve sıklık değerleri kullanılmıştır. Ölçeklerin iç tutarlık analizleri için cronbach alfa katsayıları belirlenmiştir.

Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov testi ile ölçülmüş olup, normal dağılım olmayan verilerde Kruskal-Wallis, Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım olan verilerde Anova testi ve Independent t testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.



### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakóltesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Polikliniği ve Prenatal Tanı Tedavi Ünitesine Haziran 2017- Ağustos 2017 tarihleri arasında takip amaçlı başvuran gebelerin verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

### **3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Veri toplama işleminde öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurul Onayı (Ek-2) alınmıştır. Etik kurul onayı sonrasında, araştırma kapsamına alınan gebelere gerekli açıklamalar yapılarak onamları alınıp kendi istekleriyle katılmaları sağlanmıştır.

Katılımcıların mahremiyetine ve kişisel bilgilerinin gizliliğine saygı duyularak edinilen veriler sadece araştırmanın bulguları olarak değerlendirilmiş ve gizli tutulmuştur.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Gebe Bilgi Formundan elde edilen bulgular

Bu bölümde gebe bilgi formundan elde edilen verilerin, sırasıyla yaş, eğitim durumu, meslek, kronik hastalıklar, obstetrik öykü, doğum tercihleri, sosyal destek varlığı, eşi ile ilişkileri ve eş özellikleri başlıklarında dağılımlarına dair bulgulara yer verildi.

**Tablo 1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı**

Değişkenler		n	%
Yaş grupları	20-24 yaş	37	12,1
	25-29 yaş	113	36,9
	30-34 yaş	106	34,7
	35 yaş ve üstü	50	16,3
Eğitim durumu	İlköğretim	73	23,9
	Lise	97	31,7
	Üniversite Üstü	136	44,4
Meslek	Ev Hanımı	173	56,5
	Memur	34	11,1
	İşçi	43	14,1
	Serbest meslek	56	18,3
Gelir Durumu	Düşük	31	10,1
	Orta	225	73,5
	İyi	50	16,4
Kronik Hastalık (n=40)	HT	4	10,0
	DM	4	10,0
	Tiroid	8	20,0
	Epilepsi	7	17,5
	Diğer*	17	42,5

\*Diğer (Kronik Böbrek Yetmezliği, Sistemik Lupus Eritematozus, Crohn Hastalığı, Astim, Hepatit, Kronik Kalp Yetmezliği, Akdeniz Anemisi, Myastenia Gravis, Beta Ketotiyolaz Eksikliği, Cushing Sendromu)

Tablo 1’de gebelere ait sosyodemografik bulgular yer almaktadır. Gebelerin %36,9’unun 25-29 yaş aralığında olduğu, %44,4’ünün üniversite ve üzeri eğitime sahip olduğu, çoğunluğunun (%56,5’inin n=173) ev hanımı olduğu, %73,5’inin gelir durumunu orta seviyede olarak tanımladığı bildirildi.

Tüm gebelerin %13,1’inin (n=40) kronik hastalığı olduğu saptandı. Kronik hastalığı olan gebelerin %20’sinin (n=8) tiroid hastalığının bulunduğu, %17,5’inin (n=7) epilepsi hastalığının bulunduğu, %10’unda diyabet ve %10’unda hipertansiyon hastalıklarının bulunduğu bildirildi.

**Tablo 2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı**

Gebelik haftası ortalaması		22,64±6,87	
<b>Değişkenler</b>			
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gebe kalma şekli</b>	Planlı	199	65,0
	Tesadüf	93	30,4
	İnfertilite Tedavi	14	4,6
<b>Gebelik sayısı</b>			
<b>Gebelik sayısı</b>	Primigravida	130	42,5
	Multigravida	176	57,5
<b>Önceki gebelik öyküsü (n=239)</b>			
<b>Önceki gebelik öyküsü (n=239)</b>	Küretaj	35	14,6
	Düşük	57	23,9
	Ölü doğum	12	5,0
	Anomali bebek	10	4,2
	Sağlıklı doğum	125	52,3
<b>Önceki gebeliklerle ilgili sorunlar (n=22)</b>			
<b>Önceki gebeliklerle ilgili sorunlar (n=22)</b>	Fetal anomali	6	27,3
	Erken doğum	7	31,8
	IUMF	3	13,6
	Diğer*	6	27,3

<b>Gebelikte gebeliğe bağlı sağlık sorunu</b> (n=73)	Kanama	16	21,9
	Düşük riski	5	6,9
	Troid	6	8,2
	Diyabet	13	17,8
	HT	2	2,7
	Preeklampsi	9	12,4
	Diğer**	22	30,1
<b>Gebelikte ilaç kullanımı</b> (n=171)	Folik asit/Demir	97	56,7
	Progesteron	12	7,0
	Tansiyon ilacı	3	1,8
	Coraspirin	11	6,4
	Euthyrox/Levotiron	14	8,2
	Diğer***	34	19,9
<b>Gebelikte tedavi görme durumu</b>	Evet	33	10,8
	Hayır	273	89,2
<b>Düzenli kontrole gitme</b>	Evet	304	99,3
	Hayır	2	0,7
<b>Gebelikle ilgili eğitime katılım</b>	Evet	17	5,6
	Hayır	289	94,4

\*Diğer (Kalp Damar Hastalığı, Polihidroamniyos, Preeklampsi, Intrauterin Büyüme Kısıtlılığı)

\*\*Diğer (Erken Membran Ruptürü, Intrauterin Büyüme Kısıtlılığı, Çarpıntı, Bulantı-Kusma, Varis, Depresyon, Karaciğer Enzimlerinde Yükselme, Lenfödem, Gebelik Kolestazı )

\*\*\*Diğer (Vitamin, Kalsiyum, Magnezyum, Clexane, Maltafor, Dekort, Kepra, Plaquenil, İnsülin, Crinone jel, Lustral, Depakin, Zofer, Cipram )

Tüm gebelerin gebelik haftası ortalaması 22,64±6,87 (12-38) olarak belirlendi. Gebelerin %65'inin (n=199) planlı olarak gebe kaldığı ve gebelerin %42,5'inin (n=130) gebelik sayısının bir olduğu belirlendi. Önceki gebeliklerle ilgili sağlık sorununun bulunup bulunmadığı incelendiğinde gebelerin %52,3'ü sağlıklı doğum öykülerinin

olduğu bildirilirken, %23,9'unun düşük öyküsünün, %14,6'sının küretaj öyküsünün bulunduğu belirlendi. Önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşayan gebelerin (n=22) , %31,8'inin (n=7) erken doğum öyküsünün bulunduğu, %27,3'ünün (n=6) fetal anomaliye sahip bebeğinin bulunduğu belirlendi.

Gebeliği süresince gebeliğe bağlı sağlık sorunu yaşayan gebelerin %21,9 'u (n=16) kanama, %17,8'i (n=13) gestasyonel diyabet, %12,4'ü (n=9) preeklampsi, %8,2'si (n=6) tiroit, %6,9'u (n=5) düşük riski bildirmişlerdir. Gebelikte ilaç kullananların %56,7'si (n=97) folik asit/demir, %7,0 'si (n=12) erken hafta kanamaya bağlı progesteron , %6,4 'ü (n=11) koraspirin , %1,8'i (n=3) tansiyon ilacı, %8,2 'si (n=14) euhrox/levotiron , %19,9'u (n=34) vitamin ve diğer ilaçları kullandıklarını belirtmişlerdir. Gebelerin %10,8'i (n=33) gebeliğinde gebeliğe bağlı tedavi olduğunu belirtmişlerdir. Gebelikte düzenli kontrole giden gebelerin sayısı n=304 (tüm gebelerin %99,3'i) olarak saptanırken gebelerin sadece %5,6'sının (n=17) gebelik ile ilgili herhangi bir eğitim programına katıldığı bildirilmiştir.

**Tablo 3: Gebelik ile Yaşam ve Gebeliğe İlişkin Algıların Dağılımı**

Değişkenler		n	%
<b>Mevcut gebelikte bebekle ilgili riskler (n=73)</b>	Çoğul Gebelik	5	6,8
	Fetal Anomali	29	39,8
	Tarama Testi Riskli	3	4,1
	Plasenta Anomalisi	7	9,6
	EDT	19	26,0
	Maternal Hastalık	6	8,2
	IUBK	4	5,5
<b>Eşin bebeği isteme durumu</b>	İstiyor	304	99,3
	İstemiyor	2	0,7
<b>Gebenin bebeği isteme durumu</b>	İstiyor	302	98,7
	İstemiyor	4	1,3

<b>Bebek cinsiyeti</b>	Kız	121	39,5
	Erkek	120	39,2
	İkiz	5	1,6
	Bilmiyor	60	19,7
<b>Gebeliği sonlandırma isteği</b>	Var	7	2,3
	Yok	299	97,7
<b>Doğum eylemine ilişkin korku yaşama</b>	Var	51	16,7
	Yok	255	83,3
<b>Doğum tercihi</b>	Doğum tercihi yok	111	36,3
	NSD	139	45,4
	SCA	50	16,3
	Epidural	6	2,0
<b>Günlük aktivitede sorun yaşama durumu</b>	Evet	92	30,1
	Hayır	214	69,9
<b>Çalışma yaşamında zorluk yaşama durumu</b> (n=131)	Evet	36	27,5
	Hayır	95	72,5

Gebelerin mevcut gebelikte bebekle ilgili risklerin bulunup bulunmadığı incelendiğinde; tüm gebelerin % 23,8'inin (n=73) şuan ki mevcut gebeliğinde bebekle ilgili riskin olduğu; riskli bebeği bulunan gebelerin de %39,8'sinin (n=29) fetal anomali riskinin, %26' sının (n=19) erken doğum tehdidi riskinin bulunduğu belirlenmiştir.

Gebelerin tamamına yakınının (% 99,3 n=304) eşinin gebeliği istediği ve %98,7'sinin (n=302) gebeliği kendisinin de istediğini ifade etmişlerdir.

Gebelerin bebeklerinin cinsiyetini bilme oranları incelendiğinde; %19,7'sinin (n=60) bebeğinin cinsiyetini bilmediği, %39,5'inin kız bebeğe sahip olacağı, %39,2'sinin erkek bebeğe sahip olacağı saptanmıştır.

Tüm gebelerin % 2,3'ünün (n=7) gebeliği sonlandırma istediği düşüncesinin bulunduğu saptanmıştır.

Gebelerin %83,3'ü (n=255) doğum eylemi ile ilgili herhangi bir korku ve kaygısının bulunmadığını ifade etmişlerdir.

Gebelerin %36,3'ü (n=111) bir doğum tercihi olmadığını belirtirken; doğum tercihi olan gebelerin %45,4'ü (n=139) normal spontan doğum yapmak istediklerini ve %16,3'ü (n=50) sezaryen doğum yapmak istediklerini belirtmişlerdir.

Tüm gebelerin %30,1'i (n=92) günlük aktivitelerini karşılarken gebeliğe bağlı sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışan gebelerin gebeliğe bağlı çalışma yaşamında zorluk çekip çekmediği konusunda %27,5'i zorluk çektiğini ifade ederken, %72,5'i zorluk çekmediğini ifade etmişlerdir.

**Tablo 4: Gebelerin Sosyal Destek, Eş İlişkileri ve Eş Özelliklerinin Dağılımı**

Değişkenler		n	%
Eşin yaşı	24-29 yaş	78	25,5
	30-35 yaş	135	44,1
	36 yaş ve üstü	93	30,4
Eşin öğrenim durumu	İlköğretim mezunu	81	26,5
	Lise mezunu	99	32,3
	Üniversite ve üstü mezunu	115	37,6
	Diğer *	11	3,6
Eş İlişkilerini Tanımlama	Çok İyi	242	79,1
	İyi	52	17,0
	Orta	12	3,9

<b>Eşin destek olma durumu</b>	Var	292	95,4
	Yok	14	4,0
<b>Evlilikte sorun yaşama durumu</b>			
	Yaşıyor	17	5,6
	Yaşamıyor	289	94,4
<b>Ailenin destek olma durumu</b>			
	Var	302	98,7
	Yok	4	1,3
<b>Bebek bakımı destek</b>			
	Kimse yok	17	5,6
	Aile	281	91,8
	Profesyonel bakıcı	5	1,6
	Diğer**	3	1,0

\*Diğer (Okur-yazar, Lise terk ) \*\*Diğer (Arkadaş, Komşu)

Gebelerin eşlerinin yaş dağılımı incelendiğinde eşlerinin çoğunun ( %44,1 n=131) 30-35 yaş aralığında olduğu, %37,6'sının (n=115) üniversite ve üzerinde bir eğitim almış olduklarını belirtmişlerdir. Gebelerin çoğu eşleri ile ilişkilerini çok iyi olarak tanımlarken (n=242, %79,1), sadece %3,9'u eşi ile ilişkisini orta olarak tanımlamıştır.

Gebelerin tamamına yakını (%95,4 n=292) eşlerinin yanında olduğunu ve kendisine gebelik boyunca destek olduğunu bildirmişlerdir. Diğer taraftan gebelerin sadece %5,6'sı (n= 17) evliliklerinde problem yaşadığını belirtmişlerdir.

Gebelerin %98,7'si (n=302 ) ailesinin gebeliği desteklediğini ifade ederken, %1,3'ü (n=4) ailesinin gebeliği desteklemediğini ifade etti.

Doğum sonrası destek alabileceğiniz kişi sorusuna gebelerin %91,8'i (n=281) aile ,% 5,6'sı (n=17) kimse olmadığını ,%1,6'sı (n=5) profesyonel bakıcı , %1'i ( n=3) diğer olarak cevap vermişlerdir.



#### 4.2. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'ne (TGDÖ) İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmanın değişkenleri ile Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ile ilişkili bulguların sunulduğu tablolara yer verilmektedir.

**Tablo 5: TGDÖ Alt Boyutları Puan Ortalaması ve Cronbach Alpha Değeri**

TGDÖ ve Alt Boyutları	Ort.±SS	Median	Min.-max.	Cronbach alpha
Eş Katılımı alt boyutu	4,83±3,33	5	0 - 15	0,77
Olumsuz Duygulanım alt boyutu	9,40±6,36	8	0 - 33	0,82
Tilburg toplam	14,23±7,8	13	0 - 48	0,81

Gebelerin TGDÖ toplam puan ortalamasının 14,23±7,8, "eş katılımı" alt boyut puan ortalamasının 4,83±3,33 ve "olumsuz duygulanım" alt boyut puan ortalamasının 9,40±6,36 olduğu saptanmıştır. TGDÖ'nde maddelerin iç tutarlılık katsayısı "eş katılımı" alt boyutu için 0,77, "olumsuz duygulanım" alt boyutu için 0,82 ve ölçek toplamı için 0,81 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 6: Gebelerin Yaş Grupları ve Eğitim Durumu İle TGDÖ Alt Boyutları Puan Ortalamasının karşılaştırılması**

Değişkenler	n	Eş Katılımı Alt Boyutu	Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu	Tilburg Toplam
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
<b>Yaş</b>				
20-24 yaş	37	4,24 ±3,18	8,43 ±5,69	12,68±7,17
25-29 yaş	113	4,44 ± 3,39	10,31 ±7,36	14,75±8,54
30-34 yaş	106	4,94 ± 3,21	9,31±5,96	14,25±7,45
35 yaş ve üstü	50	5,92 ±3,37	8,28±5,90	14,20±7,32
<b>Test-p</b>		F= 2,76 p=0,04	F=1,58 p>0,05	F =,656 p>0,05
Post Hoc		35 üstü>25-29	-	

<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim	73	5,67±3,01	9,47±6,65	15,14±7,51
Lise	97	4,41±3,06	9,27±6,15	13,68±7,16
Üniversite ve üzeri	136	4,68±3,61	9,41±6,42	14,15±8,40
<b>Test-p</b>		<b>F=3,27 p=0,03</b>	F= ,33 p>0,05	F= ,738 p>0,05
Post -hoc		İlköğretim>Lise		

F= One –Way Anova Post-hoc = Tukey Testi

Gebelerin yaş ve eğitim durumu açısından veriler normal dağıldığı için yapılan One-Way Anova analizine göre, Levene değeri  $p>0,05$  saptandı. Bu sonuca göre Tablo 5'deki bağımlı değişkenler parametrik testlerden One-Way Anova ile analiz edildi. Üçlü gruplardan istatistiksel olarak anlamlı çıkan ( $p<0,05$ ) çoklu değerlerin post-hoc analizi yapıldı.

Gebelerin Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ile yaş ve eğitim düzeyi bağımsız değişkeni karşılaştırıldığında "eş katılımı" alt boyutu hariç ( $p<0,05$ ) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ). Post-hoc ileri analizine göre 35 yaş üstü ile 25-29 yaş grubu arasında ve ilköğretim ile lise grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ).

**Tablo 7: Gebelerin Meslekleri ve Gelir Durumu İle TGDÖ Alt Boyutları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması**

Gebelerin meslekleri	n	Eş Katılımı Alt Boyutu	Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu	Tilburg Toplam
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Ev hanımı	173	5,14±3,16	8,90±6,18	14,04±7,48
Memur	34	5,08±3,37	9,82±6,09	14,91±7,84
İşçi	43	4,13±3,68	9,76±7,40	13,90±9,25
Serbest meslek	56	4,25±3,43	10,42±6,26	14,67±7,75
<b>Test-p</b>		KW=7,323 p=0,06	KW=3,140 p=0,37	KW=1,528 p=0,67
<b>Gelir durumu</b>				
Düşük	31	6,32±2,87	12,16±8,30	18,48±8,75
Orta	225	4,77±3,36	9,32±6,26	14,09±7,70
İyi	50	4,18±3,21	8,08±4,90	12,26±6,73
<b>Test-p</b>		KW=9,676 <b>p=0,00</b>	KW=4,215 p=0,12	KW=11,852 <b>p=0,00</b>

KW= Kruskal-Wallis Analizi

Gebelerin meslek ve TGDÖ alt puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Gelir durumu ve TGDÖ "eş katılımı" alt boyutu ve toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için Mann-Whitney U testi ile sırasıyla ikili karşılaştırmalar yapıldığında, gelir durumu düşük olan gebelerin "eş katılımı" ve TGDÖ toplam puan ortalamaları daha yüksek bulundu.

**Tablo 8: Gebelerin Kronik Hastalık Varlığı ve Ailede Sağlık Öyküsüne Göre TGDÖ Alt Boyutları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması**

Kronik Hastalık varlığı	n	Eş Katılımı Alt Boyutu	Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu	Tilburg Toplam
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Var	40	5,07±2,92	9,60±6,08	14,67±6,30
Yok	266	4,79±3,38	9,37±6,42	14,17±8,01
<b>Test-p</b>		Z= -0,716 p=0,47	Z = -0,417 p=0,67	Z= -0,901 p=0,36
<b>Ailede sağlık sorunu olma durumu</b>				
Var	19	6,68±3,03	12,31±5,49	19,00±7,14
Yok	287	4,71±3,31	9,21±6,38	13,92±7,75
<b>Test-p</b>		Z= -2,385 <b>p=0,01</b>	Z= -2,609 <b>p=0,00</b>	Z= -3,088 <b>p=0,00</b>

Z= Mann-Whitney U testi

Kronik hastalık ve TGDÖ alt puan ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ailede sağlık öyküsü ve TGDÖ puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, toplam ve alt boyutları puan ortalamaları ile ailede sağlık sorunu olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Ailede sağlık sorunu olduğunu bildiren gebeler TGDÖ'den daha yüksek puan aldı.

**Tablo 9: Gebelerin Gebelik Haftası ve Gebelik Sayısı ile TGDÖ Alt Boyutları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması**

Gebelik haftası	n	Eş Katılımı Alt Boyutu	Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu	Tilburg Toplam
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
22 hafta altı	149	4,78±3,23	8,73±5,76	13,51±7,23
22 hafta ve üzeri	157	4,87±3,43	10,04±6,85	14,92±8,27
<b>Test-p</b>		t = 0,24 p = 0,80	t = 1,80 p = 0,07	t = 1,57 p = 0,11
<b>Gebelik Sayısı</b>				
Primigravida	130	4,16±3,19	9,75±6,61	13,92±8,01
2 ve üzeri gebelik	176	5,32±3,34	9,14±6,18	14,47±7,66
<b>Test-p</b>		t = 3,03 p = <b>0,00</b>	t = 0,82 p = 0,41	t = 0,67 p = 0,54

t=Student's t-testi

Gebelerin gebelik haftası ile TGDÖ alt boyut karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Gebelerin, gebelik sayısı ile TGDÖ "eş katılımı" alt boyutu karşılaştırılmasında iki ve üzeri gebeliği olanlarla, ilk gebeliği olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). İki ve üzeri gebelik öyküsü olan gebelerin "eş katılımı" alt boyutu için distres düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

**Tablo 10: Gebelerin Mevcut Gebelikte Sağlık Sorunu Yaşaması ve Mevcut Gebelikte Tedavi Olma Durumu ile TGDÖ Alt Boyutları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması**

Mevcut gebelikte sağlık sorunu yaşama	n	Eş Katılımı Alt Boyutu	Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu	Tilburg Toplam
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Evet	73	6,68±3,03	12,31±5,49	19,00±7,14
Hayır	233	4,71±3,31	9,21±6,38	13,92±7,75
<b>Test-p</b>		Z= -1,885 p=0,05	Z = -2,465 <b>p=0,01</b>	Z= -2,708 <b>p=0,00</b>
Mevcut gebelikte tedavi olma durumu				
Evet	33	5,63±3,47	11,93±7,53	17,57±8,23
Hayır	273	4,73±3,30	9,09±6,15	13,83±7,67
<b>Test-p</b>		Z= -1,453 p=0,14	Z= -2,609 <b>p=0,03</b>	Z= -3,088 <b>p=0,00</b>

Z=Mann-Whitney U testi

Mevcut gebelikte sağlık sorunu yaşama ve TGDÖ puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, toplam ve "olumsuz duygulanım" alt boyutu puan ortalamaları ile mevcut gebelikte sağlık sorunu yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Mevcut gebelikte sağlık sorunu olduğunu bildiren gebeler, TGDÖ toplam ve "olumsuz duygulanım" alt puanından daha yüksek puan aldı. Mevcut gebelikte tedavi olma durumu ve TGDÖ puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, toplam ve "olumsuz duygulanım" alt boyutu puan ortalamaları ile mevcut gebelikte tedavi olup olamama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Mevcut gebelikte tedavi gören gebeler TGDÖ toplam ve "olumsuz duygulanım" alt puanından daha yüksek puan aldı .

**Tablo 11: Gebelerin Mevcut Gebeliğinde Bebeğinde Risk Olma Durumu, Gebeliği Sonlandırma İsteği ve Doğum Eylemine İlişkin Korkuları ile TGDÖ Alt Boyutları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması**

Bebekte risk olma durumu	n	Eş Katılımı Alt Boyutu	Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu	Tilburg Toplam
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Var	73	5,65±3,30	11,82±7,49	17,47±8,48
Yok	233	4,57±3,30	8,64±5,78	13,22±7,31
<b>Test-p</b>		Z= -2,486 <b>p=0,01</b>	Z = -3,189 <b>p=0,00</b>	Z= -3,954 <b>p=0,00</b>
<b>Gebeliği sonlandırma isteği</b>				
İstiyor	7	9,85±3,57	9,57±6,10	19,42±6,50
İstemiyor	299	4,71±3,23	9,40±6,38	14,11±7,80
<b>Test-p</b>		Z= -3,285 <b>p=0,00</b>	Z= -,095 p=0,92	Z= -2,100 <b>p=0,03</b>
<b>Doğum eylemine ilişkin korkusu olma durumu</b>				
Var	51	5,68±3,86	14,09±7,41	19,78±9,26
Yok	255	4,66±3,19	8,46±5,70	13,12±6,99
<b>Test-p</b>		Z= -1,474 p=0,14	Z= -5,150 <b>p=0,00</b>	Z= -4,992 <b>p=0,00</b>

Z= Mann-Whitney U testi

Mevcut gebelikte bebekte risk olma durumu ve TGDÖ puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, toplam ve alt boyutları puan ortalamaları ile bebekte risk olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Mevcut gebelikte bebekte risk olan gebeler TGDÖ' den daha yüksek puan aldı. Gebeliği

sonlandırma isteği ve TGDÖ puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, gebeliği sonlandırmayı isteme durumu ile toplam ve "eş katılımı" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Gebeliği sonlandırmak isteyen gebelerin TGDÖ "eş katılımı" ve TGDÖ toplam puanları daha yüksek bulundu.

Doğum eylemine ilişkin korku yaşama ve TGDÖ puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, doğum eylemine ilişkin korku yaşama ile TGDÖ "olumsuz duygulanım" alt boyutu ve TGDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Doğum eylemine ilişkin korkuları olan gebelerde TGDÖ "olumsuz duygulanım" ve TGDÖ toplam puanlarının yüksek olduğu belirlendi.

**Tablo 12: Gebelerin Eşi ile İlişkisi ve Ailenin Gebeliği Destekleme Durumu ile TGDÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması**

Aile desteği olma durumu	n	Eş Katılımı Alt Boyutu	Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu	Tilburg Toplam
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Var	302	4,81±3,32	9,27±6,28	14,09±7,69
Yok	4	6,00±4,08	19,00±6,21	25,00±10,03
<b>Test-p</b>		Z= 0,369 p=0,71	Z= 2,64 <b>p= 0,00</b>	Z= 2,40 <b>p= 0,01</b>
<b>Eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu</b>				
Çok iyi	242	4,17±3,09	9,11±6,44	13,28±7,71
İyi	52	7,06±2,99	10,58±6,30	17,63±7,56
Orta	12	8,58±2,97	10,25±4,79	18,83±4,86
<b>Test-p</b>		KW = 47,07 <b>p=0,00</b> çok iyi<iyi,orta	KW = 4,51 p=0,10	KW = 22,709 <b>p=0,00</b> çok iyi<iyi,orta

Z= Mann-Whitney U testi    KW= Kruskal-Wallis Analizi

Aileden destek alma bağımsız değişkeni ile TGDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalaması incelendiğinde, aile desteğinin varlığı ile "olumsuz duygulanım" ve toplam



puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Aile desteği olmayanlarda "olumsuz duygulanım" alt boyutu ve ölçek toplam puan değerleri daha yüksek olup, aile desteği olmayan gebelerin distres düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Eş ilişkisi ile TGDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde, "eş katılımı" alt boyutu ve ölçek toplam puanları ile eş ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için Mann-Whitney U testi ile sırasıyla ikili karşılaştırmalar yapıldığında, eş ile ilişkisini çok iyi olarak ifade eden gebelerin ölçekten aldığı puanlar daha düşük olup, distres düzeyleri daha düşük bulunmuştur.

**Tablo 13: Gebeliğin Risk Durumlarına Göre TGDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

TGDÖ ve Alt Boyutları	Gebelikte Risk Olma Durumu		
	Riskli (n=153) Ort±SS	Risksiz (n=153) Ort±SS	Test-p
<b>Eş Katılımı Alt Boyutu</b>	5,35±3,30	4,31±3,28	t = 2,75 <b>p = 0,00</b>
<b>Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu</b>	9,85±6,71	8,95±5,99	t = 1,240 p = 0,21
<b>Tilburg toplam</b>	15,20±7,96	13,26±7,55	t= 2,18 <b>p = 0,02</b>

t=Student's t-testi

Gebeliğin risk gruplarına göre, gebelerin TGDÖ "eş katılımı" alt boyutu puanında riskli ve risksiz gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken ( $p<0,05$ ); "olumsuz duygulanım" alt boyutu puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). TGDÖ toplam puanında riskli ve risksiz gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

### 4.3. Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği (AKBSDO) Ve Alt Boyutları

Bu bölümde AKBSDO ölçeği ve alt boyutlarının çalışmadaki yaş, gebelik haftası, gebelik sayısı, kronik hastalık, mevcut gebelikte tedavi, eş ilişkileri gibi bağımsız değişkenlerle karşılaştırılması verilecektir.

**Tablo 14: AKBSDO Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalaması ve Cronbach Alpha Değeri**

AKBSDO Ölçeği ve Alt Boyutları	Ort.±SS	Median	Min.-max.	Cronbach alpha
İçsel	41,67±10,56	44	2-54	0,81
Şansa bağlı	36,43±12,47	38	0-54	0,81
Güçlü diğerleri	37,40±10,73	38	1-54	0,73
<b>AKBSDO Toplam</b>	<b>115,51±25,48</b>	<b>120</b>	<b>9-161</b>	<b>0,84</b>

Gebelerin AKBSDO ölçeği toplam puan ortalamasının 115,51±25,48; "içsel" alt boyut puan ortalamasının 41,67±10,56; "şansa bağlı" alt boyut puan ortalamasının 36,43±12,47; "güçlü" diğerleri alt boyut puan ortalaması 37,40±10,73 olarak bulunmuştur.

AKBSDO ölçeğinde maddelerin iç tutarlılık katsayısı "İçsel Sağlık Denetim Odağı" için 0.81; "Şansa Bağlı Sağlık Denetim Odağı" için 0.81 ve "Güçlü Diğerlerine Bağlı Sağlık Denetim Odağı" için 0.73 ve AKBSDO toplam için 0,84 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 15: Gebelerin Yaş Grupları ve AKBSDO Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalaması Karşılaştırılması**

AKBSDO Ölçeği ve Alt Boyutları	Yaş grupları	n	Ort±SS	Test -p
<b>İçsel</b>	20-24 yaş	37	40,94±9,96	F = ,451 p = 0,71
	25-29 yaş	113	42,30±10,41	
	30-34 yaş	106	41,86±10,36	
	35yaş ve üstü	50	40,38±11,84	
<b>Şansa Bağlı</b>	20-24 yaş	37	38,02±11,04	F = ,657 p = 0,51
	25-29 yaş	113	36,25±13,39	
	30-34 yaş	106	36,21±11,77	
	35yaş ve üstü	50	36,10±13,02	
<b>Güçlü Diğerleri</b>	20-24 yaş	37	35,81±12,23	F = ,898 p = 0,44
	25-29 yaş	113	36,81±9,88	
	30-34 yaş	106	37,74±11,04	
	35yaş ve üstü	50	39,22±10,76	
<b>AKBSDO Toplam</b>	20-24 yaş	37	114,78±25,36	F = ,017 p = 0,99
	25-29 yaş	113	115,37±25,10	
	30-34 yaş	106	115,83±25,33	
	35yaş ve üstü	50	115,70±27,43	

F= One-Way Anova

Gebelerin yaş grupları normal dağıldığı için yapılan One-Way Anova analizine göre, Levene değeri  $p > 0,05$  saptandı. Bu sonuca göre Tablo 14'deki bağımlı değişkenler parametrik testlerden One-Way Anova ile analiz edildi. Gebelerin yaş grupları ve AKBSDO ölçeği alt boyutları puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 16: Gebelerin Eğitim Durumu ile AKBSDO Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalaması Karşılaştırılması**

<b>AKBSDO Ölçeği Alt Boyutları</b>	<b>Eğitim durumu</b>	<b>n</b>	<b>Ort. ±SS</b>	<b>Test -p</b>
<b>İçsel</b>	İlköğretim <sup>a</sup>	73	39,01±11,28	<b>F = 9,29</b> <b>p = 0,00</b> Post-hoc: c>a,b
	Lise <sup>b</sup>	97	39,72±10,88	
	Üniversite ve üstü <sup>c</sup>	136	44,49±9,23	
<b>Şansa Bağlı</b>	İlköğretim	73	37,04±10,73	<b>F = ,212</b> <b>p = 0,80</b>
	Lise	97	36,67±12,83	
	Üniversite ve üstü	136	35,93±13,13	
<b>Güçlü Diğerleri</b>	İlköğretim	73	36,00±11,78	<b>F = 1,98</b> <b>p = 0,13</b>
	Lise	97	36,58±10,62	
	Üniversite ve üstü	136	38,75±10,12	
<b>AKBSDO Toplam</b>	İlköğretim	73	112,05±25,78	<b>F = 2,58</b> <b>p = 0,07</b>
	Lise	97	112,97±25,39	
	Üniversite ve üstü	136	119,17±25,09	

F= One –Way Anova Post-hoc = Tukey Testi

Gebelerin eğitim durumları normal dağıldığı için yapılan One-Way Anova analizine göre, Levene değeri  $p>0,05$  saptandı. Gebelerin eğitim durumu ve AKBSDO ölçeği alt boyutları puan ortalaması karşılaştırıldığında, sadece "içsel" alt boyutu ve eğitim arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey testinde farkın üniversite ve üzeri eğitimi olan gebelerden kaynaklandığı bulunmuştur.

**Tablo 17: Gebelerin Gebelik Haftası ve Gebelik Sayısı ile AKBSDO Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalaması Karşılaştırılması**

<b>AKBSDO Ölçeği ve Alt Boyutları</b>	<b>Gebelik haftası</b>	<b>n</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Test-p</b>
<b>İçsel</b>	22 hafta altı	149	42,48±10,41	t = 1,297 p = 0,19
	22 hafta ve üzeri	157	40,91±10,68	
<b>Şansa bağlı</b>	22 hafta altı	149	37,65±12,49	t = 1,671 p = 0,09
	22 hafta ve üzeri	157	35,27±12,39	
<b>Güçlü Diğer</b>	22 hafta altı	149	37,24±11,16	t = 0,265 p = 0,79
	22 hafta ve üzeri	157	37,57±10,35	
<b>AKBSDO Toplam</b>	22 hafta altı	149	117,37±24,85	t = 1,242 p = 0,21
	22 hafta ve üzeri	157	113,75±26,03	
<b>Gebelik sayısı</b>				
<b>İçsel</b>	Primigravida	130	42,64±10,12	t = 1,376 p = 0,17
	2 ve üzeri gebelik	176	40,96±10,85	
<b>Şansa bağlı</b>	Primigravida	130	34,84±12,91	t = 1,928 p = 0,05
	2 ve üzeri gebelik	176	37,61±12,05	
<b>Güçlü Diğer</b>	Primigravida	130	37,99±10,47	t = 0,817 p = 0,41
	2 ve üzeri gebelik	176	36,98±10,93	
<b>AKBSDO Toplam</b>	Primigravida	130	115,47±24,78	t = 0,26 p = 0,97
	2 ve üzeri gebelik	176	115,55±26,06	

t=Student's t-testi

AKBSDO ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ile gebelik haftası ve gebelik sayısı bağımsız değişkenleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 18: Mevcut Gebelikte İlaç Kullanımı ve Gebelikle İlgili Eğitim Programına Katılma Durumu ile AKBSDO Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalaması Karşılaştırılması**

AKBSDO Ölçeği ve Alt Boyutları	İlaç Kullanımı durumu	n	Ort.±SS	Test -p
İçsel	Evet	171	41,94±10,42	Z = -,292 p = 0,77
	Hayır	135	41,33±10,76	
Şansa Bağlı	Evet	171	37,78±12,42	Z = -2, 401 p= <b>0,01</b>
	Hayır	135	34,71±12,37	
Güçlü Diğerleri	Evet	171	37,89±10,34	Z = -,773 p= 0,44
	Hayır	135	36,79±11,21	
AKBSDO Toplam	Evet	171	117,62±26,78	Z = -2,281 p= <b>0,02</b>
	Hayır	135	112,83±23,56	
	Eğitim programına katılma durumu	n	Ort.±SS	Test -p
İçsel	Evet	17	46,11±9,24	Z = -2,126 p = <b>0,03</b>
	Hayır	289	41,41±10,59	
Şansa Bağlı	Evet	17	32,05±13,73	Z = -1,437 p = 0,15
	Hayır	289	36,68±12,37	
Güçlü Diğerleri	Evet	17	40,76±7,65	Z = -1,097 p = 0,27
	Hayır	289	37,21±10,86	
AKBSDO Toplam	Evet	17	118,94±22,99	Z = -,240 p = 0,81
	Hayır	289	115,31±25,64	

Z= Mann-Whitney U testi

AKBSDO ölçeği ile mevcut gebelikte ilaç kullanımı karşılaştırıldığında "şansa bağlı" alt boyutu puanları ve toplam puanları ile ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ) . İlaç kullanan gebelerin AKBSDO ölçeği "şansa bağlı" alt boyutu ve toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

Gebelerin gebelikle ilgili eğitim programına katılma durumu ile AKBSDO ölçeği alt boyutları ve toplam puanları karşılaştırıldığında "içsel alt boyutu" ile eğitim programına katılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p < 0,05$ ). Gebelikle ilgili eğitim programına katılan gebelerin "içsel alt boyutu" puanları daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 19: Gebelerin Eşi ile İlişkisi ve AKBSDO Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalaması Karşılaştırılması**

AKBSDO Ölçeği ve Alt Boyutları	Eşi ile ilişkisinin nasıl olduğu	n	Ort.±SS	Test -p
İçsel	Çok iyi	242	42,00±10,43	KW = 1,32 p= 0,51
	İyi	52	40,35±11,39	
	Orta	12	40,75±9,90	
Şansa Bağlı	Çok iyi	242	36,76±12,40	KW = 0,87 p= 0,64
	İyi	52	34,71±13,48	
	Orta	12	37,17±9,29	
Güçlü Diğerleri	Çok iyi	242	37,72±10,70	KW = 2,25 p= 0,32
	İyi	52	36,62±11,55	
	Orta	12	34,58±7,48	
AKBSDO Toplam	Çok iyi	242	116,49±25,73	KW = 2,56 p= 0,27
	İyi	52	111,67±25,81	
	Orta	12	112,50±17,87	

KW=Kruskal-Wallis Analizi

Gebelerin eş ile ilişkileri AKBSDO ve alt boyutları ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 20: Gebelerin Ailesinin Destek Olma Durumu ve AKBSDO Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalaması Karşılaştırılması**

AKBSDO Ölçeği ve Alt Boyutları	Ailenin destek olma durumu	n	Ort.	SS	Test-p
İçsel	Hayır	4	29,00	16,43	Z= 1,705 p=0,08
	Evet	302	41,84	10,40	
Şansa Bağlı	Hayır	4	41,75	10,96	Z= 0,89 p= 0,368
	Evet	302	36,36	14,49	
Güçlü Diğerleri	Hayır	4	23,00	6,73	Z= 2,503 <b>p= 0,01</b>
	Evet	302	37,59	10,65	
AKBSDO Toplam	Hayır	4	93,75	23,34	Z= 1,832 p=0,06
	Evet	302	115,80	25,42	

Z= Mann-Whitney U testi

AKBSDO ölçeği ile gebenin aileden destek alma durumu karşılaştırıldığında "güçlü diğerleri" alt boyutu hariç ( $p < 0,05$ ), diğer alt boyutlar ve ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 21: Gebeliğin risk durumlarına göre AKBSDO Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalaması Karşılaştırılması**

AKBSDO Ölçeği ve Alt Boyutları	Gebelikte Risk Olma durumu		
	Riskli (n=153)	Risksiz (n=153)	Test
İçsel	41,16±11,15	42,17±9,94	t = 0,833 p = 0,40
Şansa Bağlı	36,91±12,32	35,94±12,64	t = 0,678 p = 0,49
Güçlü Diğerleri	37,52±11,05	37,28±10,43	t = 0,197 p = 0,84
AKBSDO Toplam	115,61±27,43	115,41±23,46	t = 0,069 p = 0,09

t = Student's t-testi



Gebeliğin risk gruplarına göre, gebelerin AKBSDO ölçeği alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 22: AKBSDO Ölçeği ve TGDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Korelasyonu**

	Test	AKBSDO Şansa Bağlı	AKBSDO Güçlü Diğerleri	AKBSDO Toplam
<b>Tilburg Eş katılımı</b>	r	,037	-,064	-,032
	p	<b>0,51</b>	<b>0,26</b>	<b>0,57</b>
<b>Tilburg Olumsuz duygulanım</b>	r	,100	-,015	,026
	p	<b>0,08</b>	<b>0,79</b>	<b>0,64</b>
<b>Tilburg Toplam</b>	r	,097	-,040	,008
	p	<b>0,08</b>	<b>0,48</b>	<b>0,89</b>

r = Pearson Korelasyon Analizi

Gebelerin Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları ile Anne Karnındaki Bebek Sağlığı Denetim Odağı Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Prenatal tanı testi için başvuran gebelerin distres düzeyleri ile bebek sağlık denetim odağını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada bulgular aşağıdaki dört başlıkta tartışılmıştır:

- Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Tartışılması
- Gebelerin Obstetrik ve Mevcut Gebeliğe Ait Özelliklerinin Tartışılması
- Gebelerin Eş ve Aile Özelliklerinin Tartışılması
- Gebelikte Prenatal Distres Düzeyinin Tartışılması
- Gebelikte Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Bulgularının Tartışılması

### 5.1. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Tartışılması

Gebelerin %36,9'u 25-29 yaş aralığında olup yaş grupları içinde en yüksek orandaki doğurganlık hızının olduğu yaş grubu olarak belirlenmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubu en yüksek doğurganlık hızının olduğu yaş grubudur. Bu oran TNSA 2013 verilerinde 1,000 kadın için 136 olarak belirlenmiştir (48). Çalışmada belirlenen en yüksek orandaki yaş grubunun, Türkiye'nin en yüksek orandaki doğurganlık hızı ile paralellik gösterdiğinden, bu yaş grubundaki kadınların diğer yaş gruplarına göre doğurganlık hızlarının yüksek olduğu söylenebilir.

Gebelerin %44,4'ü üniversite ve üzeri eğitime sahip olduğunu, %56,5'i ev hanımı olduğunu, %73,5'i gelir durumunun orta seviyede olduğunu ve %13,1'i (n=40) kronik hastalığı olduğu ifade etmişlerdir (Tablo 1). TNSA 2013 verilerine göre ise kadınların %31'i çalışmaktadır. Eğitim seviyesi açısından ise lise ve üzeri mezunlarda çalışma oranı %40'dır (48). Çalışmada gebelerin %43,5'i çalıştığını bildirmiştir. TNSA 2013 verilerine göre çalışan kadın oranının yüksek olmasının nedeni gebelerin eğitim seviyesinin yüksek olması ile açıklanabilir. Çakır ve ark.'nın (2012) çalışmasında gebelerin %8,1'i, Altınçelep'in (2011) çalışmasında ise gebelerin %5,9'u kronik hastalığı olduğunu bildirmiştir (49, 30). Gümüşdaş ve ark.'nın (2014) çalışmasında riskli gebelerin %73,1'inin gelir durumu orta düzey olarak, risksiz gebelerin ise %76,6 'sı gelir durumunu orta düzey olarak bildirmiştir (50). Çalışmada kronik hastalığı olan

gebelerin oranının diğer çalışmalardaki oranlara göre yüksek olmasının nedeni; çalışmaya riskli gebelerin de dahil edilmesi, çalışmanın üniversite hastanesinde yürütülmesi ve 3. Basamak hastanelere başvuran riskli gebelerin sayısının daha fazla olmasıyla açıklanabilir.

## 5.2. Gebelerin Obstetrik ve Mevcut Gebeliğe Ait Özelliklerinin Tartışılması

Gebelik haftası ortalaması  $22,64 \pm 6,87$  olarak belirlendi. Gebelerin %65'inin planlı olarak gebe kaldığı ve gebelerin %42,5'inin gebelik sayısının bir olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). TNSA 2013 verilerine göre kadınların % 74,1'inin gebeliği planlıdır. Çağlar'ın araştırmasında (2017) gestasyonel diyabetli gebelerin %71,2'si; sağlıklı gebelerin %80'i gebeliklerinin planlı olduğunu ifade etmişlerdir (51). Gümüşdaş ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmada planlı gebelik oranı %70,3 bulunmuştur (50). Çağlar'ın araştırmasında (2017) diyabetli gebelerde doğum sayısı  $0,83 \pm 0,91$ ; sağlıklı gebelerde  $0,79 \pm 0,79$  bildirilmiştir (51). TNSA verilerine göre doğum sayısı düşük seviyededir. TNSA 2013 verilerine göre toplam doğurganlık hızı 2,26; batı bölgelerinde 1,93; doğu bölgelerinde ise 3,41 bulunmuştur (48). Çalışmada gebelerin çoğunun ilk gebeliğinin olmasının nedeni; eğitim seviyesinin yüksekliği ve çalışmanın batı bölgesinde tek merkezde yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Ülkemizde etkili aile planlaması yöntemi kullananların oranlarının artması, çalışan kadın oranının yükselmesi ve bununla birlikte kadınların statülerinin artmaya başlaması bu sonuçları desteklemektedir.

Önceki gebeliklerle ilgili sağlık sorununun bulunup bulunmadığı incelendiğinde gebelerin, %52,3'ü sağlıklı doğum öykülerinin olduğu bildirilirken, %23,9'unun düşük öyküsünün, %14,6'sının küretaj öyküsünün bulunduğu belirlenmiştir. Önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşayan gebelerin %31,8'inin erken doğum öyküsünün bulunduğu, %27,3'ünün fetal anomaliye sahip bebeğinin bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 2). TNSA 2013 verilerine göre yaklaşık beş kadından birinin (% 23) en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı, % 14'ünün en az bir kez isteyerek düşük yaptığı ve yirmide birinden azının (%3) ölü doğumu olduğu bulunmuştur (48). Çalışma ile TNSA 2013 verileri karşılaştırıldığında, düşük ve isteğe bağlı düşük açısından oranların yakın olduğu görülmüştür.

Gebeliği süresince gebeliğe bağlı sağlık sorunu yaşayan gebelerin %21,9'u kanama, %17,8'i gestasyonel diyabet, %12,4'ü preeklampsi, %8,2'si troid, %6,9 'u düşük riski bildirmişlerdir. Gebelerin %10,8'i gebeliğinde gebeliğe bağlı tedavi olduğunu belirtmişlerdir. Gebelikte ilaç kullananların %56,7'si folikasit/demir, %7'si erken hafta kanamaya bağlı progesteron, %6,4'ü coraspirin , %1,8'i tansiyon ilacı, %8,2'si euhyrox/levotiron, %19,9'u vitamin ve diğer ilaçları kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2). Çalışmaya riskli gebeler dahil edildiğinden gebelikte sağlık sorunu yaşayan gebelerin sayısının yüksek olması beklenen bir orandır. Dolayısıyla yüksek riskli gebeliklerde ilaç kullanım oranı ve çeşitliliği de hastalık oranlarıyla doğru orantılı olarak yüksek oranda bulunmuştur. İlaç kullanım oranları arasında ise en yüksek oranda folik asit/demir kullanım oranının yüksek olmasının nedeni, tüm gebelere gebelik öncesi dönemde başlanarak gebeliğin belli süresince kullanımının Sağlık Bakanlığı tarafından desteklenmesi nedeniyle açıklanabilir.

Gebelikte düzenli kontrole giden gebelerin sayısı n=304 (tüm gebelerin %99,3'i) olarak saptanırken gebelerin sadece %5,6'sının (n=17) gebelikte ilgili herhangi bir eğitim programına katıldığı bildirilmiştir (Tablo 2). Gebeler kontrollerine düzenli gitmişlerdir ancak eğitim programlarına katılmamışlardır. Bu durumun nedeni, doğum öncesi bakım eğitimlerinin hastanelerde aktif ve düzenli olarak verilmemesinden, çalışan ve çocuklu gebelerin bu eğitimlere zaman ayıramamasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. Altınçelep'in (2011) çalışmasında gebelerin %16,7'si gebeliğe ilişkin doğum öncesi bakım konusunda düzenlenen eğitim programlarına katılmış olup, %99,4'ünün gebelik izlemi ve kontrollerini düzenli bir şekilde yaptırdıkları bildirilmiştir (30). Altınçelep'in çalışmasında eğitim programına katılan gebe oranının yüksek olması çalışmanın özel hastanede yürütülmüş olmasından dolayı olabileceği düşünülmüştür.

Tüm gebelerin %2,3'ünün gebeliği sonlandırma istediği düşüncesinin bulunduğunu belirtmişlerdir (Tablo 3). Gebeliğini sonlandırmayı düşündüğünü ifade eden gebelerin çoğu fetüste fetal anomali olması nedeniyle bu düşüncelerinin olduğunu bildirmişlerdir. Elkin'nin (2015) çalışmasında gebelerin %2,7'si gebeliği sonlandırmak istediğini bildirmiştir (52). Çalışma bulgularımız diğer çalışma bulgusuyla paralellik göstermektedir.

Gebelerin çoğu (%83,3) doğum eylemi ile ilgili herhangi bir korku ve kaygısının bulunmadığını belirtirken, korku ve kaygı belirten gebeler en çok normal doğumdan korktuklarını ifade etmişlerdir. Gebelerin %36,3'ü doğum tercihi olmadığını belirtirken; doğum tercihi olan gebelerin %45,4'ü normal spontan doğum yapmak istediklerini ve %16,3'ü sezaryen doğum yapmak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 3). Doğum eylemi ile ilgili korku yaşamayan gebelerin oranının yüksek olmasının nedeni; gebelerin çoğunun ilk gebeliğinin olması ve dolayısıyla olumsuz bir doğum öyküsü yaşamamış olması ile açıklanabilir. TNSA-2013 verilerine göre ise son beş yılda meydana gelen tüm doğumların %48'i sezaryen ile olmuştur (48). Sezaryen doğum hızı, TNSA-2008'e göre %37 oranında artmıştır. Gebelerin çoğu normal doğum tercih ettiğini bildirmiş olsa da, TNSA -2008 verilerine göre sezaryen ile doğumların fazla olmasının nedeni; isteğe bağlı sezaryenlerin oranının yüksek olması, yanlış sezaryen endikasyonları, gebelik ve doğum süreci ile ilgili eğitim sınıflarına yeterince yer verilmemesine bağlı normal doğum korkusu ile ilişkilendirilebilir.

Tüm gebelerin %30,1'i günlük aktivitelerini karşılarken gebeliğe bağlı sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Çalışan gebelerin gebeliğe bağlı çalışma yaşamında zorluk çekip çekmediği konusunda çok azı (%27,5 n=36 ) zorluk çektiğini ifade etmişlerdir (Tablo 3). Altınçelep'in (2011) çalışmasında gebelerin %54,2'sinin günlük aktivitelerini sürdürmede zorluk yaşadıkları, çalışan gebelerin %45,8'i gebeliğe bağlı iş yaşamını sürdürmede zorluk yaşayabildiklerini bildirilmiştir (30). Çalışmanın bulguları Altınçelep'in yaptığı çalışma bulguları ile paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni ise; çalışmada çoğu gebenin (%36,9) 25-29 yaş aralığında olmasına rağmen, Altınçelep'in yaptığı çalışmada gebelerin büyük çoğunluğunun (%61,9) yaş ortalamasının 30-39 yaş grubunda olması ile açıklanabilir. Yaş arttıkça çalışma yaşamında ve günlük aktivitelerini yerine getirmede zorluk daha sık karşılaşılan bir durum olabilmektedir. Ayrıca Altınçelep'in yaptığı çalışmada çalışan gebe oranı %52 iken, çalışmada çalışan gebe oranı %43,5 bulunmuştur. Altınçelep'in yaptığı çalışmada çalışan gebelerin oranının yüksek olmasından kaynaklı, çalışan gebelerin çalışma yaşamında ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmekte zorluk yaşama oranının yüksek olması da dolayısıyla beklenen bir sonuçtur.

### 5.3. Gebelerin Eş ve Aile Özelliklerinin Tartışılması

Gebeler eşlerinin %44,1'inin 30-35 yaş aralığında olduğu, %37,6'sının üniversite ve üzerinde bir eğitim almış olduklarını bildirmişlerdir (Tablo 4). Çalışmadaki gebelerin çoğunluğu (%36,9) 25-29 yaş aralığında olduğundan gebelerin eşlerinin yaş ortalamasının çoğunluğunun (%44,1) 30-35 yaş aralığında olması beklenen bir sonuçtur. Bu sonuç, Türk toplumundaki evliliklerde erkeğin kadından genellikle birkaç yaş büyük olması ile açıklanabilir. Arslan ve ark.'nın (2011) çalışmasında gebelerin eşlerinin %29,6'sının eğitim düzeyinin üniversite olduğu bildirilmiştir (53). Çalışma bulgularının Arslan'ın çalışma bulgularından yüksek olmasının nedeni, çalışmanın yapıldığı gebe grubunun da eğitim seviyesinin yüksek olması ile açıklanabilir. Çünkü eşlerin eğitim seviyelerinin benzerlik göstermesi beklenen bir sonuçtur.

Gebelerin çoğu eşleri ile ilişkilerini çok iyi olarak (%79,1 n=242) tanımlamıştır. Gebelerin tamamına yakını (%95,4 n=292) eşlerinin yanında olduğunu ve kendisine gebelik boyunca destek olduğunu bildirmişlerdir. Diğer taraftan gebelerin sadece %5,6'sı (n= 17) evliliklerinde problem yaşadığını belirtmişlerdir (Tablo 4). Bu sonuçlar; gebelik döneminin, eşlerin ilişkilerini daha da güçlendirdiği, ebeveynlik bağlarını başlatarak kuvvetlendirdiği bir dönem olduğu ile açıklanabilir. Çağlar'ın (2017) çalışmasında gestasyonel diyabeti olan gebelerin %94,2'si; sağlıklı gebelerin ise %92,9'u eşleriyle aralarında bir problem olmadığı, evliliklerinde mutlu oldukları bulunmuştur (51). Gümüşdağ ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2014) gebelerin %85'inin destek gördüğü ve bunların %68'inin eşlerinden destek aldığı belirtilmiştir (50). Çalışma verileri diğer çalışma verileri ile paralellik göstermekte olup, gebelik döneminde en yüksek desteğin eş tarafından sağlandığı sonucunu desteklemektedir.

Gebelerin %98,7 'si ailesinin gebeliği desteklediğini ifade etmiştir. (Tablo 4). Bu oran oldukça yüksektir ve çalışmadaki gebelerin destek düzeylerinin çok iyi olduğunu göstermektedir. Aile ve eş desteği gebeliğe uyum ve var olan sorunlarla baş etmede önemlidir.

#### 5.4 . Gebelikte Prenatal Distres Düzeyinin Tartışılması

Gebelerin Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ile yaş ve eğitim düzeyi bağımsız değişkeni karşılaştırıldığında "eş katılımı" alt boyutu hariç ( $p<0,05$ ) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ). "Eş katılımı" alt boyutu için post-hoc ileri analizine göre 35 yaş ve üstü ile 25-29 yaş grubu arasında ve ilköğretim ile lise grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). 35 yaş ve üstü olan ve eğitim durumu ilkokul olan gebelerin eş katılımı alt boyutu için distres puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6). İleri yaş gebelerin (35 yaş ve üzeri) genellikle ilk gebeliklerinin olmaması nedeniyle deneyimlenmiş süreç olarak eşler tarafından algılandığı ve bu nedenle birden çok gebelik öyküsü olan kadınların eş katılımının daha düşük olabileceği; eğitim seviyesi azaldıkça ise eş desteğinin de azalabileceği düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında çalışma bulguları ile benzer sonuçlar yer almaktadır. Akbaş ve ark.'nın (2008) çalışmasında gebelerde durumluk kaygı düzeyi ile yaş ve eğitim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Ancak depresyon düzeyi ile eğitim arasında anlamlı ilişki olup, ilkokul mezunu gebelerin daha yüksek depresyon puanlarına sahip oldukları belirtilmiştir (54). Kaplan ve ark.'nın (2007) çalışmasında, yaş ve eğitim durumu ile gebelerin doğum öncesi kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (55). Altıncelep'in (2011) çalışmasında gebelerin yaş ve distres düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmazken, eğitim düzeyine göre distres düzeyleri arasında anlamlı derecede fark olmadığı, ancak ileri analizde (Turkey analizi) lisans ve lisans-üstü mezunu olan gebelere kıyasla, lise mezunu olan gebelerde prenatal distres düzeyi daha düşük bulunmuştur (30). Çakır ve ark. (2012) ile Gözyeşil (2003) çalışmalarında, üniversite mezunu gebelerin daha düşük depresyon puanlarına sahip olduklarını belirtmiştir (49,56). Sertbaş (2010) araştırmasında eğitim düzeyi yüksek olanlarda kaygı seviyesinin düşük olduğunu bulmuştur (57).

Gebelerin meslekleri ve TGDÖ alt puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Gelir durumu ve TGDÖ "eş katılımı" alt boyutu ve toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Gelir durumu düşük olan gebelerin "eş katılımı" alt boyutu ve ölçek toplam puanı için distres puan ortalamaları daha yüksek bulundu (Tablo 7). Gelir durumu düşük olan ailelerde, eşin maddi kaygılar yaşaması ve muhtemel kötü çalışma koşulları nedeniyle gebeye

yeterince destek olamaması bu sonuç ile ilişkilendirilebilir. Altınçelep'in (2011) çalışmasında çalışan ve çalışmayan gebeler arasında prenatal distres düzeyleri yönünden anlamlı düzeyde fark saptanmadığı bildirilmiştir (30). Kaplan ve ark.'nın (2007) çalışmasında ise gebelerin çalışma durumu ile doğum öncesi kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (55). Akbaş ve ark.'nın (2008) çalışmasında durumluk kaygı düzeyleri ile gebelerin bir işte çalışma durumlarına göre anlamlı derecede farklı olmadığı belirlenmiştir (54). Kılıçarslan'ın (2008) çalışmasında gebelerde çalışma durumuna göre durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (32). Altınay(1999) ve Gözüyeşil'in (2003) çalışmalarında kaygı ve gebelerin çalışması arasında ilişki bildirilmemiştir (58,56). Yapılan çalışmaların sonuçları ile, çalışma sonuçlarımız paralellik göstermektedir. Altınçelep'in (2011) çalışmasında gebelerin gelir düzeyi ile prenatal distres düzeyleri arasında anlamlı derecede fark bulunmamıştır (30). Akbaş ve ark.'nın (2008) çalışmasında durumluk kaygı düzeylerinin gebelerin gelir durumlarına göre anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir (54). Kılıçarslan'ın (2008) çalışmasında gebelerin gelir düzeyine göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı fark belirlenmemiştir (32). Çalışma bulgumuzdan farklı olarak yapılan diğer çalışmalarda gelir düzeyi ile prenatal distres düzeyleri arasında anlamlı fark olmayışı, grupların gelir düzeyleri dağılımlarının farklı olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Çünkü gelir durumu düşük olan ailelerde, maddi kaygının yüksek olması, eşin stres yaşamasına ve bunun sonucunda eş katılımının düşük olmasına neden olabilmektedir. Kaplan ve ark.'nın (2007) ile Çakır ve ark. (2012) çalışmalarında gelir düzeyi yüksek olan gebelerde doğum öncesi kaygı düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (55,49). Bu sonuç, çalışma bulgularıyla paralellik göstermekte olup, gelir düzeyi yüksek olan ailelerde, eğitim seviyesinin de yüksek olması, eğitimle beraber doğum öncesi kaygı düzeylerinin düşük olması beklenen bir durumdur.

Kronik hastalık ve TGDÖ alt puan ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ailede sağlık öyküsü ve TGDÖ puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, toplam ve alt boyutları puan ortalamaları ile ailede sağlık sorunu olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Ailede sağlık sorunu olduğunu bildiren gebeler TGDÖ'den daha yüksek puan almıştır (Tablo 8). Bu sonuç, ailede sağlık probleminin olmasının, bebekte de sağlık problemi olma olasılığını artırdığı düşünüldüğünden, gebede daha fazla distrese neden olabileceği ile açıklanabilir. Altınçelep'in (2011) çalışmasında,



kronik hastalık öyküsü olan gebelerin Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksek olsa da, kronik hastalık öyküsü bildiren gebelerin Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bildirilmemiştir (30). Çakır ve ark. (2012) çalışmalarında gebelerde kronik hastalık öyküsü ile anksiyete ve depresyon puanı arasında anlamlı fark bulmasalar da, kronik hastalık öyküsü olanlarda daha fazla oranda anksiyete ve depresyon saptamışlardır (49). Altıncelep (2011) çalışmasında, ailede sağlık sorunu öyküsüne göre Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bildirilmiştir. Ailede sağlık sorunu olduğunu bildiren gebeler Prenatal Distres Ölçeği'nden daha yüksek puan almışlardır (30). Bu bulgular; gebenin kendisinde olan kronik hastalıkların denetimi kendi kontrolünde olduğundan, gebe tarafından stres faktörü olarak algılanmaması, ancak ailede sağlık sorunu olması kendi denetiminde olmamasından ve ailede var olan sağlık probleminin genetik geçişinin daha yüksek oranda olduğunu düşünmesinden kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir.

Gebelerin gebelik haftası ile TGDÖ alt boyut karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Gebelerin gebelik sayısı ile TGDÖ "eş katılımı" alt boyutu karşılaştırılmasında iki ve üzeri gebeliği olanlarla, ilk gebeliği olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). İki ve üzeri gebelik öyküsü olan gebelerin "eş katılımı" alt boyutu için distres düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9). Bu sonuçlar ilk gebelikteki eş desteğinin ve ilgisinin sonraki gebeliklerde azaldığını düşündürmektedir. Çakır ve ark. (2012) çalışmalarında gebelik sayısı arttıkça depresyon görülme oranının arttığını ancak anksiyetede anlamlı farklılık olmadığını, ilk gebeliği olanlarda anksiyetenin daha sık olduğunu bildirmişlerdir (49). Altıncelep'in (2011) çalışmasında gebelik haftası ile ölçek toplam puanı arasında negatif yönde, çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bildirilmiştir. Ayrıca gebelik sayısı ile ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gebelik sayısı ile ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (30). Kaplan ve ark.'nın (2007) çalışmasında, gebelik sayısı ile doğum öncesi kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını, ancak multigravidalara kıyasla, primigravida olan gebelerin doğum öncesi kaygı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (55).

Mevcut gebelikte sağlık sorunu olma durumu ve gebelikte tedavi görme durumu ile TGDÖ puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, toplam ve "olumsuz

duygulanım" alt boyutu puan ortalamaları ile mevcut gebelikte sağlık sorunu ve gebelikte tedavi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 10 ). Bu sonuçlar gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan ve tedavi gören kadınların daha olumsuz duygular içerisinde olduğu ve daha çok stres yaşadığını düşündürmektedir. Altıncelep'in (2011) çalışmasında gebelik süresince şimdiki gebeliğe ilişkin sağlık sorunları öyküsüne ve gebelikte tedavi olmasına göre Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Gebeliği süresince sağlık sorunu yaşadığını ve tedavi gördüğünü bildiren gebelerde Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek belirlenmiştir (30). Şen ve Şirin'in (2013) çalışmasında preterm eylem tanısı almış gebelerin süreklilik ve durumluluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (60). Bu sonuçlar, çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Mevcut gebelikte bebekte risk olma durumu ve TGDÖ puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, toplam ve alt boyutları puan ortalamaları ile bebekte risk olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Bebeğinde risk olduğunu bildiren gebelerin distres puanları daha yüksek bulundu (Tablo 11). Bu sonuç, beklendik bir sonuçtur. Gebelik annede ortaya çıkardığı değişimler nedeniyle başlı başına bir kriz durumu olabilmekte, bu duruma bir de anomalili bir bebeğin olma ihtimalinin eklenmesi annelerin gebeliğe uyumlarını etkilemekte ve gebelikte zorlanma yaşamasına neden olabilmektedir.

Gebeliği sonlandırma isteği ve TGDÖ puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, gebeliği sonlandırmayı isteme durumu ile toplam ve "eş katılımı" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Gebeliği sonlandırmak isteyen gebelerin TGDÖ "eş katılımı" ve TGDÖ toplam puanları daha yüksek bulundu (Tablo 11). Bu sonuç gebeliğini sonlandırmak isteyen gebelerin, eşlerinden yeterli desteği görmediği ve kaygı oranlarının yüksek olduğunu düşündürmektedir. Aybaş'ın (1997) gerçekleştirdiği çalışmada eşlerin gebeliği istememesi durumunda durumluk ve sürekli kaygı puanlarının arttığı belirlenmiştir (61). Dereli Yılmaz ve ark. (2010) ile Şahin ve Kılıçarslan'ın (2010) çalışmalarında gebeliğin istenmesi durumunda depresyon puanının düşük olduğu, gebeliği sonlandırmayı düşünenlerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (33,62).

Doğum eylemine ilişkin korku yaşama ve TGDÖ puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, doğum eylemine ilişkin korku olma durumu ile TGDÖ "olumsuz duygulanım" alt boyutu ve TGDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Doğum eylemine ilişkin korkuları olan gebelerde TGDÖ "olumsuz duygulanım" ve TGDÖ toplam puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 11). Doğum ile ilgili korkusu olan gebelerin distres puanlarının yüksek olmasının nedeni, önceki olumsuz doğum deneyimleri ve riskli gebelik grubunun çalışmada yer almasından kaynaklı olabileceği düşünülebilir. Altıncı (2011) ile Furber ve ark.'nın (2009) çalışmalarında doğum eylemi ile ilişkili korkuları veya endişeleri olan, şimdiki gebeliği süresince sağlık sorunları yaşayan ve şimdiki gebeliği süresince hastanede yatarak tedavi görmek durumunda kalan gebelerde prenatal distres düzeyinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (30, 63). Akbaş ve ark.'nın (2008) çalışmasında, doğum eylemi ile ilgili kaygı ve korkuları olan gebelerin durumluk kaygı puanlarının az düzeyde daha yüksek olduğu, ancak durumluk kaygı puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (54). Bu çalışmaların bulguları, çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Aileden destek alma durumu ile TGDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalaması incelendiğinde aile desteğinin olma durumu ile "olumsuz duygulanım" ve toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Aile desteği olmayanlarda "olumsuz duygulanım" alt boyutu ve ölçek toplam puan değerleri daha yüksek olup, aile desteği olmayan gebelerin distres düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 12). Gebelikte aile desteği, eş desteği kadar önemlidir. Aile desteği olmayan gebeler kendilerini daha yalnız ve çaresiz hissederler, bu yüzden de daha streslidirler. Vırit ve ark.'nın (2008) gebelerle ilgili çalışmasında sosyal destek (aile, eş, arkadaş) ölçeği puanı arttıkça, depresyon puanının düştüğü bildirilmiştir (64). Sonuçlar doğrultusunda gebelikte destek olacak kişilerin varlığının gebelerde distresi azalttığı söylenebilir.

Eş ilişkisi ile TGDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde, "eş katılımı" alt boyutu ve ölçek toplam puanları ile eş ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Eşi ile ilişkisini çok iyi olarak ifade eden gebelerin ölçekten aldığı puanlar daha düşük olup, distres düzeyleri daha düşük bulunmuştur (Tablo 12). Eş desteği yüksek olan gebeler daha huzurlu ve mutlu bir gebelik

geçirmektedir. Dülgerler ve ark. (2005) çalışmada gebelerin büyük çoğunluğu gebelik sırasında en fazla desteği eşlerinden aldıklarını bildirmiştir (65). Kılıçarslan'ın (2008) çalışmasında gebelik süresince en fazla eşi tarafından desteklendiğini bildiren gebelerde kaygı düzeyinin daha düşük olduğu ve gebelerin yaşam kalitelerinin arttığı bildirilmiştir (32). Altıncelep'in (2011) çalışmasında eşiyle ilişkisini çok iyi olarak bildiren gebelerde distres düzeyinin daha düşük olduğunu ancak eş ile ilişkili algılarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (30). Yapılan çalışmaların sonuçları ile çalışma sonucu paralellik göstermekte olup, eş tarafından desteklenen gebeler daha mutlu gebelik geçirmektedir.

Gebeliğin risk gruplarına göre, TGDÖ "eş katılımı" alt boyutu puanı ve toplam puanında riskli ve risksiz gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Riskli gebelik grubunun distres puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo13). Bu beklenen bir sonuçtur. Riskli gebelik ve doğum sürecindeki karşılaşılabilecek olumsuz durumlar, bebeğin sağlığının belirsizlikleri, gebeliğin devam edip etmeyeceği, riskli gebelerde distrese neden olmaktadır. Benzer şekilde Gümüüşdaş ve ark. (2014) ile Cebeci ve ark.'nın (2002) çalışmasında riskli olan ve olmayan gebelerin kaygı ve strese ait özellikler alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Riskli gebelerde stres, kaygı ve depresyon gelişme durumu risksiz gebelere oranla daha yüksek bulunmuştur (50,59). Bu sonuçlar, çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

### **5.5. Gebelikte Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Bulgularının Tartışılması**

Gebelerin yaş grupları ve AKBSDO ölçeği alt boyutları puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 15). Bu sonuç, yaşa bakılmaksızın gebelik boyunca tüm gebelerin gebeliği ile ilgili yapması ve dikkat etmesi gereken durumların farkında olduğunu düşündürmektedir. Benzer şekilde Özcan ve Duyan'ın (2015) çalışmasında maternal yaş ile fetal sağlık denetim odağı ölçeği puanları arasında ilişki bulunmamıştır (8).

Gebelerin eğitim durumu ve AKBSDO ölçeği alt boyutları puan ortalaması karşılaştırıldığında sadece "içsel alt boyutu" ve eğitim arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Üniversite ve üzeri eğitimi olan gebelerin "içsel alt

boyutu" puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 16). Bu sonuç, eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin sağlıklı gebelik geçirmeleri için, daha fazla sağlıklı yaşam davranışına başvurdukları, sağlık profesyonellerinden daha çok yardım aldıkları ve sağlıklı gebelik süreci yaşamının önemini farkında oldukları ile açıklanabilir. Haslam ve ark.'nın (2003) çalışmasında eğitim durumu ve iç kontrol odağı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (66). Bu sonuç, çalışma sonucu ile paralellik göstermektedir.

AKBSDO ölçeği alt ve toplam puanları ile gebelik haftası ve gebelik sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 17). Bu sonuç; gebeliğin her döneminde annenin bebeğin sağlığını düşündüğü ile açıklanabilir. Her gebelik kendi içinde bir dönem olduğundan, gebelik sayısından bağımsız olarak sağlıklı gebelik süreci yaşanması gebe tarafından amaçlanır. Özcan ve Duyan'ın çalışmasında (2015) gebelik haftası ile ölçek alt ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (8). Bu sonuç, çalışma sonucu ile paralellik göstermektedir.

AKBSDO ölçeği ile mevcut gebelikte ilaç kullanımı karşılaştırıldığında "şansa bağlı" alt boyutu puanları ve toplam puanları ile ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ) . İlaç kullanan gebelerin AKBSDO ölçeği "şans alt boyutu" ve toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18). Bu sonuç; ilaç kullanımı yüksek olan gebelerin sağlık problemi olduğundan, bu gebelerin kendilerini rahatlatmak için kadere daha fazla inanma eğiliminde olabileceklerini düşündürmektedir. Bu gebeler; riskli gebelik süreci için bir yandan tedavinin bir basamağı olan ilaç kullanımına başvururken, diğer taraftan iç huzurunu sağlamak için sorunun "doğadan, Tanrı'dan" geldiğine inanmaktadır. Çalışma, Müslüman bir toplumda yapıldığından, gebeler sorunun "Allah'tan" geldiğine inanmaktadır şeklinde yorumlanabilir. Haslam ve ark.'nın (2003) çalışmasında "içsel alt boyutu" ölçeğinden daha yüksek puan alanların vitamin / demir takviyeleri alma ve folik asit alımını artırma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (66). Özcan ve Duyan'ın çalışmasında ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, "içsel alt boyutu" ölçeğinden daha yüksek puan alanların vitamin / demir takviyeleri alma olasılığı daha yüksek bildirilmiştir (8).

Gebelerin gebelikle ilgili eğitim programına katılma durumu ile AKBSDO ölçeği alt boyutları ve toplam puanları karşılaştırıldığında "içsel alt boyutu" ile eğitim programına katılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ).

Gebelikle ilgili eğitim programına katılan gebelerin "içsel alt boyutu" puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18). İçsel denetim odağı yüksek olan gebelerin sağlıklı gebelik süreci geçirmeleri için daha fazla bilgi alma gereksinimi hissettikleri, sağlık profesyonellerinden danışmanlık almaya daha gönüllü oldukları şeklinde yorumlanmıştır. Gönenç ve ark.'nın (2016) çalışmasına göre antenatal dönemde verilen gebe eğitiminin içsel sağlık denetim kontrol odağını olumlu yönde değiştirdiği bildirilmiştir (45). Simoni ve ark. (2002) içsel denetim odağı ile sağlık personelinin olumlu algılama ve sağlıkla ilgili bilgi arama arasında pozitif bir ilişki bulmuştur (67).

Gebelerin eş ilişkileri ile AKBSDO ve alt boyutları ile karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 19). Bu sonuç, annelerin tamamen bebeklerinin sağlıklarına odaklandıkları, bebeklerinin sağlıklarını kendilerinin belirlediği ve eşi ile ilişkisinin bu durumda etkili olmadığı şeklinde yorumlanmıştır.

AKBSDO ölçeği ile gebenin aileden destek alma durumu karşılaştırıldığında "güçlü diğerleri" alt boyutu hariç ( $p<0,05$ ) diğer alt boyutlar ve ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 20). Gebelik ve doğum sonu süreçlerde annenin yeni rolüne hazırlanmasında, ailenin ve çevresinin desteği önemlidir. Özellikle annelik rolünün kazanılmasında, kadının kendi annesi ile olan ilişkisi, çevresindeki anne rol modelleri etkili olabilmektedir.

Gebeliğin risk gruplarına göre, gebelerin AKBSDO ölçeği alt boyutları ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 21). Çalışmada riskli ve risksiz tüm gebeler için ölçek alt boyutları ve toplam puanları yüksek olduğundan; tüm gebelerin kaderci tutum yaklaşımı içinde bulunduğu, aynı zamanda da sağlıklı gebelik süreci için sağlık profesyonellerinden yardım almayı ihmal etmeyip, kendi sağlıkları ve bebeklerinin sağlığı üzerindeki öz denetimlerinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir. Özcan ve Duyan'ın (2015) çalışmasında riskli gebeliği olanların "güçlü diğerlerine bağlı" denetim odağı puanlarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (8). Spirito ve ark.(1990) çalışmalarında, diyabeti olan gebelerin, diyabeti olmayan gebelere göre "güçlü diğerleri" alt ölçeğinden daha yüksek puan aldığını bulmuştur (68). Kordi ve ark. (2018) ile Zarabi ve ark.'nın (2013) çalışmasında gestasyonel diyabetli kadınların "güçlü diğerleri" alt ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (69,70). Thomas ve ark.'nın (2004) diyabetli kadın ve erkeklerle yaptığı çalışmada kadınlarda "şansa bağlı"

alt boyutu puanları yüksek bulunur iken, erkeklerde güçlü diğerleri alt boyutu puanları yüksek bulunmuştur (71). Çalışma bulgusundan farklı olarak bazı çalışmalarda riskli gebeliklerde güçlü diğerleri alt ölçeği puanlarının daha yüksek olmasının nedeni, bu çalışmaların çoğunun diyabetli gebe ve diyabetli kadınlarla yapılmış olması, sağlık merkezlerine ve profesyonellerine daha çok başvurma, takip altında bulunma gereksinimi duymalarından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

TGDÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile AKBSDO ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 22). Bu sonuç; gebenin, gebelik sürecinde yaşadığı distres ile gebeliği için sağlıklı yaşam davranışları aramasının birbirinden bağımsız değişkenler olduğunu desteklemektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Gebelerin %36,9'u 25-29 yaş aralığındadır.
- Gebelerin %44,4'ü üniversite ve üzeri eğitim almış, %56,5'i ev hanımı, %73,5'i orta seviyede gelire sahip ve %13,1'inin kronik hastalığı mevcuttur.
- Gebelerin gebelik haftası ortalaması  $22,64 \pm 6,87$  bulunmuştur.
- Gebelerin %65'i planlı olarak gebe kalmış ve %42,5'inin ilk gebeliğidir.
- Gebelerin %52,3'ü sağlıklı doğum öyküsü bildirilirken, %23,9'unun düşük, %14,6'sının küretaj öyküsü vardır. Önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşayan gebelerin %31,8'inin erken doğum öyküsü, %27,3'ünün fetal anomaliye sahip bebek öyküsü mevcuttur.
- Gebelerin %10,8'i gebeliğinde gebeliğe bağlı tedavi olmuştur .
- Gebelerin %99,3'ü düzenli kontrole giderken, sadece %5,6'sı gebelikle ilgili eğitim programına katıldığını ifade etmiştir.
- Tüm gebelerin %2,3'ü gebeliği sonlandırma düşüncesinin olduğunu ifade etmişlerdir.
- Gebelerin %83,3'ü doğum eylemi ile ilgili herhangi bir korku ve kaygısının bulunmadığını ifade etmişlerdir.
- Gebelerin %30,1'i günlük aktivitelerini karşılarken sorun yaşadıklarını, çalışan gebelerin ise %27,5'i iş yaşamında gebeliğe bağlı zorluk çektiğini ifade etmişlerdir.
- Gebelerin %79,1'i eşleri ile ilişkilerini çok iyi olarak tanımlarken, %95,4'ü eşlerinin kendisine gebelik boyunca destek olduğunu bildirmişlerdir.
- Gebelerin %98,7 'si ailesinin gebeliği desteklediğini ifade etmiştir.
- Gebelerin TGDÖ ile yaş ve eğitim düzeyi bağımsız değişkeni karşılaştırıldığında "eş katılımı" alt boyutu hariç ( $p < 0,05$ ) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ( $p > 0,05$ ) belirlendi.



- Gebelerin meslekleri ve TGDÖ alt puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Gelir durumu ve TGDÖ "eş katılımı" alt boyutu ve toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
- Kronik hastalık varlığı ile TGDÖ alt puan ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç çıkmadı ( $p>0,05$ ). Ailede sağlık öyküsü ve TGDÖ puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, toplam ve alt boyutları puan ortalamaları ile ailede sağlık sorunu olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ).
- Gebelerin gebelik haftası ile TGDÖ alt boyut karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Gebelerin gebelik sayısı ile TGDÖ "eş katılımı" alt boyutu karşılaştırılmasında iki ve üzeri gebeliği olanlarla, ilk gebeliği olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
- TGDÖ toplam ve "olumsuz duygulanım" alt boyutu puan ortalamaları ile mevcut gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ).
- TGDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları ile bebekte risk olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ).
- Gebeliği sonlandırmayı isteme durumu ile toplam ve "eş katılımı" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Gebeliği sonlandırmak isteyen gebelerin TGDÖ "eş katılımı" ve TGDÖ toplam puanları daha yüksek bulundu.
- Doğum eylemine ilişkin korku yaşama ile TGDÖ "olumsuz duygulanım" alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Doğum eylemine ilişkin korkuları olan gebelerde TGDÖ "olumsuz duygulanım" ve TGDÖ toplam puanlarının yüksek olduğu belirlendi.
- TGDÖ "olumsuz duygulanım" alt boyutu ve toplam puanları ile aile desteği olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ).

- TGDÖ "eş katılımı" alt boyutu ve ölçek toplam puanları ile eş ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ).
- Gebeliğin risk gruplarına göre, TGDÖ "eş katılımı" alt boyutu puanı ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Riskli gebelik grubunun distres puanları daha yüksek bulunmuştur.
- Gebelerin yaş grupları ve AKBSDO ölçeği alt boyutları puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).
- Gebelerin eğitim durumu ve AKBSDO ölçeği alt boyutları puan ortalaması karşılaştırıldığında sadece "içsel alt boyutu" ve eğitim arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
- AKBSDO ölçeği alt boyutları ve toplam puanları ile gebelik haftası ve gebelik sayısı bağımsız değişkenleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).
- AKBSDO "şansa bağlı" alt boyutu puanları ve toplam puanları ile mevcut gebelikte ilaç kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
- Gebelerin gebelikle ilgili eğitim programına katılma durumu ile AKBSDO ölçeği alt boyutları ve toplam puanları karşılaştırıldığında "içsel alt boyutu" ile eğitim programına katılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ).
- Gebelerin eşi ile ilişkileri ve AKBSDO ölçeği alt boyutları puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).
- AKBSDO ölçeği ile gebenin aileden destek alma durumu karşılaştırıldığında "güçlü diğerleri" alt boyutu hariç ( $p<0,05$ ) diğer alt boyutlar ve ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).
- Gebeliğin risk gruplarına göre, gebelerin AKBSDO ölçeği alt boyutları ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

- Gebelerin TGDÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile Anne Karnındaki Bebek Sağlığı Denetim Odağı Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

## 6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Gebelerde distres oluşturan risk faktörlerinin belirlenmesine için rutin gebelik kontrollerinde sürekli ve sistematik tanılama yaklaşımlarının geliştirilmesi,
- Maddi kaygıları olan, doğum eylemine ilişkin korkuları olan, geçmiş gebeliklerinde sorun yaşayan, mevcut gebeliği süresince gebelik ve bebeği ile ilgili risk olduğunu bildiren, yetersiz aile ve eş desteği olan ve özellikle gebelik sonlandırma kararı almak durumunda kalan tüm gebelerin gebelik süresince desteklenmesi,
- Gebelerde prenatal distres ile başa çıkma becerilerinin geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması,
- Doğum öncesi dönemde kadınların sosyal destek düzeyinin geliştirilmesi için aile ile işbirliğinin yapılması,
- Gebe kadınların doğum eylemi konusundaki korkuları ve endişelerini gidermek, anne ve baba adaylarının yeni rollerine uyumunu sağlamak, gebelerin kontrol odağını güçlendirmek için eğitim programlarının planlanması,
- Doğum öncesi bakımın kalitesini yükseltmek, doğum sonrası gebe ve bebeğe yönelik gelişebilecek komplikasyonları engellemek için gebelerin sağlık inanç ve tutumlarının belirlenmesi,
- Hekim, hemşire ve ebeler, gebeleri iç kontrol odağını arttırmaya ve sorumluluk almalarına teşvik etmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Aksoy Derya Y, Timur Taşhan S, Duman M, Durgun Ozan Y. “Turkish adaptation of the pregnancy-related anxiety questionnaire-revised 2: Validity and reliability study in multiparous and primiparous pregnancy”, *Midwifery*, 2018: 61-8.
2. Kratovil AL, Julion WA. “Healthcare provider communication with expectant parents during a prenatal diagnosis: an integrative review”, *Journal of Perinatology*, 2017, 37: 2-12.
3. Mikamo S, Nakatsuka M. “Knowledge and attitudes toward non-invasive prenatal testing among pregnant Japanese women”, *Acta Medica Okayama*, 2015, 69(3):155-63.
4. Özalp Yüreğir Ö, Büyükkurt S, Koç F, Pazarbaşı A. “Prenatal (doğum öncesi) tanı”, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2012, 21(1): 80-94.
5. Koçak V. *Prenatal tarama testi için başvuran gebelerde kaygı düzeyi ve ilişkili faktörler* (Tez). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
6. Yüksel F, Akın S, Durna Z. “Prenatal distress in Turkish pregnant women and factors associated with maternal prenatal distress”, *Journal of Clinical Nursing*, 2013, 23: 54-64.
7. Çapık A, Ejder Apay S, Sakar T. “Gebelerde distress düzeyinin belirlenmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 18(3): 196-203.
8. Özcan S, Duyan V. “Fetal health locus of control in a sample of pregnant Turkish women”, *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2015, 45: 714-22.
9. Labs SM, Wurtele SK. “Fetal health locus of control scale:Development and validation”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986, 54(6): 814-19.
10. Duyan V, Özcan S, Cömert Okutucu A. “Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı (AKBSDO) Ölçeği: Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması”, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2012, 23 (1): 13-23.
11. Eswi A, Khalil A. “Prenatal attachment and fetal health locus of control among low risk and high risk pregnant women”, *World Applied Sciences Journal*, 2012, 23(4): 462-71.

12. Şeker E. *Amniyosentez uygulanan 217 olgunun analizi* (Tez).Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi;2014.
13. Coşkan A. *Amniyosentez yapılan olgularda işlem öncesi ve sonrası uterin ve umbilikal arter doppler ölçümleri* (Tez). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi; 2011.
14. Beksaç MS. Prenatal Tanıda Non-invaziv Yöntemler. In:Beksaç MS Ed. *Fetal Tıp; Prenatal Tanı*. Ankara: Medikal Network, 1996: 45-52
15. Yazarbaş K, Ilgın Ruhi H. “Prenatal tanı ”, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2006, 26: 666-74.
16. Berkman S, Has R. *Düşük Riskli Gebelerde Antenatal Tarama Testleri*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2004: 29-33.
17. Koyu Tokgöz GN. *İlk trimester taramasının gebelik komplikasyonları ile ilişkisi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2009.
18. Oskay Ü. “Genetik Hastalıklar ve Hemşirelik Yaklaşımı ”, Kızılkaya Beji N. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, Genişletilmiş 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2016: 273-84.
19. Cole L, Sahahabi S, Oz U, Bahado-Singh RJ, Mahoney M. “Hyperglycosylated human chorionic gonadotropin (invasive trophoblast antigen) immunoassay: A new basis for gestational Down Syndrome screening”, *Clinical Chemistry*, 1999, 45(12): 2109-19.
20. Carlson LM, Vora NL. “Prenatal Diagnosis:Screening and diagnostic tools”. *Obstetrics Gynecology Clinics of North America* ,2017 ,44(2): 245–56.
21. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) Committee on Genetics Society for Maternal-Fetal Medicine . No: 640. Cell free DNA screening for fetal aneuploidy. 2015, 126:31-7.
22. Norwitz E, Levy B. “Reviews in obstetrics and gynecology”, 2013, 6(2): 48–62.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3893900> Erişim tarihi: 27 Mayıs 2018.
23. Özşeker Rafioğlu G. *Hastanemizin 2. Trimester genetik amniyosentez sonuçları* (Tez). İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi ; 2007.

24. Türkyılmaz A, Alp MN, Budak T. “481 Amniyosentez, Koryon Villus Biyopsisi ve Kordosentez Örneğinin Prenatal Genetik Tanısı”, *Dicle Tıp Dergisi*, 2007, 34(3): 187-90.
25. Özkaya O. “Kliniğimizde son 4 yılda yapılan amniyosentez vakalarının retrospektif analizi: tek hekim sonuçları” *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009, 16(3): 19-22.
26. Zozan K. *Kordosentez uygulanan olguların klinik özelliklerinin incelenmesi* (Tez). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2008.
27. Daş Z. “Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutu” .Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2009: 211-25.
28. Kızılkaya Beji N, Yüksel Koçak D, Büyükkayacı Duman N. “Prenatal tanı yöntemlerinde etik yaklaşım ”, *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN) Dergisi*, 2015, 1(2):86-90.
29. Sertbaş G, Bahar A, Kaplan S. “Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluluk kaygı düzeylerinin incelenmesi ”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10(1):113-21.
30. Altınçelep F. *Gebelerdeki prenatal distres düzeyinin belirlenmesi* (Tez).İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi; 2011.
31. Çalık YK, Aktaş S. “Gebelikte depresyon: sıklık,risk faktörleri ve tedavisi [Depression in pregnancy: prevalence ,risk factors and treatment] ”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* ,2011, 3(1):142-62.
32. Kılıçarslan S. *Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri*(Tez). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi; 2008.
33. Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. “Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler”, *Genel Tıp Dergisi*, 2010, 20(3):99-108.
34. Atasever İ, Sis Çelik A. “Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 21(1):60-8.

35. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. “ Gebe kadınların ailelerinde algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasında ilişki”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003, 4: 98-105.
36. Türkoğlu N, Yalçınöz Baysal H, Küçükoğlu S, Akkuş G. “Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması”, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2014,3(1):1-8.
37. Ardahan M. “Sosyal destek ve hemşirelik”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,2006,9(2):68-75.
38. Dağlar G, Nur N. “Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi ”, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*,2014,36:429-41.
39. Ölçer Z, Oskay U. “Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri ”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015,12(2):85-92.
40. Koçak ÇY. *İlk Kez Anne Baba Olacaklara Antenatal Dönemde Verilen Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi* (Tez). İzmir Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2007.
41. Şen S. *Erken (Preterm) Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Belirlenmesi* (Tez). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2006.
42. Kırıl E. *İlköğretim okulu yöneticilerinin mükemmeliyetçilik algısı ve kontrol odağı ile ilişkisi* (Tez). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Yönetimi ve Politikası Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2012.
43. Tabak RS, Akköse K. “ Ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkileri”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2006, 5(2): 118-30.
44. Hekimoğlu L, Şensoy N. “Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Sağlık Denetim Odağı Algılama Düzeyleri ve Sağlık Davranışlarına Etkisi”, *Orijinal Araştırma*, 2014,157-62.
45. Gönenç Mİ, Duyan V, İlhan Erkal S, Puruçuoğlu E, Kaan Güven H. “ Antenatal dönemde verilen gebe eğitiminin fetal sağlık kontrol odağına etkisinin incelenmesi”, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2016, 13(1) :12-7.

46. Ip WY, Martin CR. “ The Chinese version of multidimensional health locus of control scale form C in pregnancy”, *Journal of Psychosomatic Research*, 2006, 61:821-7.
47. Çapık A. *Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması* (Tez). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2013.
48. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara, 2013 .
49. Çakır L, Can H. “Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi”, *The Journal of Turkish Family Physician*, 2012, 3(2): 35-42.
50. Gümüüşdaş M, Ejder Apay S, Özorhan EY. “Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması ”, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2014, 1(2): 32- 42.
51. Çağlar M. *Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Prenatal Distres ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2017.
52. Elkin N. “Gebelerin stresle başa çıkma tarzları ve bunları etkileyen faktörler ”, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 2015, 8(1): 22- 31.
53. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. “Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme ”, *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 2011, 21(2): 79- 84.
54. Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş HA, Sertbaş G. “ Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi ”, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2008, 45 (3): 85-91.
55. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. “Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10(1): 13-121.
56. Gözüyeşil YE, Şirin A, Çetinkaya Ş. “Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi”, *Fırat Sağlık Dergisi*, 2008, 3(9): 40- 66.



57. Sertbaş G. “Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluluk sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi ”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2010, 26(ek) :66.
58. Altınay S. *Gebelikte depresyon prevalansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi* (Tez). T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği Uzmanlık Tezi; 1999.
59. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. “Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi”, *Kriz Dergisi*, 2002, 10(1): 11- 8.
60. Şen E, Şirin A. “Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler”, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2013, 19(3): 159- 63.
61. Aybaş G. *Gebelik Döneminde Görülen Psikososyal Değişikliklerin Gebe, Fetüs ve Çocuklar Üzerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi; 1997.
62. Şahin EM., Kılıçarslan S. “Son trimester gebelerin depresyon ve Kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler”, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010, 27(1): 51- 8.
63. Furber CM, Garrod D, Maloney E, Lovell K, McGowan L. “ A Qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy” *International Journal of Nursing Studies*, 2009, 46 (5): 669-77.
64. Vırit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. “ Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi ”, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2008, 45: 9-13.
65. Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. “Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 21(1): 115-26.
66. Haslam C, Lawrence W, Haefeli K. “Intention to breastfeed and other important health-related behaviour and beliefs during pregnancy ”, *Family Practice*, 2003, 20( 5): 528-30.
67. Simoni JM, Ng MT. “Abuse, health locus of control and perceived health among HIV-positive women ”, *Health Psychology*, 2002, 21: 89-93.

68. Spirito A, Ruggiero L, McGarvey ST, Couston DR, Low KG. “Maternal and fetal health locus of control during pregnancy: a comparison of women with diabetes and nondiabetic women ”, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1990, 8: 195-206.
69. Kordi M, Herevan MB, Asgharipour N, Akhlaghi F, Mazloun SR. “ Does maternal and fetal health locus of control predict self-care behaviors among women with gestational diabetes? ”, *Journal of Education and Health Promotion*, 2017, 6: 73.
70. Zarrabi R, Rahmatnezhad L, Bastani F. “ Investigating health locus of control among women with gestational diabetes and its relationship with demographic variables ”, *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* , 2013,11: 72–82
71. Thomas EM, Kamalanabhan TJ, Vasanthi M. “ Locus of control among diabetic and non-diabetic patients: A comparative study ”. *Journal of Social Sciences* , 2004, 8: 221–6.

## EKLER

### EK-1: Anket Formu

#### GEBE BİLGİ FORMU

Bu çalışma, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri enstitüsü Hemşirelik yüksek lisans tezi olarak yapılmaktadır. Aşağıda gebelerde doğum öncesi dönemde yaşanan sıkıntı, sorunları belirlemeye ve hamilelik sürecini kontrol etme yöntemlerine yönelik sorulara yer verilmiştir. Soruları içtenlikle cevaplamanız bu araştırma sonuçlarının doğruluğu ve güvenilirliği açısından çok önemlidir. İsminiz sorulmamaktadır, cevaplarınız gizli kalacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

**Filiz UYLAŞ KIZOĞLU**

Okan Üniversitesi SBE

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

#### 1.Bölüm: Gebenin Kişisel Özellikleri

Yaşınız:  18-24 yaş  25-29 yaş  30-34 yaş  35 yaş ve üzeri

Medeni durumunuz:  Evli  Bekar

Eğitim durumunuz:  İlköğretim  Lise  Üniversite ve üzeri

Mesleğiniz:  Ev hanımı  Memur  İşçi  Serbest meslek

Gelir durumuzu nasıl tanımlarsınız?  Düşük  Orta  İyi

Kronik bir hastalığınız var mı?  Yok  Var ise nedir?

.....

Ailenizde (çocuk ya da eş) önemli bir sağlık sorunu var mı?  Yok  Var ise.....

#### 2. Bölüm: Gebelik Öyküsü

Gebelik haftanız:.....hafta

Gebe kalma şekli:  Planlayarak  Tesadüfen  Diğer:.....

Toplam gebelik sayınız nedir?  1  2  3 ve üzeri

Bu kaçınıcı gebeliğiniz?  1  2  3 ve üzeri

Önceki gebeliklerinizde aşağıdaki durumlardan herhangi birini yaşadınız mı? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> İlk gebeliğim   | <input type="checkbox"/> Ölü doğum      |
| <input type="checkbox"/> Anomalili bebek | <input type="checkbox"/> Düşük          |
| <input type="checkbox"/> Kürtaj          | <input type="checkbox"/> Sağlıklı doğum |

Şu ana kadar yaptığınız doğumlarla ilgili bir sorunuz oldu mu?

Hayır  Evet ise nedir?:.....

Gebeliğiniz süresince gebeliğe bağlı bir sağlık problemi ile karşı karşıya kaldınız mı?

Hayır  Evet ise nedir?:.....

Gebelik süresince ilaç kullanıyor musunuz?  Hayır  Evet ise belirtiniz:.....

Gebeliğiniz başladığından beri gebeliğe bağlı bir nedenden dolayı tedavi gördünüz mü?

Hayır  Evet ise kaç kere hastanede kaldınız?.....

Hangi şikayetlerle hastanede kaldınız?:.....

Gebelik yönünden düzenli doktor kontrolüne gidiyor musunuz?  Hayır  Evet

Gebelik ile ilgili herhangi bir eğitim programına katıldınız mı?  Hayır  Evet

### 3. Bölüm: Gebelik ile Yaşam ve Gebeliğe İlişkin Algılar

Bu gebeliğinizde bebeğinizle ilgili herhangi bir risk var mı?  Yok  Var ise nedir.....

Eşiniz bu gebeliği istiyor mu?  İstemiyor  İstiyor

Siz bu gebeliği istiyor musunuz?  İstemiyor  İstiyor

Bebeğinizin cinsiyetini biliyor musunuz?  Hayır  Evet ise  kız  erkek  ikiz

Bu gebeliği sonlandırmayı hiç düşündünüz mü?  Hayır  Evet ise nedir?.....

Doğum eylemi ile ilgili korku ve kaygılarınız var mı?  Hayır  Evet ise.....

Doğum şekli konusunda bir tercihiniz var mı?  Hayır  Evet ise belirtiniz:.....

Günlük aktivitelerinizi karşılarken gebeliğe bağlı sorunlar yaşıyor musunuz?  Hayır  Evet

Çalışıyor iseniz gebeliğe bağlı çalışma yaşamınızda yaşadığınız zorluklar var mı?  
 Hayır  Evet

Çalışıyor olmanız gebelik döneminizi olumsuz etkiliyor mu?  Hayır   
Evet

#### 4. Bölüm: Sosyal Destek ve Eşi ile İlişkiler

Eşiniz kaç yaşında?  18-23  24-29  30-35  36 ve üzeri

Eşinizin eğitim durumu:  İlköğretim  Lise  Üniversite   
Diğer.....

Eşiniz gebeliğiniz boyunca yanınızda ve size destek oluyor mu?  Hayır   
Evet

Eşiniz ile ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

Çok İyi  İyi  Orta

Gebelik süresince evlilikle ilgili bir sorun yaşadınız mı?  Hayır  Evet

Aileniz (çocuk, anne) bu gebeliği destekliyor mu?  Hayır  Evet

Doğum sonrası doğum sonrası bebek bakımı konularında destek alabileceğiniz kişi ya da kişiler var mı?

Yardım alabileceğim kimse yok  Aile  Profesyonel bakıcı   
Diğer.....

## TİLBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ

Aşağıda gebeliğiniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. Son 7 gün boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden kutucuğu işaretleyin. Lütfen her bir soru için sadece bir cevap işaretleyin.

Teşekkür ederim.

	İfadeler	Çok sık	Oldukça sık	Ara sıra	Nadiren veya hiç
1.	Gebeliğimden keyif alıyorum.	0	1	2	3
2.	Eşimle birlikte, gebelik sürecinden keyif aldığımı hissediyorum.	0	1	2	3
3.	Gebelik ile ilgili endişelerim var.	0	1	2	3
4.	Gebelik eşimle beni daha da yakınlaştırdı.	0	1	2	3
5.	Doğum eylemi ile ilgili endişelerim var.	0	1	2	3
6.	Bebegimin sağlığı konusunda endişelerim var.	0	1	2	3
7.	Doğumdan sonra işimle ilgili sorunlar yaşayabileceğim konusunda endişelerim var.	0	1	2	3
8.	Eşim tarafından desteklendiğimi hissediyorum.	0	1	2	3
9.	Doğumdan sonraki dönemle ilgili ekonomik durumumuza yönelik endişelerim var.	0	1	2	3
10.	Doğum esnasında kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum.	0	1	2	3
11.	Doğum eylemi ile ilgili seçenekler (normal doğum, sezeryan, ağrısız doğum, evde doğum vb.) üzerinde sıklıkla düşünüyorum.	0	1	2	3
12.	Doğum eylemi beni korkutuyor.	0	1	2	3
13.	Doğum eylemi ile ilgili anlatılan hikâyeler beni çok geriyor.	0	1	2	3
14.	Gebeliğin getirdiği fiziksel rahatsızlıkların doğumdan sonra da devam edebileceği endişesini yaşıyorum.	0	1	2	3
15.	Duygu ve düşüncelerimi eşimle gerçekten paylaşabiliyorum.	0	1	2	3
16.	Gebelikte çok fazla kilo alacağım diye endişeleniyorum.	0	1	2	3

## ANNE KARNINDAKİ BEBEK SAĞLIK DENETİM ODAĞI (AKBSDO) ÖLÇEĞİ

Aşağıda doğacak çocuğunuzla ilgili sorular bulunmaktadır. Her bir soruyu dikkatle okuyunuz ancak üzerinde fazla zaman harcamayınız ve soruda belirtilen ifadeye katılma derecenizi belirleyiniz. Belirtilen ifadeye kesinlikle katılmıyor iseniz 0, tamamen katılıyor iseniz 9 puan veriniz. Her ikisi arasında bir katılma dereceniz var ise size en uygun olduğunu düşündüğünüz yanıt karşılık gelen puanı belirtiniz. Ölçeğin kişisel inançlarınızla ilgili olduğunu bu nedenle doğru ya da yanlış yanıt olmadığını aklınızdan çıkarmayınız.

0	Kesinlikle katılmıyorum	5 Katılıyorum
1	Çoğunlukla katılmıyorum	6 Biraz katılıyorum
2	Kısmen katılmıyorum	7 Kısmen katılıyorum
3	Biraz katılmıyorum	8 Çoğunlukla katılıyorum
4	Katılmıyorum	9 Tamamen katılıyorum
Madde		Katılma Derecesi
1. Yetkin sağlık profesyonelleri tarafından verilen doğum öncesi kurslara katılarak sağlıklı, normal bir bebeğe sahip olma şansımı büyük ölçüde artırabilirim.		
2. Hamileyken kendime mükemmel baksam bile, bebeğimin normal mi anormal mi olacağını kader belirleyecektir.		
3. Hamileliğim sırasında doktorumun bana söylediği her şeyi yaparsam bebeğim sağlıklı doğacaktır.		
4. Eğer bebeğim sağlıklı ya da anormal doğarsa, doğa bunun böyle olmasını istediği içindir.		
5. Doğacak bebeğimin sağlığı için, sağlık profesyonellerinden hizmet almam gerekir.		
6. Doğacak çocuğumun sağlığı hamilelik dönemindeki beslenme alışkanlıklarımın ciddi şekilde etkilenebilir.		
7. Sağlık profesyonelleri, doğacak çocuğumun sağlığından sorumludur.		
8. Hamilelik döneminde hastalandığımda, doğacak çocuğumun sağlığını koruyabilmek için yapabileceğim en iyi şey doktora danışmaktır.		
9. Hamileyken ne yaparsam yapayım bebeğimin normal olup olmayacağını doğa kanunları belirleyecektir.		
10. Hamilelik dönemindeki davranışlarıma ilişkin tavsiye vermeye yetkili kişiler sadece doktor ve hemşirelerdir.		
11. Çocuğumun sağlığını Tanrı belirleyecektir.		
12. Hamile kalmadan önce kendime nasıl bakacağımı öğrenmem çocuğumun sağlıklı doğmasına yardımcı olacaktır.		
13. Bebeğimin sağlığı, sağlık profesyonellerinin elindedir.		
14. Doğacak çocuğumun sağlığını kader belirler.		
15. Bebeğim doğuncaya kadar yapacağım şeyler bebeğimin sağlığını etkileyebilir.		
16. Bana göre düşük yapmak, bebeğimin yaşamasının kaderinde olmadığı anlamına gelir.		
17. Hamile kalmadan önce, sağlıklı, normal bir çocuğa sahip olmak için hamilelik döneminde yapmam ya da yapmamam gereken belirli şeylerin ne olduğunu öğrenirdim.		
18. Sadece sağlık profesyonelleri, hamilelik döneminde ne yapmam ve ne yapmamam gerektiğini bana söyleyebilir.		

## Ek-2: Etik Kurul Onayı

### OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 05.06.2017

Toplantı Sayısı: 84

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özyayın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye) (Katılmadı)


Okan Üniversitesi Etik Kurulu 05.06.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;


**Karar 7.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Sağlıkta Hemşirelik Bölümünden **Filiz UYLAŞ'ın "Prenatal Tam Testi İçin Başvuran Gebelerin Distres Düzeyleri ile Bebek Sağlık Denetim Odağının Belirlenmesi"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.




Prof. Dr. Mithat Kıyak  
(Başkan)




Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan  
(Üye)



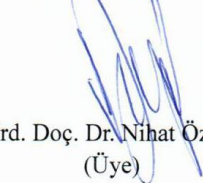
Prof. Dr. Dilek Öztürk  
(Üye)




Prof. Dr. Ali Tayfun Atay  
(Üye)




Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı  
(Üye)




Yrd. Doç. Dr. Nihat Özyayın  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ  
(Üye) (Katılmadı)



### EK-3: Özgeçmiş

<i>Adı</i>	<i>Filiz</i>	<i>Soyadı</i>	<i>KIZOĞLU</i>
<i>Doğum Yeri</i>	<i>Edirne</i>	<i>Doğum Tarihi</i>	<i>15.05.1985</i>
<i>Uyruğu</i>	<i>T.C</i>	<i>Telefon</i>	
<i>e-mail</i>	<i>fuylas050@gmail.com</i>		

### Eğitim Düzeyi

	<i>Mezun Olduğu Kurum</i>	<i>Mezuniyet Yılı</i>
<i>Doktora</i>		
<i>Yüksek Lisans</i>	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2018
<i>Lisans</i>	Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2008
<i>Lise</i>	Çanakkale Milli Piyango Anadolu Lisesi	2003

### İş Deneyimi

<i>Görevi</i>	<i>Kurum</i>	<i>Süre</i>
Hemşire	İ.Ü.İTF Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı	2008-Halen

### Yabancı Diller

<i>Yabancı Diller</i>	<i>Okuduğunu Anlama</i>	<i>Konuşma</i>	<i>Yazma</i>	<i>YDS Puanı</i>	<i>Diğer Puan</i>
<i>İngilizce</i>	Orta	Orta	Orta	-	-

### Bilgisayar Bilgisi: Microsoft Word, Microsoft Excel

	<i>Sayısal</i>	<i>Eşit Ağırlık</i>	<i>Sözel</i>
<i>Ales Puanı 2013</i>	69	59	50