



**T.C.**

**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**AKRABA EVLİLİĞİ YAPAN VE YAPMAYAN GEBELERİN  
PRENATAL TANI VE TARAMA TESTLERİNE YÖNELİK  
YAŞADIKLARI KARAR ÇATIŞMASI VE STRES  
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dilan MERCAN**

**ORCID ID: 0000-0002-5318-9367**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**DOÇ.DR. İLKNUR YEŞİLÇINAR**

**İZMİR-2023**



T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AKRABA EVLİLİĞİ YAPAN VE YAPMAYAN GEBELERİN  
PRENATAL TANI VE TARAMA TESTLERİNE YÖNELİK  
YAŞADIKLARI KARAR ÇATIŞMASI VE STRES  
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**HAZIRLAYAN**

Dilan MERCAN

**ORCID ID: 0000-0002-5318-9367**

**Danışman**

Doç. Dr. İlknur YEŞİLÇINAR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**İZMİR-2023**





## TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca beni destekleyen, bilgi ve tecrübesiyle yoluma ışık tutan, motivasyonumu kaybetmeme asla izin vermeden beni sürekli motive eden, araştırmamın bütün aşamalarında desteğini hep hissettiren çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. İlknur YEŞİLÇINAR başta olmak üzere,

Yüksek lisansım boyunca bilgi birikimleri ve yorumlarıyla doğru yolda ilerlememi sağlayan değerli yüksek lisans hocalarıma,

Tez çalışmamda anketlerimi uygulamama izin veren Mardin İl Sağlık Müdürlüğü ve Mardin Eğitim Araştırma Hastanesine,

Sabırla sorularımı dinleyip cevaplayan değerli annelere,

Lisans ve yüksek lisansım boyunca beni destekleyen, hep yanımda olan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Derya YANIK'a

Hayatım boyunca beni destekleyen, her zorlukta yanımda olan ve hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan annem Züleyha MERCAN, babam Mahmut MERCAN, ablalarım Adalet, Faika, Berivan, Hevican, Hasret; kardeşlerim Helin, Abdulkadir ve Muhammed Heja MERCAN'a

Hayatımın her aşamasında yanımda olan ve desteklerini benden esirgemeyen canım teyzem Nezlişan SANDALCI'ya

Her konuda beni destekleyen ve varlığıyla bana güç veren eşim Necivan MERCAN'e,

Her adımında yanımda olan ve desteğini hiç esirgemeyen, her başarı yolunu birlikte göğüslediğim aynı zamanda lisans ve yüksek lisans arkadaşım, dostum Nergiz ÖZÇAM'a

Tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

Dilan MERCAN

İzmir-2023

## ÖZET

### AKRABA EVLİLİĞİ YAPAN VE YAPMAYAN GEBELERİN PRENATAL TANI VE TARAMA TESTLERİNE YÖNELİK YAŞADIKLARI KARAR ÇATIŞMASI VE STRES DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dilan MERCAN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim  
Dalı **Tezli Yüksek Lisans Programı**, İzmir, Türkiye, 2023

**Amaç:** Bu çalışma akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin prenatal tarama ve tanı testlerine yönelik **yaşadıkları karar çatışması ve stres düzeylerinin** karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Mardin’ de bir eğitim araştırma hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde 01.03.2022- 10.09.2022 tarihleri **arasında tanımlayıcı araştırma olarak yürütülen bu çalışmaya 346 gebe dâhil edilmiştir. Katılımcılar akraba evliliği yapan gebeler ve akraba evliliği yapmayan gebeler olarak iki gruba ayrılmıştır ve her gruba 173 gebe dâhil edilmiştir. Veriler Tanıtıcı Özellikler Formu, Karar Vermede Çatışma Ölçeği (KVÇÖ) ve Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği (DÖSAÖ) ile toplanmıştır. Bu araştırma, akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin; prenatal tanı ve tarama testlerine yönelik yaşadıkları karar çatışmasının incelenmesi aynı zamanda stres düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür.**

**Bulgular:** Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 28,08±4,61 yıl, ortalama gebelik haftası 20,13±5,55 haftadır. **Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin ailede genetik hastalık bulunma durumları ( $\chi^2=22,936$ ,  $p<0.001$ ) açısından ve genetik hastalıkla doğan çocuğu olma durumu ( $\chi^2=5,549$ ,  $p=0,018$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.** Akraba evliliği yapan gebelerin gebelik sayısına göre DÖSAÖ toplam puanları ( $t=2,614$ ,  $p=0,010$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İlk gebeliği olan kadınların DÖSAÖ ve KVÇÖ puanları multipar kadınlara göre daha yüksektir. Akraba evliliği yapan gebelerde ailede genetik hastalık bulunma durumuna göre DÖSAÖ medikal ve

obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur ( $t=5,154$ ,  $p<0,001$ ).

**Sonuç:** alışmadan elde edilen bulgulara göre; akraba evliliği yapan gebelerin yaşadığı stres ve karar çatışmasının yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelerin akraba evliliği sonucu oluşabilecek riskler hakkında bilgi sahibi olabilmeleri ve bilinlendirilebilmeleri için hemşirelerin donanımlı olmaları ve danışmanlık sağlayabilmeleri gerekmektedir. Gebelere, anomali tespit edilmesi durumunda karşılaşabilecekleri seçenekler ve sonuçlar hakkında açık ve doğru bilgi vermeleri gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Prenatal Tarama Testi, Prenatal Tanı Testi, Akraba Evlilikleri, Doğum ncesi Stres, Gebelerde Karar atışması



## ABSTRACT

### COMPARISON OF DECISIONAL CONFLICT AND STRESS LEVELS REGARDING PRENATAL DIAGNOSIS AND SCREENING TESTS OF PREGNANT WOMEN WHO HAD CONSANGUINEOUS AND NON-CONSANGUINEOUS MARRIAGES

Dilan MERCAN

İzmir Kâtip Çelebi University Health Sciences Institute, Department of Nursing  
Thesis-based Master's Program, İzmir, Turkey, 2023

**Aim:** This study aimed to compare the decision conflict and perceived stress levels of pregnant women who had consanguineous marriage and not, regarding prenatal screening and diagnostic tests.

**Method:** This descriptive study was conducted at the Women's Health and Obstetrics Clinic of an educational research hospital in Mardin between 01.03.2022-10.09.2022. A total of 346 pregnant women were included in the study. Participants were divided into two groups: pregnant women who had consanguineous marriage and who did not. Each group consisted of 173 pregnant women. Data were collected using the Demographic Characteristics Form, Decision Conflict Scale (DCS), and Antenatal Perceived Stress Scale (APSS).

**Results:** The mean age of the participating pregnant women was  $28.08 \pm 4.61$ , and the mean gestational age was  $20.13 \pm 5.55$  weeks. Statistically significant differences were found in terms of the presence of genetic diseases in the family ( $\chi^2=22.936$ ,  $p<0.001$ ) between pregnant women who had consanguineous marriages and those who did not, as well as in terms of having a child with a genetic disease ( $\chi^2=5.549$ ,  $p=0.018$ ). There was a statistically significant difference in the total scores of the Antenatal Perceived Stress Scale (APSS) based on the number of pregnancies among pregnant women who had consanguineous marriage ( $t=2.614$ ,  $p=0.010$ ). The APSS and Decisional Conflict Scale (DCS) scores of women experiencing their first

pregnancy were higher compared to multiparous women. Among pregnant women who had consanguineous marriage, significant differences were found in the medical and obstetric risks/fetal health sub-dimension of the APSS based on the presence of genetic diseases within the family ( $t=5.154$ ,  $p<0.001$ ).

**Conclusion:** According to the findings obtained from the study, it was determined that pregnant women who had consanguineous marriage experienced high levels of stress and decisional conflict. In order to provide pregnant women with information and awareness regarding the potential risks arising from consanguineous marriages, nurses need to be well-equipped and enable to counsel women. Pregnant women should be provided with clear and accurate information about the options and potential outcomes in case of an anomaly detection.

**Keywords:** Prenatal Screening Test, Prenatal Diagnostic Test, Consanguineous Marriages, Antenatal Stress, Decisional Conflict in Pregnant Women

## İÇİNDEKİLER

<b>YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI</b>	<b>ii</b>
<b>ETİK BEYAN</b>	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>ix</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b>	<b>xii</b>
<b>ŞEKİLLER</b>	<b>xiii</b>
<b>TABLolar</b>	<b>xiv</b>
<b>1. GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER</b>	<b>15</b>
<b>1.1. Problemin Tanımı</b>	<b>15</b>
<b>1.2. Araştırmanın Amacı</b>	<b>3</b>
<b>1.3. Araştırmanın Önemi</b>	<b>3</b>
<b>1.4. Araştırma Soruları</b>	<b>4</b>
<b>1.5. Sınırlılıklar</b>	<b>5</b>
<b>1.6. Genel Bilgiler</b>	<b>5</b>
<b>1.6.1. Aile Kavramı ve Aile Tipleri</b>	<b>5</b>
<b>1.6.1.1. Çekirdek Aile</b>	<b>6</b>
<b>1.6.1.2. Geniş Aile</b>	<b>6</b>
<b>1.6.1.2.1. Ataerkil Geniş Aile</b>	<b>6</b>
<b>1.6.1.2.2. Bileşik Geniş Aile</b>	<b>7</b>
<b>1.6.1.2.3. Geçici Geniş Aile</b>	<b>7</b>
<b>1.6.1.3. Parçalanmış Aile</b>	<b>7</b>
<b>1.6.2. Akrabalık Tanımı ve Akraba Evliliği</b>	<b>7</b>
<b>1.6.2.1. Akrabalık Dereceleri</b>	<b>8</b>
<b>1.6.2.2. Akraba Evliliği ve Tarihçesi</b>	<b>10</b>
<b>1.6.2.3. Günümüz Toplumlarında Akraba Evliliği</b>	<b>10</b>
<b>1.6.3. Akraba Evliliğini Etkileyen Faktörler</b>	<b>11</b>
<b>1.6.3.1. Sosyo-Kültürel Faktörler</b>	<b>11</b>
<b>1.6.3.2. Ekonomik Faktörler</b>	<b>12</b>
<b>1.6.3.3. Dini Faktörler</b>	<b>12</b>

1.6.4.	Dünyada Akraba Evlilikleri	12
1.6.5.	Türkiye’ de Akraba Evlilikleri	13
1.6.6.	Akraba Evliliklerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	15
1.6.7.	Prenatal Tarama Testleri	16
1.6.7.1.	Birinci Trimester Tarama Testleri	16
1.6.7.1.1.	Birinci Trimester Kombine Test (İkili Test)	16
1.6.7.2.	İkinci Trimester Tarama Testleri	17
1.6.7.2.1.	Üçlü Test	17
1.6.7.2.2.	Dörtlü Test	17
1.6.7.2.3.	Non- İnvaziv Prenatal Test (NIPT)	17
1.6.7.2.4.	Ultrasonografi	18
1.6.8.	Prenatal Tanı Testleri	18
1.6.8.1.	Koryonik Villus Örneklemesi	18
1.6.8.2.	Amniyosentez	19
1.6.8.3.	Kordonosentez	19
1.6.9.	Prenatal Dönemde Stres	20
1.6.10.	Karar Çatışması	21
<b>2.</b>	<b>GEREÇ VE YÖNTEMLER</b>	<b>22</b>
2.1.	Araştırmanın Tipi	22
2.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
2.3.	Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	22
2.4.	Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	23
2.5.	Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	23
2.6.	Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	24
2.6.1.	Tanıttıcı Özellikler Formu	24
2.6.2.	Karar Vermede Çatışma Ölçeği	24
2.6.3.	Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği	25
2.7.	Verilerin Analizi	25
2.8.	Etik Açıklamalar	26
<b>3.</b>	<b>BULGULAR</b>	<b>27</b>
3.1.	Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	28
3.1.1.	Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	28

<b>3.2.</b>	<b>Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Prenatal Tarama ve Tanı Testlerine İlişkin Bulgular</b>	<b>30</b>
<b>3.2.1.</b>	<b>Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Prenatal Tarama ve Tanı Testlerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı</b>	<b>30</b>
<b>3.3.</b>	<b>Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması</b>	<b>32</b>
<b>3.4.</b>	<b>Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle DÖASÖ ve KVÇÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması</b>	<b>34</b>
<b>3.5.</b>	<b>Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri ile DÖASÖ Alt Boyut Toplam Puanlarının Karşılaştırılması</b>	<b>38</b>
<b>3.6.</b>	<b>Akraba Evliliği Yapan Ve Yapmayan Gebelerin Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular</b>	<b>46</b>
<b>3.6.1.</b>	<b>Akraba Evliliği Yapan Ve Yapmayan Gebelerin KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi</b>	<b>46</b>
<b>4.</b>	<b>TARTIŞMA</b>	<b>49</b>
<b>4.1.</b>	<b>Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması</b>	<b>50</b>
<b>4.2.</b>	<b>Gebelerin Prenatal Tarama ve Tanı Testlerine İlişkin Bulgularının Tartışılması</b>	<b>52</b>
<b>4.3.</b>	<b>Gebelerin KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması</b>	<b>53</b>
<b>4.4.</b>	<b>Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ Alt Boyut Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması</b>	<b>54</b>
<b>4.5.</b>	<b>Gebelerin KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması</b>	<b>55</b>
<b>5.</b>	<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>57</b>
<b>5.1.</b>	<b>Sonuçlar</b>	<b>57</b>
<b>5.2.</b>	<b>Öneriler</b>	<b>59</b>
	<b>KAYNAKLAR</b>	<b>61</b>

## **EKLER**

EK-1 Etik Kurul Kabul Formu

EK-2 Araştırma Kurum İzni

EK-3 Tanıtıcı Özellikler Veri Toplama Formu

EK-4 Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği (DÖASÖ)

EK-5 Karar Vermede Çatışma Ölçeği (KVÇÖ)

EK-6 Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği Kullanım İzni

**ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ**

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

%%: Yüzde

ACOG: Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (The American College of Obstetricians and Gynecologists)

AÇSHB: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

ADNKS: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

DSÖ/ WHO: Dünya Sağlık Örgütü

F: Oneway Anova testi

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

KGO: Kapsam Geçerliği Oranı

MEB: Millî Eğitim Bakanlığı

n: Ortalama

N: Sayı

NIPT: Noninvaziv Prenatal Test

NT: Nuchal Translucency- Nukal Saydamlık

p: Anlamlılık Değeri

SPSS: : Statistical Package for the Social Sciences

SS: Standart Sapma

t: Bağımsız gruplarda t testi

TDK: Türk Dil Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNİCEF: United Nations International Children's Emergency Fund / Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

US: Ultrasonografi

X2: ki-kare testi

Z: Mann-Whitney U Testi

## ŒEKİLLER

Œekil 1. Akrabalık Dereceleri



## TABLULAR

Tablo 1. Bölgelere Göre Akraba Evliliği Yüzdeliği

Tablo 3.1. Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 3.2. Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Prenatal Tarama ve Tanı Testlerine İlişkin Bulgular

Tablo 3.3. Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ Alt Boyut Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Tablo 3.4. Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle DÖASÖ ve KVÇÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 3.5. Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri ile DÖASÖ Alt Boyut Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 3.6. Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

## 1. GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

### 1.1. Problemin Tanımı

Gebelik, birçok kadının doğurganlık döneminde deneyimlediği çoğu zaman mutluluk verici bir durum olarak görülmektedir. Ancak her zaman istenilen şekilde olmayabilir ve sağlıklı bebek sahibi olmayı bekleyen çiftler, anne ve/veya bebek ile ilgili risklerle karşılaşabilirler (1).

Akraba evliliği, ortak bir atası bulunan, kan bağı ile birbirine bağlı kişiler arasında olan evlilik olarak tanımlanmaktadır ve ülkemizde sık görülen bir evlilik türüdür. Üçüncü derece ve daha yakın akrabalık derecelerinde yasak olan akraba evlilikleri en fazla dördüncü derecede bulunan kuzenler arasında olmaktadır (2). Özellikle geleneksel yaşam tarzına sahip bölgelerde akraba evliliklerinin en yaygın nedenleri arasında severek ve isteyerek yapılan evlilikler, mal paylaşımı yapılmaması, görücü usulü ve yabancının aileye girmesine izin verilmemesi sayılabilir (3).

Akraba evlilikleri, nadir görülen genetik hastalıkların görülme oranını artırmaktadır (örneğin hemofili, talasemi, vb.). Aralarında kan bağı olan bireyler, toplumun taşıdığı ortak genlere ilaveten, akrabalıktan gelen ortak genleri taşımaktadırlar ve sağlıklı görünen bireylerin genotiplerinde (organizmanın genetik yapısı) taşıdıkları hastalık oluşturan genleri çocuklarına aktarmaktadırlar (4,5).

Gebelikte, bazı hastalıklar için tarama ve tanı testleri yapılmaktadır. Bu testlerin yapılmasının sebebi, fetüste anomali riskinin tespiti ve bu risk doğrultusunda gerekli tanı testi ile tanının anne karnında konmasıdır. Bu tanı doğrultusunda ebeveynlerin doğum öncesi bebeklerinin sağlığı ile ilgili bilgi edinmesi ve planlamayı öncesinde yapması hedeflenmektedir (6). Tanı testinin anormal sonuçlanması durumunda, aile gebeliğin sonlandırılmasını istemez ise, fetüsteki anomali tespit edildiği için hamilelik süresinin ve doğumun anne ve fetus için en uygun şartlarda yönetilmesi mümkün olmaktadır ve bu doğrultuda aileye gerekli danışmanlık sağlanmaktadır. Ayrıca, tanı testi sonucunun normal gelmesi durumu da

söz konusudur, bu durumda ise özellikle ileri gebe yaşı, aile öyküsünün bulunması bununla birlikte sosyo-demografik özelliklerde akraba evliliğinin bulunması gibi kromozomal anomali riskinin yüksek olduğu durumlarda aileyi rahatlatır. Kullanılan tarama testinin ilgili hastalığın riskini saptama oranı ile sonrasında yapılan tanı testinin hastalığı tespit etmede oranı yükseldikçe ailenin endişeleri de o ölçüde azalmaktadır (2,6,7). Özetle prenatal tarama ve tanı testleri; fetüste görülebilecek herhangi bir hastalık veya anomali tanısının anne karnında konabilmesi için, ebeveynlerin doğum öncesi bebeklerinin sağlığı ile ilgili bilgi edinmesi ve öncesinde planlama yapabilmesi için olanak sağlamaktadır (8).

Ailelerin gebeliğin devamına karar verme gibi önemli seçimlerini sağlıklı bir biçimde yapabilmeleri için tüm seçenekler hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (6,9,10,11). Testlerin neler olduğunu ne amaçla yapıldığını, sonuçlarının ne anlama geldiğini, sonuçları doğrultusunda nasıl hareket etmeleri gerektiğini anlamaları önemlidir; çünkü sonuç doğrultusunda verilecek karar hem yasal hem vicdani bir karardır. Bu yüzden prenatal tanı ve tarama yapacak kişilerin doğru yönlendirilecekleri bir danışmanlığa ihtiyaçları vardır (6,12). Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (The American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG), kadınlardan tarama testi sonucu pozitif çıkanlara danışmanlık verilmesini ve bu kadınların tanı testi yaptırmasını önermektedir (11,13,14). Akraba evlilikleri genellikle severek ve isteyerek, görücü usulü, mal paylaşımının olmaması veya aileye yabancı bir kimsenin girmemesi gibi nedenlerle yapılmakla birlikte, evlilik sonucu oluşan gebeliklerde fetüste genetik bozukluk görülme olasılığının yüksek olması, abortus ve otozomal resesif kalıtımla aktarılan genetik hastalıkların görülme sıklığının artması gibi sorunlar yaşanmakta bu da ailelere sosyal, psikolojik, ekonomik açılarından ağır yükler getirebilmektedir (2,15). Gebelik döneminde yapılan tarama ve tanı testleri ailelere gebeliğin sonlandırma veya devam ettirme seçeneklerini sunmaktadır. Seçtikleri seçenek doğrultusunda gerekli planlamalar yapılarak oluşan ekonomik, sosyal ve psikolojik yük ile baş etmelerine yönelik olarak girişimler planlanabilmektedir (15).

## 1.2. Araştırmanın Amacı

Akraba evlilikleri ülkemizde sık yapılmaktadır. Akraba evliliğine dair bilinen en büyük risk ise gebelerde fetüste genetik bozukluk ya da hastalık görülme riskinin artmasıdır. Ortaya çıkan bu hastalıklar ailelere bazı sorumluluklar yüklemektedir. Bu sorumluluklar gebeliğin devam edip etmeyeceğine dair verdikleri kararlarla örneklendirilebilir. Ailelerin karşılaşacakları bu sorumluluklara dair önceden planlama yapabilmesi ve kendilerinde oluşabilecek kaygıyla baş edebilmeleri gerekmektedir. Bu sürecin başarıyla kontrol altına alınabilmesi için prenatal tarama ve tanı testleri yapılmakta, sonuca göre gerekli danışmanlık ve doğru planlama yapılabilmektedir. Bu sebeple bu çalışmada; akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin prenatal tarama ve tanı testlerine yönelik yaşadıkları karar çatışması ve stres düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

## 1.3. Araştırmanın Önemi

Akraba evlilikleri en sık ülkemizin Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yapılmaktadır. Akraba evliliğinin en fazla olduğu ilimiz ise Mardin'dir. Türkiye' de yaygın olarak görülen akraba evlilikleri otozomal resesif kalıtımla aktarılan genetik hastalıkların görülme sıklığını artırmaktadır (8). Hemofili, talasemi gibi hastalıklar bu hastalıklara örnek olarak verilebilir (14,16). Aralarında kan bağı olan bireyler, toplumun taşıdığı ortak genlere ek olarak bir de akrabalık bağından gelen ortak genleri taşımaktadırlar. Akraba evliliğinde oluşan en büyük sorunlardan biri ise sağlıklı görünen bireylerin genotiplerinde taşıdıkları hastalık oluşturan genleri çocuklarına aktarmalarıdır. Anne ve babanın akraba olması, bu hatalı genleri ikisinin de taşıması ve çocuklarına aktarması ihtimalini arttırmaktadır. Buna ek olarak akraba olmayan fakat aynı coğrafya ve etnik kökenden gelen gruplar bazı genetik geçişli hastalıklar açısından risk altındadır (15,17). Bu durumda özellikle akraba evliliklerinde doğacak çocuk için gerekli tanı ve tarama testlerinin yapılması önem arz etmektedir.

Kadınların gebelik süreçlerinde akraba evliliği, anomalili bebek öyküsü, ailede genetik bir hastalığın bulunması gibi riskli durumlarda tanı ve tarama testlerine yönelmeleri ve bu doğrultuda tam anlamıyla tatmin olacakları bir

danışmanlığı alabilmeleri için profesyonel sağlık personellerine önemli sorumluluk düşmektedir. Özellikle hemşire ve ebeler, risk grubunda akraba evliliği dolayısıyla bulunan gebelere gerekli danışmanlığı sağlayarak tanı ve tarama testlerine olan düşüncelerini saptayabilir, bu doğrultuda kişilerin en doğru kararı vermelerinde etkili rol alabilirler. ACOG, doğum öncesi tarama ve tanı testlerinin riskleri ve faydaları ile birlikte, hastaların alternatif yöntemler konusunda da bilgilendirilmesi gerektiğini vurgulamakta ve hiçbir testin uygulanmama seçeneğinin de ele alınması gerektiğini öne sürmektedir (16). Hemşire ve ebeler, eğitim durumu düşük veya okur yazar olmayan gebelerin akraba evliliği yapmaları dolayısıyla anomalili bebek dünyaya getirme korkusunu, testlerin sonuçlarında çıkabilecek anomali için yaşayabilecekleri karar çatışması ve oluşabilecek stresini etkili bir danışmanlık, bu danışmanlık sonrasında da yapılacak planlamalarla azaltabilirler. Gebelerin daha az karar çatışması ve stres yaşamaları bu danışmanlığın etkinliğine bağlıdır (6,15).

#### **1.4. Araştırma Soruları**

S1: Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin prenatal tanı ve tarama testlerine yönelik yaşadıkları stres düzeyleri nedir?

S2: Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin prenatal tanı ve tarama testlerine yönelik yaşadıkları karar çatışması ne düzeydedir?

S3: Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin prenatal tanı ve tarama testlerine yönelik yaşadıkları karar çatışması ile stres düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

S4: Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin yaşadıkları karar çatışmasını etkileyen faktörler nelerdir?

S5: Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin yaşadıkları stres düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

## **1.5. Sınırlılıklar**

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Bu çalışmada gebelerin stres düzeylerine bakıldığı için gebede stres düzeyini anormal düzeyde arttıran ve yüksek tehdit yaratan bir hastalığı bulunan gebeler alınmamıştır. Bu sebeple tüm popülasyon için genellenemez. Araştırmanın en önemli sınırlılığı, gebelerin kendileriyle gelen yakınlarından çekinmeleri sebebiyle araştırmaya katılmak istememesidir. Ayrıca Mardin Eğitim Araştırma Hastanesine başvuran gebelerde akraba evliliği yapma oranı yüksek olduğundan, akraba evliliği yapmayan gebelere ulaşmakta zorluk çekilmiştir. Çalışmadan elde edilen veriler gebelerin öz bildirimlerine dayanmaktadır. DÖASÖ geçerlilik çalışması 36-39 gebelik haftasındaki gebelere uygulanmaktadır, bu çalışmada daha erken gebelik haftasındaki gebelere uygulanması çalışmanın sınırlılıklarındandır.

## **1.6. Genel Bilgiler**

### **1.6.1. Aile Kavramı ve Aile Tipleri**

Aile kurumu; içinde insanın dünyaya geldiği, sosyalleşmenin ilk ortaya çıktığı, toplumun en küçük birimi olan sosyal bir birimdir. Aile ile ilgili birçok tanım bulunmaktadır (17). “Aralarında akrabalık bağı bulunsun veya bulunmasın aynı konutta yaşayan, temel ihtiyaçlarını birlikte karşılayan, hane halkı hizmet ve yönetimine katılan bir veya birden fazla kişiden oluşan birimdir” (16,18). “Evlilik ve kan bağına dayanan, karı, koca, çocuklar, kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birlik” (17,19).

Aile tipleri şu şekilde sınıflandırılabilir; çekirdek aile, geniş aile ve parçalanmış aile. Geniş aile ise kendi içerisinde; ataerkil geniş aile, bileşik geniş aile ve geçici geniş aile gibi alt kategorilere ayrılmaktadır (20).

#### **1.6.1.1. Çekirdek Aile**

Çekirdek aile modern ailelerde görünen bir yapıdır. Özellikle sanayileşmiş çağdaş toplumlarda çekirdek aileler, geniş ailelerin yerine geçmektedir. Baba, anne ve onların bekar çocuklarından oluşan aile çekirdek ailedir. Çekirdek ailede geniş

aileden farklı olarak aile bireyleri bağımsızdır ve ev dışında çalışabilmektedir. Bu durum sayesinde ailedeki ilişkiler daha eşit şartlarda kurulmuştur. Bu sayede aile, bireyin kendi geleceğini oluşturmasında, bilgi, donanım ve beceri edinmesinde etkili rol almış olur. Bu aile tipinde bireyler eşit şartlarda oldukları için bireyler arasında iş birliği vardır. Herkes eşit şartlarda çalışmaktadır. Bireyler arası hoşgörü, saygı mevcuttur. Kuşaklar arası anlayış, saygı ve hoşgörü bulunmaktadır. Bu aile tipinde çocuğa, bir gelecek güvencesi olarak bakılmaz. Bu yüzden çocuk sayısı azdır, iki doğum arası süre de bu yüzden fazladır (19).

### **1.6.1.2. Geniş Aile**

Sorumluluk duygusu bulunan, birbirine bağlı, neslin devamlılığını sağlamakla yükümlü akrabalarından oluşan ailedir. Ailede birden fazla evlenmiş çift bulunur ve genelde aileyi baskın olan çift yönetir (16,19,20).

#### **1.6.1.2.1. Ataerkil Geniş Aile**

Baba, anne, evlenmemiş oğullar ve kızlar, evlenmiş oğullar, gelinler ve torunların birlikte yaşadığı geniş aile tipidir. Ailenin tüm yetkisi babadadır ve evin reisi konumundadır (20,21).

#### **1.6.1.2.2. Bileşik Geniş Aile**

En az üç kuşağın bir arada yaşadığı, akrabalık veya evlilik yoluyla birbirine bağlı kişilerin yaşadığı geniş aile tipidir. Bu ailedeki bireyler birbirlerine sosyal ve ekonomik yönden bağımlıdır (20,21,22).

#### **1.6.1.2.3. Geçici Geniş Aile**

Aile reisinin anne, babasının veya bunlardan sadece birinin, bekâr kardeşlerinin, karısının yakınlarının veya her ikisinin bu tür akrabalarının bulunduğu aile tipidir (20,21).

### 1.6.1.3. Parçalanmış Aile

Ayrılma ya da ölüm nedeniyle bölünmüş ailelerdir (20). Ülkemizde göç, evlilik dışı çocuk ve annesi gibi nedenlerden dolayı parçalanmış aile oranı artmaktadır (21).

### 1.6.2. Akrabalık Tanımı ve Akraba Evliliği

Akraba kelimesi Türk kültürüne Arapça dilinden gelmektedir. Arapça *karîb* sözcüğünün çoğul hali olan *akribâ* sözcüğünden gelir (17). En az bir ortak ataya sahip olmak akrabalık olarak ifade edilir. Genel olarak akraba kişiler kan veya evlilik bağı ile birbirlerine bağlıdır, bu kişiler hısım olarak tanımlanmaktadır. Akrabalıkta ortak ata zorunludur bununla birlikte ortak ata en fazla iki kuşak öncesi ise buna “yakın akraba”, iki kuşaktan daha fazla kuşak öncesi ise “uzak akraba” olarak tanımlanır.

Evlilik bağıyla, ortak bir atası bulunan, kan bağıyla birbirine bağlı kişiler arasında olan evliliğe akraba evliliği denir. Bu evlilik özellikle yeğenlerin (kardeş çocuklarının) arasında oluşmaktadır. Akraba evliliği baba soyu ve anne soyu ile yapılmaktadır. Baba tarafından halanın ve amcanın çocukları ile; anne tarafından ise dayının ve teyzenin çocukları ile akraba evliliği yapılır. Bunun haricinde bir de çapraz kuzen ve paralel kuzen evliliği ayrımı mevcuttur. Aynı cinsiyetten kardeşlerin çocuklarıyla yapılan evlilik paralel kuzen evliliğidir. Paralel kuzen evliliğinde anneler veya babalar kardeştir, amca kızı/ oğlu ile teyze kızı/ oğlu evlilikleri örnek olarak gösterilebilir. Çapraz kuzen evliliklerinde ise farklı cinsiyetten kardeşlerin çocukları evlenmektedir. Dayı kızı/ oğlu ile hala kızı/ oğlu evlilikleri verilebilecek örneklerdir. Akraba evliliği sonucu doğan çocuklara özel bir tabirle “aynı soydan ebeveyn çocukları” denilmektedir (18,19,20,21).

Akraba evliliklerinde popülasyondaki gen frekansı önemli ölçüde değişmektedir. Akraba evliliklerinin fazla tercih edildiği yerlerde genetik yapı genel popülasyondan farklılık göstermektedir.

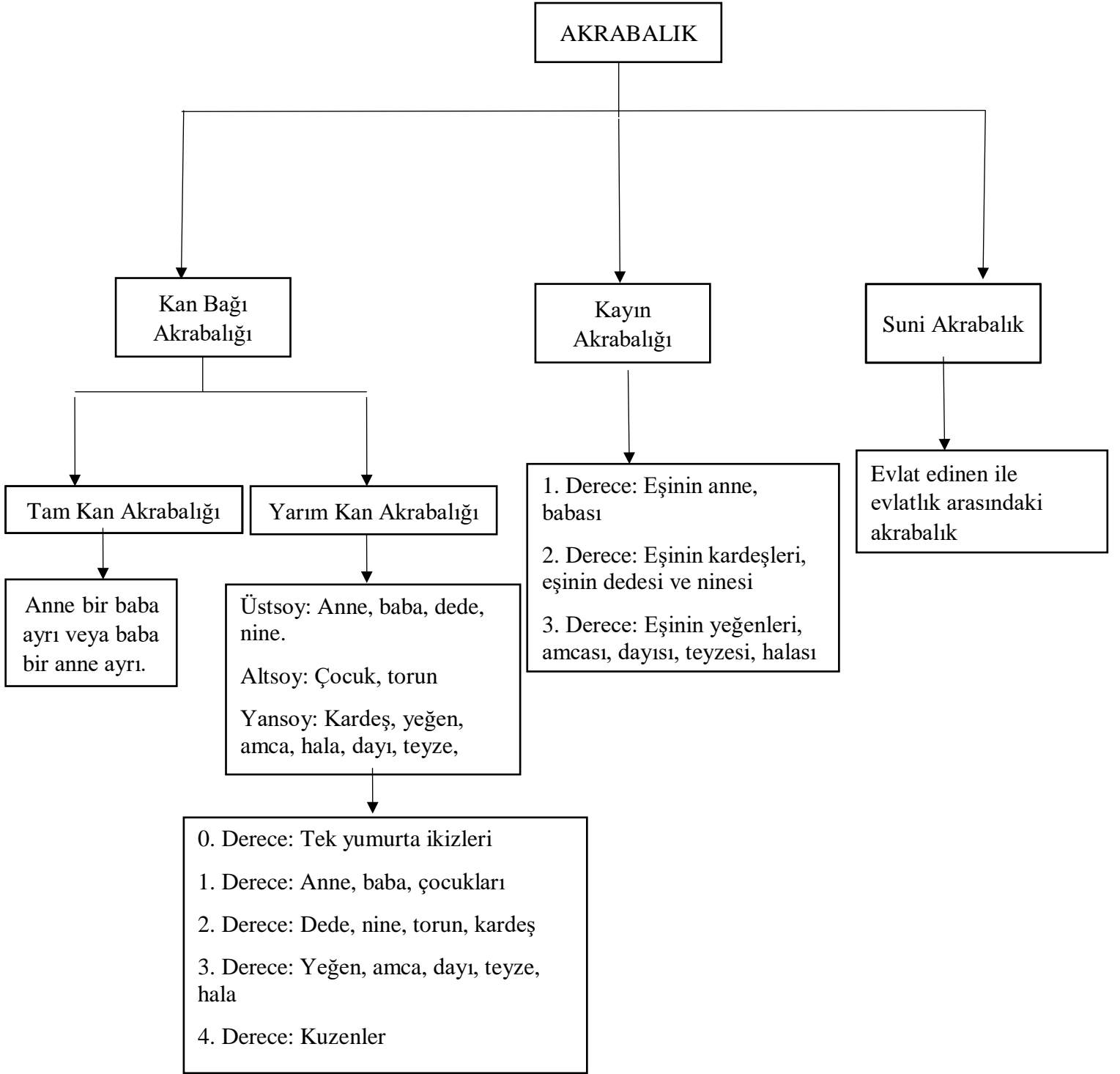


### 1.6.2.1. Akrabalık Dereceleri

Akrabalık derecelerini, akrabaları birbirine bağlayan doğum sayısı belirler. Altsoy- üstsoy akrabalığında bir kişinin diğer bir kişinin atası olduğu ifade edilirken yansoy akrabalığında kişilerin atası ortaktır, kardeşler gibi. Evlilikte akrabalık dereceleri önem arz etmektedir. Sıfırıncı derecede tek yumurta ikizleri; birinci derecede anne, baba ve onların çocukları; ikinci derecede dede, nine torun ve kardeşler; üçüncü derecede yeğen, amca, dayı, teyze ve hala; dördüncü derecede ise kuzenler bulunmaktadır. Üçüncü derece ve daha yakın akrabalık derecesinde evlilik yasaktır. Bu engeller genel anlamda ülkemiz de ve diğer birçok ülkede Medeni Kanunlarla belirtilmiş ve sınırları net bir şekilde çizilmiştir. Türkiye’de Türk Medeni Kanunu’na göre evliliğin yasak olduğu akrabalık dereceleri şöyle belirtilmiştir (21,22):

1. Üstsoy ile altsoy akrabalık düzeyleri arasında; kardeşler arasında ve dayı, teyze, hala, amca gibi akrabalar ile bu akrabaların yeğenleri arasında evlilik yapılması yasaktır.
2. Evlendikten sonra boşanmış olsalar dahi, kayın akrabalığı olduğundan dolayı, eşlerden bir kişi ile diğerinin altsoyu ve üstsoyu arasında evlenmek yasaklanmıştır.
3. Evlat edinen ile evlatlığı arasında evlilik yasaktır. Bu kişilerden biri ile diğerinin altsoyu ve eşi arasında da evlilik yasaklanmıştır.

Şekil 1. Akrabalık Dereceleri



Tabak, A. (2008) Endokrinoloji ve Metabolizma Polikliniğinden Takipli Hastalarda Akraba Evliliği Sıklığı ve Akraba Evliliğini Etkileyen Faktörler.

### **1.6.2.2. Akraba Evliliği ve Tarihçesi**

Akraba evlilikleri toplumdan topluma farklı anlam, kültür ve gelenek taşımaktadır. Kimi toplumlarda yasaklanıp ayıplanan akraba evliliği kimi toplumlarda ise uğur ve soyluluk anlamı taşımaktadır. Örneğin tarihte Jawa Klongları arasında anne ve oğullarının evlenmesinin uğur getirdiğine inanılmaktadır. Bazı toplumlarda ise tam tersi durum geçerlidir, akraba evliliği yasaklanacak seviyede bir evliliktir örneğin Güney Avusturalya'da bulunan bazı kabilelerde bir erkeğin anne, kız kardeş, birinci ve ikinci dereceden kuzenlerle cinsel ilişki kurması yasaktır (23).

Özellikle Anadolu'da akraba evliliklerinin yaygın olmasının sebepleri kentleşmenin, refah seviyesinin ve eğitim seviyesinin düşük olması olsa da asıl sebebi kültürdür. Günümüze kadar süren bu evlilik kültürü bu kültürü yaşayan kişiler tarafından normal karşılanmaktayken bu kültüre uzak kişiler tarafından tuhaf karşılanabilmektedir (22,23).

### **1.6.2.3. Günümüz Toplumlarında Akraba Evliliği**

Günümüz toplumunda özellikle kentleşme ve sanayileşmenin artması ile akraba evlilikleri azalmaktadır. Batı toplumlarında akraba evlilikleri sanayide otomobilin icadıyla önemli oranda azalma göstermiştir. Sanayi toplumlarında kentleşmenin de etkisiyle farklı toplumlardaki insanlar bir araya gelmişlerdir. Bu farklı toplumdaki insanların birbirlerini tanımasıyla aralarındaki evlilik bağı ilişkisi de güçlenmeye başlamıştır. Ülkemizde de modernleşmenin etkisiyle akraba evliliği oranında azalma meydana gelmektedir. Daha çok gelenekçi bakış açısına sahip toplumlarda görülen akraba evliliğinin etkisi değişen fikir ve bakış açılarıyla azalmaktadır (22,23,24).

### **1.6.3. Akraba Evliliğini Etkileyen Faktörler**

Akraba evliliğinin başlıca nedenleri arasında; severek evlenme, mal varlığının ve toprak bütünlüğünün korunması, aileye yabancı bir kimsenin girmesinin önlenmesi, ailenin istemesi (görücü usulü), evlenecek çiftin ailelerinin tanışıyor

olması, coğrafi konum ve aileyi oluşturan bireyler arasındaki sevgi, saygı bağının kuvvetlendirilmesi bulunmaktadır.

Kütahya ilinde yapılan bir çalışmada; kadınların akraba evliliğini tercih etme nedenleri arasında ailenin istemesi %71,3 oranıyla ilk sıradadır. Ardından gelen nedenler %18,7 ile severek evlenme, %6,7 mirasın bölünmemesi, %1,3 berdel (bu evlilik yöntemi, ailelerin kızlarını birbirlerine gelin olarak vermesi veya evlenmeyi düşünen iki erkeğin, kendi ailelerindeki kızları birbirlerine eş olarak seçmesiyle gerçekleşmektedir), %1 kaçırılarak ve %1 beşik kertesidir (24).

Hatay' da yapılan bir çalışmada; severek evlenme %39,4 oranında, ailenin isteği %27,4 oranında, yörelerinde aile evliliğinin gelenek olması %23,4, yabancıya gitmeme düşüncesi %11,5 oranında, ailenin zorlaması ve baskısı %2,5 oranında, malın bölünmemesi %1,5 oranında bulunmuştur (24).

### **1.6.3.1. Sosyo-Kültürel Faktörler**

Eski dönemlerden beri toplumlar akraba evlilikleri için bazı yasaklar koymuşlardır. Bu yasakların kökeni muhtemel olasılıkla biyolojik bilgi ve deneyimlerden değil sosyal ve kültürel gerekliliklerden almıştır (25, 26).

Yapılan çeşitli araştırmalarda akraba evlilikleri nedenleri arasında ilk aklı gelen ekonomik nedenler olsa da toplumda kadının statüsü ve eğitim seviyesi daha önemli bir yer tutmaktadır. Kadının düşük eğitim düzeyinde olması, çalışmaması, sosyal statüsünün düşük olması, kırsal kesimde yaşıyor olması ve gerçekleşecek evliliğin aile tarafından organize ediliyor olması akraba evliliğine yönelme olasılığını arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda erkeklerin eğitim düzeylerinin yükselmesinin akraba evliliği olasılığını azaltmadığı, ancak buna karşın kadınların eğitim düzeyinin artırılması durumunda kadının akraba evliliği yapma oranının %4'lere düştüğü bilinmektedir. Özet olarak kadın, eğitim seviyesi yükseldikçe üzerindeki kültürel ve toplumsal baskıyı kırma şansı elde etmektedir (26,27).

### **1.6.3.2. Ekonomik Faktörler**

Akrabalar, genellikle aynı sosyo-ekonomik koşullar altında buldukları için benzer beklenti ve yaşam standartlarına sahiptirler. Bu nedenle akraba evlilikleri; ailenin sahip olduğu toprak bütünlüğünü bölmek ve ailenin mal varlığını korumak, aile bireyleri arasındaki sevgi ve saygı bağını kuvvetlendirmek gibi sebeplerle tercih edilebilmektedir (26).

### **1.6.3.3. Dini Faktörler**

Yeryüzünde pek çok dinin var olduğundan söz etmek mümkündür. Din unsuru da akrabalık evliliğini etkileyen unsurlardandır. Müslümanlık gibi Tek Tanrılı Dinler akrabalık evliliğinin sıkça görüldüğü dinlerdir. Japonya'da medeni kanunun akraba evliliğini yasaklaması, öncesinde bu ülkede yaşayan dinlere inanan ailelerin akraba evliliği gerçekleştirdiğini göstermektedir. Bu dinler, evlilik konusunda özellikle birinci derecede akraba olanlarla evlenilmemesi gerektiğini vurgulamaktadır. Böylece, ensest/fücür olarak kabul edilen ilişkilerin sınırlarını belirlemektedir (27).

### **1.6.4. Dünyada Akraba Evlilikleri**

Akraba evlilikleriyle ilgili dünyada yapılan çalışmalara bakıldığında oranlar toplumsal, dil, din, sosyo-kültürel ve coğrafi nedenlerden dolayı değişiklik göstermektedir. Akraba evliliğinin en sık yapıldığı ülkelere bakıldığında, en fazla kırsal kesimde ve birinci derece kuzenlerle yapıldığı bulunmuştur. Akraba evliliği en sık ekonomik, sosyo- kültürel ve dini amaçla yapılmaktadır. Genel anlamda akraba evliliğinin en sık yapıldığı ülkeler Asya ve İslam ülkeleridir (21).

Akraba evlilikleri genel olarak Arap ülkelerinde daha yaygın görülmektedir. Jaouad ve arkadaşlarının Fas' ta akraba evliliklerini araştırdığı bir çalışmada 852 aile akraba evliliği ve genetik hastalık açısından incelenmiştir ve otozomal resesif bozukluğu olan 176 aile arasında, evliliklerin %59,09' unun akraba evliliği olduğu bulunmuştur. Fas'ta ortalama akraba evliliği katsayısı %15,25 olarak bulunmuştur (28).

Asha Bai ve arkadaşlarının Güney Hindistan’ da akraba evliliklerinde doğum oranı ve doğan çocukların gelişim bozukluklarını incelediği bir araştırmada 377 evli çift ele alınmaktadır. Bunlardan 156’sı akraba evliliğidir ve bu bölgede yaşayan Hindular arasında akraba evliliğinin Müslümanlar veya Hristiyanlardan daha yaygın olduğu görülmüştür. Akraba evliliklerinde doğum oranının akraba olmayan evliliklerden daha fazla olduğu bulunmuştur (29).

### **1.6.5. Türkiye’ de Akraba Evlilikleri**

Ülkemizde akraba evliliği geleneksel özelliklerden dolayı yaygın bir evlilik türüdür. Türkiye toplumunda özellikle birinci kuzen evlilikleri en sık görülen akraba evliliği derecesidir.

Türkiye’ de akraba evliliklerinin yaygınlığı ve sosyo-demografik korelasyonlarını araştırıldığı bir çalışmada; son 40 yılda yapılan demografik araştırmaların, Türkiye'nin yüksek düzeyde akraba evliliğine sahip bir ülke olduğunu gösterdiği bulunmuştur (30).

TNSA 2018 verilerine göre Türkiye’ de akraba evliliği ile ilgili olarak;

- Akraba evliliği oranı en yüksek (%31), 15-19 yaş grubunda gözlemlenirken, en düşük oranlar ise 25-29 ve 35-39 yaş gruplarında (%22 her ikisi için) görülmektedir.
- Kırdaki yaşayan kadınlar arasında akraba evliliği (%29), kentte yaşayan kadınlara kıyasla (%22) daha yaygın bir şekilde görülmektedir.
- Akraba evliliği, eğitim düzeyi daha düşük olan kadınlar arasında (%40) en yüksek seviyede iken, lise ve üstü eğitim almış olan kadınlar arasında (%51) en düşük seviyededir.

TNSA 2018 verilerine göre Türkiye’ de bölgelere göre akraba evliliği dağılımı Tablo 1’ de verilmiştir (31);

### **Tablo 1. Bölgelere Göre Akraba Evliliği Yüzdeliği**

<b>BÖLGELER</b>	<b>AKRABA EVLİLİĞİ YÜZDESİ</b>
Doğu Marmara Bölgesi	% 12
İstanbul	% 22
Batı Marmara Bölgesi	% 10
Ege Bölgesi	% 16
Akdeniz Bölgesi	% 32
Batı Anadolu Bölgesi	% 18
Orta Anadolu Bölgesi	% 25
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	% 43
Orta Doğu Anadolu Bölgesi	% 35
Kuzey Doğu Anadolu Bölgesi	% 31
Doğu Karadeniz Bölgesi	% 18
Batı Karadeniz Bölgesi	% 21

HÜNE Enstitüsü, (2021). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması.

2020 TÜİK verilerine göre;

- Türkiye'de 2020 yılındaki Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) raporuna göre, son resmi evlilikler içinde birinci dereceden kuzenleriyle evlenmiş 16 yaş ve üstü bireylerin oranı %8,4 olarak belirlenmiştir.
- Akraba evlilikleri yapan kişilerin %46,6'sının dayı ve halasının çocukları ile %27,2'sinin amca çocuklarıyla ve %26,2'sinin teyze çocuklarıyla evlendiği görülmüştür.
- 2020 yılında toplam evli bireyler arasında akraba evliliği yapmış olanların oranı illere göre incelendiğinde, en yüksek oranın %20,6 ile Mardin'de olduğu görülmüştür. Bunu sırayla %18,3 ile Şanlıurfa ve %17,1 ile Diyarbakır izlemiştir.
- %1,1 ile Edirne, akraba evliliği yapmış olan kişilerin oranının en düşük olduğu il olarak tespit edilmiştir. Ardından sırayla %1,5 ile Kırklareli ve %2 ile Çanakkale gelmektedir.
- 2020 yılında gerçekleşen toplam resmi evlenmeler arasında akraba evliliği oranının illere göre incelendiği zaman, en yüksek oranın % 15,1 ile

Şanlıurfa'da olduğu belirlenmiştir. Bunu sırasıyla %13,7 ile Mardin ve %12,6 ile Muş illeri izlemiştir. Akraba evliliği oranının en düşük olduğu il ise %0,5 ile Kütahya olarak tespit edilmiş, bu ilin ardından sırasıyla %0,6 ile Çanakkale ve Edirne illeri gelmektedir.

- Evlilikler akrabalık türüne göre incelendiğinde, en yaygın olarak hala-dayı çocuklarının evlendiği görülmüştür. Bu grup içerisinde %46,7'si hala-dayı çocukları, %27,2'si amca çocukları ve %26,1'i ise teyze çocukları olarak belirlenmiştir (32).

2020 TÜİK verilerine göre akraba evliliğinin 2020 yılındaki oranı %3,8'dir. 2010 yılından itibaren akraba evliliği oranlarına bakıldığında bu oranın her yıl düşüş gösterdiği bilinmektedir (32).

#### **1.6.6. Akraba Evliliklerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler**

Literatürde akraba evliliklerini direkt olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek sayısı oldukça kısıtlıdır. Yapılan araştırmalarda sıklıkla akraba evliliklerinin etkilediği/ etkileyebileceği durumları değerlendiren ölçekler kullanılmıştır. Örneğin “Evlilik Doyum Ölçeği” ile “İlişkilerde Mutluluk Ölçeği” kullanılan ölçeklerdendir (33, 34).

Akraba evliliği ile ilgili olarak Türkçe literatürde sadece bir tane ölçeğe rastlanmıştır. Akraba Evliliği Tutum Ölçeği (AETÖ), akraba evliliğine yönelik tutumu belirlemek amacıyla 2019 yılında Alp Şahin ve Şen tarafından geliştirilmiştir (35). Ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. Bireyler tarafından puanlanan tutum ifadeleri şu şekildedir; "(1) Hiç Katılmıyorum", "(2) Katılmıyorum", "(3) Kararsızım", "(4) Katılıyorum", "(5) Tamamen Katılıyorum". 30 puan bu ölçeğin alınabilecek en az puanıyken, 150 puan en yüksek puandır. Çalışmada ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) 0,93 ve Kapsam Geçerliği Oranı (KGO) 0,83 olarak bulunmuştur ve Kendall Uyuşum Katsayısının  $W=0,83$  olduğu tespit edilmiştir (35).

Akraba Evliliği Tutum Ölçeğinin'nde birinci faktörü “Kabul Edici Tutum”, ikinci faktörü “Toplumsal Değerler”, üçüncü faktörü “Toplumsal Baskı”, dördüncü



faktörü “Risk Algısı”, beşinci faktörü “Sağlık Algısı”, altıncı faktörü “Meşrulaştırıcı Mitler”, olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin tümünün Cronbach Alfa katsayısı 0,870’dir. Akraba Evliliği Tutum Ölçeği ve alt boyutlarına ait Cronbach Alfa katsayılarının istenilen seviyede olduğu ve ölçeğin güvenilir olduğu tespit edilmiştir (35).

### **1.6.7. Prenatal Tarama Testleri**

Günümüzde rutin bir gebelik takibi parçası olarak, prenatal tarama testleri gebe kadınlara önerilmekte ve uygulanmaktadır. Bu testler sadece risk tespitine yönelik olup tanı koymak için yeterli değildir. Anne karnındaki ceninde kromozom anomalisi olasılığının yüksek çıkması durumunda, genellikle amniyosentez gibi çeşitli invaziv tanı yöntemlerinin uygulanması gebe kadına önerilebilmektedir (36,37). Kromozomal genetik hastalıklar, tüm gebeliklerin %0,4’ünü etkilemektedir. Bu anomalilerin %50’si Trizomi 21 (Down sendromu), %15’i Trizomi 18 (Edwards Sendromu) ve %5’i Trizomi 13 (Patau Sendromu)’ten oluşmaktadır. Doğum öncesi tarama testlerinin asıl hedefi, hamileliğin ilk dönemlerinde kromozomal anöplödi riski taşıyan gebelerin tespit edilmesidir (37,38).

#### **1.6.7.1. Birinci Trimester Tarama Testleri**

##### **1.6.7.1.1. Birinci Trimester Kombine Test (İkili Test)**

Kombine testte fetal ense kalınlığı (NT) ölçümü, embriyo baş-popo uzunluğu 38/45-80 mm arası olduğunda ortalama 10 ile 13 haftalarda uygulanmaktadır (6,37). En büyük avantajı gebeliğin erken safhasında fetüs hakkında bilgi edinilmesidir. Maternal serum Total/Serbest hCG ve PAPP-A düzeyleri ile birlikte ultrasonografi ile ölçülen NT değeri kullanılarak risk hesaplaması gerçekleştirilmektedir (37,38).

#### **1.6.7.2. İkinci Trimester Tarama Testleri**

Gebeliğin 15.-22. haftaları içinde uygulanılmaktadır. İdeal olan 16-18 haftalar içinde yapılmasıdır. Bu testin avantajı Down Sendromu ve Edwards Sendromu için risk hesabı yapılabilmesinin yanında Nöral Tüp Defekti için de risk hesabı yapılabilmesidir. Üçlü testin (AFP+hCG+uE3), Down sendromunu saptama oranı %69 olarak bulunurken, dördümlü testin (AFP+hCG+uE3+İnhibin A) saptama oranı %81 olarak tespit edilmiştir (37,38,39).

### **1.6.7.2.1. Üçlü Test**

Bu testte serum  $\beta$ -HCG seviyesi, anne yaşı, AFP düzeyi ve unkonjuge estriol (uE3) düzeyleri değerlendirilmektedir. Fetal ultrasonografiye ihtiyaç duyulmadan yapılan bu test %70 oranında duyarlıdır. 15- 21 gestasyonel haftalarda yapılmaktadır. %70 oranında duyarlılık barındırır. Down Sendromunu belirlemede ikili ve dörtlü teste göre daha düşük seçiciliktir (6,13,39).

### **1.6.7.2.2. Dörtlü Test**

Bu test, annenin yaşını, kilosunu, hamilelik haftasını, maternal serum  $\beta$ -HCG düzeyini, AFP düzeyini, uE3 ve Dimerik İnhibin-A düzeylerini değerlendirmektedir. 15-22 haftalar arasında yapılmakta olmasına rağmen nöral tüp defekti açısından taramanın yapılabilmesi adına 16-18. gebelik haftaları idealdir. Duyarlılık oranı %80'dir. İkili testle benzer oranda Down Sendromunu belirler (8).

### **1.6.7.2.3. Non- İnvaziv Prenatal Test (NIPT)**

NIPT (Noninvaziv Prenatal Test), gebelik sırasında elde edilen plazma içerisindeki serbest fetal DNA (cffDNA, hücreler arası serbest fetal DNA) kullanılarak yapılan yeni bir genetik yöntemdir. Bu nedenle NIPT, serbest fetal DNA testi veya fetal DNA testi olarak da adlandırılır. Serbest fetal DNA, gebelik haftasının yaklaşık 7. haftasında anne adayının kan dolaşımında tespit edilebilir ve bu testin uygulanması 9. gebelik haftasından itibaren mümkündür (6,40). NIPT 2011'den itibaren klinik kullanıma girmiştir. Down Sendromu, Edwards Sendromu, Patau Sendromu ve seks kromozom anöplöidilerin değerlendirilmesinde kullanıldığı gibi fetüsün cinsiyetinin belirlenmesinin önem taşıdığı hastalıklarda (örneğin, konjenital adrenal hiperplazide erken cinsiyet belirleme ile virilizasyon önleme tedavisi gibi), Rh grup belirlenmesi (Rh- anne ve Rh+ fetüs durumu) ve preeklampsinin erken teşhisinde de kullanılabilir (37). Testlerin kesinliğinin değerlendirildiği bir meta-analize göre, Down Sendromu taramasının doğruluk oranı %99,4 olarak bulunmuştur. Edwards Sendromu ve Patau Sendromu taramalarının oranı ise sırasıyla %97,7 ve %90,6 olarak belirlenmiştir (40,41).

#### **1.6.7.2.4. Ultrasonografi**

Ultrasonografi, fetüsün genetik bozukluklar ve doğuştan gelen anormallikler yönünden incelenmesinde kullanılabilir. Ultrasonografi ile fetal başın anormallikleri, boyut, şekil ve yapısal özellikleri açısından değerlendirilir (6). Trizomi 13 ve 18'li fetüslerin tanısı, var olan ciddi yapısal anomaliler nedeniyle ultrasonografi ile daha kolay yapılabilmektedir. Bununla birlikte, Trizomi 21'li fetüslerin ultrasonografi ile tanısı daha zor olabilir. Prenatal taramada ultrasonografi, erken gebelik haftalarında fetüsün canlılığını değerlendirmek, NT ölçümü yapmak ve fetal cinsiyeti belirlemek için kullanılır. Konjenital anomali taraması için yapılan ultrason incelemesi genellikle fetal yapıların gelişimini tamamladığı döneme, yani 18-20. gebelik haftalarına denk gelir (6, 41).

#### **1.6.8. Prenatal Tanı Testleri**

Prenatal tanı, gebeliğin erken aşamalarında biyokimyasal ve moleküler tekniklerle elde edilen fetal örneklerin analizi yoluyla kalıtsal olarak aktarılan hastalıkların teşhis edilmesini mümkün kılmaktadır (7).

Test sonucunda risk oranı 270:1'in üstünde olursa yüksek riskli demektir bu aşamada gebeye tanı testi yaptırması önerilir (5).

##### **1.6.8.1. Koryonik Villus Örnekleme**

Koryonik villus örneklemesinde (KVÖ), 9- 12. gestasyonel haftalar arasında yapılmaktadır. KVÖ transvajinal veya transabdominal yolla plasental koryonik villuslarından hücre örnekleri bir kateter veya iğne ile ultrason eşliğinde alınıp incelenmektedir.

Uygulanan yöntemle ilgili komplikasyonlar arasında fetüsün zarar görmesi, düşük, enfeksiyon, kanama, Rh izoimmünizasyonu ve işlem başarısızlığı bulunmaktadır. KVÖ tercih edilmesinin sebepleri arasında; fetüse direkt bir müdahalenin olmaması, fetal zarlarda lezyona neden olmaması ve DNA araştırmaları için fazlasıyla örnek elde edilebilmesi yer almaktadır (42). KVÖ amniyosenteze göre

daha yüksek spontan abortus riski taşımaktadır (6). Bu nedenle, ACOG, KVÖ işleminin 10. gebelik haftasından önce gerçekleştirilmesini önermemektedir (13).

#### **1.6.8.2. Amniyosentez**

İnvaziv prenatal tanı yöntemleri içinde en yaygın kullanılan yöntem amniyosentezdir. 15- 17. gestasyonel haftalarda, amniyotik sıvı miktarı ortalama 150- 200 ml iken yapılmaktadır ve 15 ml' e yakın sıvı alınmaktadır (43). Amniyon sıvısında yer alan fetal deri, gastrointestinal ve solunum sistemlerinden gelen hücrelerin kültüre alınması esasına dayanmaktadır.

Amniyosentez kontrendikasyonları; maternal komplikasyonlarda ağrı, kanama ve amniyotik sıvı sızıntısı işlemde hemen sonra görülebilmektedir onun haricinde enfeksiyon, izoimmünizasyon, fetal kayıp ve Neonatal Respiratuar Distress Sendromu (RDS) görülebilmektedir (43).

#### **1.6.8.3. Kordosentez**

Bu yöntem genellikle gebeliğin 18. haftasında yapılmakta olup, ultrason eşliğinde umbilikal korddan 2-3 ml fetal kan örneği alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu yöntemle teşhis edilebilen hastalıklar arasında hemoglobin bozuklukları, fetal enfeksiyonlar, kromozom anormallikleri, fetal kan grubu tayini, fetüsün anemi ya da trombosit düşüklüğü riskinin değerlendirilmesi ve doğumsal metabolik hastalıkların tespiti yer almaktadır (6).

Kordosentez işlemiyle elde edilen materyal, direkt fetal hücreleri içerdiği için tanı değeri diğer yöntemlere kıyasla daha yüksektir. Bununla birlikte, alınan materyal kullanılarak hücre kültürü yapmaya gerek kalmadan direkt olarak kromozom analizi yapılabilir ve karyotipleme süreci oldukça hızlı bir şekilde tamamlanarak sonuç verir. Amniyosenteze kıyasla daha hızlı sonuç veren bir yöntem olduğu için 19. gebelik haftasından sonra tanıya daha kısa sürede ulaşabilmek amacıyla tercih edilen bir seçenek olarak kordosentez kullanılmaktadır (43).

### **1.6.9. Prenatal Dönemde Stres**

Gebelik süreci kadını anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle anneliğe hazırlayan ve mutlu ve sorunsuz geçirilmesi beklenen, stres ve anksiyete oluşturabilecek etkenlerle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir (44,45). Anne adayının yaşamında olduğu gibi, gebelik süreci aynı zamanda aile ve sosyal çevrede de değişikliklere neden olmaktadır. Bu değişen günlük yaşama ilişkin önemli kararlar alınabilmektedir. Gebelik döneminden itibaren kadınlar, annelik rolüne hazırlık yapma, beden imajındaki değişikliklerle başa çıkma ve fetüsün sağlığıyla ilgili birçok konuda stres yaşayabilmektedirler (6). Gebelik sürecinde yaşanan bu stres annenin ve fetüsün sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (45). Prenatal tarama ve tanı testlerini tercih eden gebeler, testlerin ayrıntıları hakkında bilgi aldıktan sonra; fetüsün sağlığının tehdit altında olabileceği olasılığı, pozitif bir test sonucu çıkma ihtimali, eğer tanı testi önerilmişse testin uygulanma yöntemi ve işlemin beraberinde getirdiği riskler hakkında endişeler taşımaktadırlar (6). Yapılan araştırmalarda özellikle test sonucu pozitif olan kadınların stres düzeylerinin arttığı gözlemlenmiştir (46,47).

Sonuç olarak kadınlar gebelik dönemlerinde doğum öncesi genetik tarama ve tanı testlerini yaptırmak ya da yaptırmamak gibi hayati önem taşıyan karar vermektedirler ve bu kararlar sonucunda hayati önem taşıyan bir süreç ile karşı karşıya gelmektedirler. Verilen bu karar kadını ve ailesini önemli derecede etkilemektedir.

### **1.6.10. Karar Çatışması**

Günümüzde hastalık ve sonrasında gelen tanı ve tedavi sürecinde meydana gelen gelişmeler hastalara sunulan fırsatları arttırmaktadır. Bu artan fırsatlarla hastalar bazı durumlarda karar verme süreciyle karşılaşmaktadır. Bireylerin karar vermeleri gereken konu hayatlarını değiştirecek derecede önem arz etmiyorsa karar vermeleri kolay olabilirken, risk taşıyan hayati bir konuda karar vermeleri zorlaşmaktadır (48).

Karar çatışması, insanların benzer şekilde çekici olan veya olmayan seçenekler arasında hangi seçeneği seçeceği konusunda belirsizlik yaşamaları olarak nitelendirilmektedir (49). Peng ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları bir çalışmada stresin karar verme üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu çalışma 328 katılımcıyla gerçekleştirilmiştir ve bu araştırmanın sonucunda kişilerin stres seviyelerinin karar verme sürecinde bilgiyi işlemeyi etkilediği belirlenmiştir (50).

Gebelik, doğal bir süreç olmasına rağmen, anne ve fetus için potansiyel riskleri barındıran bir dönemdir. Bu risklerin gebelik sürecinde saptanabilmesi için tarama ve tanı testleri yapılabilmektedir. Kadınların öncelikle tarama testlerini yaptırmak ya da yaptırmamak seçenekleri arasında karar vermeleri gerekmektedir. Daha sonra ihtiyaç halinde gerekli tanı testini yaptırmak ya da yaptırmamak seçenekleri arasında karar verme ve daha sonrasında gebeliği devam ettirme ya da sonlandırma alternatifleri hakkında karar verme gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu noktada kadınların bilgilendirilmiş karar vermeleri oldukça önemlidir (48). Yapılan bazı çalışmalar doğum öncesi tarama ve tanı testleri ile ilgili kadınların, yeteri kadar bilgi sahibi olmadan karar verdiklerini ortaya koymuştur (51,52,53). Gebelerin doğum öncesi tarama ve tanı testleri hakkında bilgilendirildikten sonra kararlarını vermeleri, yaşanacak karar çatışmasını azaltmakta önemli rol almaktadır (48,54).

## 2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

### 2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin prenatal tanı ve tarama testlerine yönelik yaşadıkları karar çatışması ve stres düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür.

### 2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Mardin Eğitim Araştırma Hastanesi; Kadın Sağlığı ve Doğum Polikliniği'nde, 01.03.2022- 10.09.2022 tarih aralığında yürütülmüştür. Hastane bünyesinde aktif üç adet kadın doğum polikliniği bulunmaktadır. Poliklinikler 08.00-16.00 saat aralığında hizmet vermektedir. Polikliniklere jinekolojik muayene için gelen hastalar da başvurabilmektedir. Polikliniklerde altı kadın doğum doktoru çalışmaktadır. Polikliniklerin olduğu koridorda hasta ve gebelerin beklemesi için bekleme alanı bulunmaktadır.

### 2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı 01.03.2022-10.09.2022 tarih aralığında Mardin Eğitim Araştırma Hastanesinde kadın doğum polikliniklerine gelen gebeler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem yöntemi amaçlı örneklem olup, [clincalc.com](https://clincalc.com) örneklem hesaplama sitesi aracılığı ile TÜİK akraba evliliği insidansına ait veriler kullanılarak hesaplanmıştır (<https://clincalc.com/stats/samplesize.aspx>). Buna göre TÜİK 2020 raporu doğrultusunda (34) Türkiye'de akraba evliliği insidansı %8.4, Mardin ili akraba evliliği insidansı %20.6' dır. Bu çalışmada Mardin ili insidansına yer verilmiştir. Alfa hata 0.05, beta hata 0.1, çalışmanın gücü %90 olacak şekilde örneklem sayısı hesaplandığında her gruba dahil edilecek gebe sayısı 173 olarak hesaplanmıştır (<https://clincalc.com/stats/samplesize.aspx>).

***Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri;***

- Yaşı 18 üstü olan,
- Okuma ve yazma bilen,
- İletişim kurmakta sorun yaşamayan (işitme, konuşma, dil sorunu vb.),
- Çalışmanın yapıldığı tarihlerde kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurmuş olan,
- Gebelik haftası 16-28 hafta olan,
- Anket sorularını anlamaya ve anketi doldurmaya engel olabilecek derecede bedensel ve ruhsal hastalığı bulunmayan,
- Gebede stres düzeyini anormal düzeyde arttıran ve yüksek tehdit yaratan bir hastalığı bulunmayan (Ablasio plasenta, plasenta previa)
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve katılmayı kabul eden gebeler araştırma kapsamına alınmıştır.

***Araştırmadan Dışlanma Kriterleri;***

- İlgili kuruma veri toplama tarih aralığında başvurmayan,
- Araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılamayan,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmak istemeyen kişiler araştırma kapsamına alınmamıştır.

**2.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Bağımlı değişken; Karar Vermede Çatışma Ölçeği ve Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği

Bağımsız değişkenler; gebelerin sosyo-demografik özellikleri (doğum yılı, eğitim durumu, eşi ile akrabalık ilişkisi), obstetrik öyküsüdür (gebeliğin planlı olup olmadığı, gebelik sayısı, herhangi bir üreme tekniği kullanıp kullanmadığı, düşük, ölü doğum durumu), prenatal test yaptırma durumları.

**2.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi**

Gebeler ile yapılan görüşmeler, kadın doğum polikliniğinde yapılmıştır. Araştırmacı tarafından anket formu kullanılarak elde edilen veriler, araştırmaya



katılan gebelerle bire bir görüşülerek toplanmıştır. Verilerin toplanma süresi 15-20 dakika sürmüştür.

Araştırmaya seçilen gebelere öncelikle araştırmanın amacı ve nasıl uygulanacağı anlatıldıktan sonra katılım sağlamak isteyen gebelerin yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmak istemeyen gebeler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

## **2.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerinin toplanmasında; Tanıtıcı Özellikler Formu, Karar Vermede Çatışma Ölçeği ve Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği kullanılmıştır.

### **2.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu**

Katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek amacıyla tasarlanan sorular, tanıtıcı özellikler formunda yer almaktadır. Form literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (48,54,55). Form iki ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde kadınların sosyo-demografik profillerini anlamak için, doğum yılı, ikamet yeri, eğitim düzeyi, istihdam durumu ve akraba evliliği durumunu içeren sorular yer almaktadır. Kadınların obstetrik özelliklerini incelemek amacıyla tasarlanmış sorular, ikinci bölümde yer almaktadır. Obstetrik özelliklere ilişkin sorular, incelenen gebeliklerin sırasını, planlı bir gebelik olup olmadığını, önceki gebeliklerde prenatal tanı ya da tarama testlerinin yapılıp yapılmadığını, daha önceki gebeliklerinde genetik ya da kromozomal hastalığa sahip olan bir çocuğun olup olmadığını, prenatal tarama ya da tanı testlerine dair bilgi edinme deneyimini, bildikleri veya duydukları testlerin neler olduğunu, bu bilgileri kimden aldıklarını, prenatal tarama ya da tanı testlerini yapma veya yapmama nedenlerini içermektedir (48).

### **2.6.2. Karar Vermede Çatışma Ölçeği**

O'Connor tarafından 1993 yılında geliştirilen Karar Vermede Çatışma Ölçeği (KVÇÖ), bireyin sağlığı ile ilgili durumlarda karar vermedeki yaşadığı belirsizlikleri

değerlendirmektedir (56,57). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yeşilçınar ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. 16 sorudan oluşan KVCÖ, beşli likert tiptedir. Her bir madde “Kesinlikle Katılıyorum” ile “Kesinlikle Katılmıyorum” arasında değişmektedir. Ölçeğin her maddesi doğrudan ifadeleri içermektedir ve Kesinlikle Katılıyorum=0 puan, Katılıyorum=1 puan, Kararsızım=2 puan, Katılmıyorum=3 puan ve Kesinlikle Katılmıyorum=4 puan olarak hesaplanmaktadır (48). Cronbach alfa değeri ölçeğin orijinal versiyonunda, 0.86 bulunmuştur (58). Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Yeşilçınar ve arkadaşları ise 0.94 olarak bulunmuştur (48). Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,95 bulunmuştur.

### **2.6.3. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği**

Razurel ve arkadaşları tarafından 2013 yılında ilk kez, hamilelik sürecindeki kadınlarda stres kaynaklarını tespit etmek amacıyla İsveç'te geliştirilen bir ölçüm aracı kullanıldı. Bu ölçüm aracı, prenatal dönemde algılanan stresi değerlendirmek üzere tasarlanmıştır (59). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Külçür ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği 5’li likert tiptedir ve 12 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır (çok fazla=5 puan, çok=4 puan, oldukça=3 puan, biraz=2 puan, hiç=1 puan). Ölçeğin en düşük puanı 1, en yüksek puanı ise 5 olarak kabul edilmektedir. Toplam puanın yükselmesi, gebelerin algıladığı stres düzeyinin arttığını göstermektedir (44). Razurel ve ekibi tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlik analizinin sonucuna göre, ölçeğin toplam Cronbach’s alfa katsayısı 0.75 olarak saptanmıştır (59). Külçür Atasever ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği geçerlilik ve güvenirlik analizine göre, ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı 0.70 olarak bulunmuştur. (44). Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0,86 bulunmuştur.

### **2.7. Verilerin Analizi**

Araştırma verilerinin analizinde Social Package for Statistical Science (SPSS) programı kullanılmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde kesikli veriler için sayı (n) ve frekans (%) ve sürekli veriler için ortalama ( $\pm$ ) standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testleri ile

değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan verilerin analizinde Oneway ANOVA, bağımsız gruplarda t testi ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak  $p < 0,05$  değeri anlamlı kabul edilmiştir.

## **2.8. Etik Açıklamalar**

Araştırmada kullanılacak ölçekler için mail yolu ile ölçeği geliştiren araştırmacılardan izin alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için; İzmir Kâtip Çelebi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (Tarih: 24/02/2022 Karar No: 0050). Mardin İl Sağlık Müdürlüğü izin yazısı ve çalışmanın yapılacağı kurumların izin yazıları alınmıştır (Tarih: 05/04/2022 Sayı: E-37201737-949). Söz konusu hastanelerin Ar-Ge /Eğitim birimlerine bilgi verilerek araştırmaya başlanmıştır. Araştırma yürütülürken gebelerin muayenelerinin ve sağlık personelinin iş akışının bozulmamasına dikkat edilmiştir.

### 3. BULGULAR

Çalışmada elde edilen bulgular 6 başlık altında toparlanmıştır.

- 3.1.Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular
- 3.2.Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Prenatal Tarama ve Tanı Testlerine İlişkin Bulgular,
- 3.3.Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ Alt Boyut Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması
- 3.4.Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Bazı Sosyo- Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle KVÇÖ ve DÖASÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması
- 3.5.Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Bazı Sosyo- Demografik ve Obstetrik Özellikleri ile DÖASÖ Alt Boyut Toplam Puanlarının Karşılaştırılması
- 3.6.Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

### 3.1.Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

#### 3.1.1. Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER n=346	Akraba Evliliği Yapan Gebeler n=173		Akraba Evliliği Yapmayan Gebeler n=173		İstatistiksel Analiz	
	Ortalama	±SS	Ortalama	±SS	X <sup>2</sup> *	p
Yaş	28,39	4,79	27,76	4,40	28,515	0,126
Gebelik Haftası	20,07	5,22	20,19	5,89	37,772	0,436
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Yaş Grubu</b>						
34 yaş ve altı	158	89,8	159	93,5	1,589	0.207
35 yaş ve üstü	18	10,2	11	6,5		
<b>Eğitim Durumu</b>						
Okur-Yazar Değil	9	5,2	6	3,5	2,342	0.673
Okur-Yazar	9	5,2	7	4,1		
İlköğretim Mezunu	50	28,7	42	24,7		
Lise Mezunu	55	31,6	65	38,2		
Üniversite ve üzeri	53	29,3	50	29,4		
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	42	23,9	38	22,4	0,111	0,739
Çalışmıyor	134	76,1	132	77,6		
<b>Gebelik Sayısı</b>						
1	50	28,4	62	36,5	2,567	0.109
2 ve üzeri	126	71,6	108	63,5		
<b>Şimdiki Gebeliği Planlama Durumu</b>						
Planlı	141	80,1	136	78,0	0.001	0,979
Plansız	35	19,9	34	20,0		
<b>Daha Önce Küretaj Yaşama</b>						
Evet	32	18,2	38	22,4	0.932	0,334
Hayır	144	81,8	132	77,6		
<b>Ailede Genetik Hastalık Bulunma Durumu</b>						
Evet	48	27,3	13	7,6	22,936	<0.001
Hayır	128	72,7	157	92,4		
<b>Genetik Hastalıkla Doğan Çocuğu Olma Durumu</b>						
Evet	19	10,8	7	4,1	5,549	<b>0,018</b>

---

Hayır	157	89,2	163	95,9
-------	-----	------	-----	------

---

\* ki-kare testi

Çalışmaya katılan gebelerin bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin akraba evliliği yapma durumuna göre dağılımı ve karşılaştırması Tablo 3.1.1' de verilmiştir.

Akraba evliliği yapan gebelerin yaş ortalaması  $28,39\pm 4,79$  yıl, akraba evliliği yapmayan gebelerin yaş ortalaması ise  $27,76\pm 4,40$  yıldır. Akraba evliliği yapan gebelerin %89,8'i, akraba evliliği yapmayan gebelerin %93,5'i 34 yaş ve altındadır. Akraba evliliği yapan gebelerin ortalama gebelik haftası  $20,07\pm 5,22$  hafta, akraba evliliği yapmayan gebelerin ise ortalama gebelik haftası  $20,19\pm 5,89$  haftadır.

Akraba evliliği yapan gebelerin %29,3'ü, akraba evliliği yapmayan gebelerin ise %29,4'ü üniversite veya üzeri eğitim almıştır. Akraba evliliği yapan gebelerin %76,1'i, akraba evliliği yapmayan gebelerin ise %77,6'sı gelir getiren herhangi bir işte çalışmamaktadır. Akraba evliliği yapan gebelerin %28,4'ünün, akraba evliliği yapmayan gebelerin ise %36,5'inin ilk gebeliğidir. Akraba evliliği yapan gebelerin %80,1'inin, akraba evliliği yapmayan gebelerin ise %80' inin gebelikleri planlıdır. Akraba evliliği yapan gebelerden %27,3'ünün, akraba evliliği yapmayan gebelerin ise %7,6'sının ailesinde herhangi genetik bir hastalık bulunmamaktadır. Akraba evliliği yapan gebelerin %10,8'i, akraba evliliği yapmayan gebelerin ise %4,1'i genetik hastalıkla doğan en az bir çocuğa sahiptir.

Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri karşılaştırıldığında gruplar arasında yaş, gebelik haftası, yaş grubu, eğitim durumu, çalışma durumu, gebelik sayısı, gebeliği planlama durumu ve daha önce küretaj yaptırma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin ailede genetik hastalık bulunma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $\chi^2=22,936$ ,  $p<0.001$ ). Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin genetik hastalıkla doğan çocuğu olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $\chi^2=5,549$ ,  $p=0,018$ ).

### 3.2. Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Prenatal Taramave Tanı Testlerine İlişkin Bulgular

#### 3.2.1. Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Prenatal Tarama ve Tanı Testlerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER N=346	Akraba Evliliği Yapan Gebeler N=173		Akraba Evliliği Yapmayan Gebeler N=173	
	Ortalama	±SS	Ortalama	±SS
	n	%	n	%
<b>Prenatal Tarama Testleri Hakkında Bilgi Durumu</b>				
Evet	135	76,7	101	59,4
Hayır	41	23,3	69	40,6
<b>Duyulan Prenatal Tarama Testleri**</b>				
İkili Test	125	71,0	98	57,6
Üçlü Test	114	64,8	86	50,6
Dörtlü Test	95	54,0	53	31,2
NIPT	65	36,9	28	16,5
Ultrasonografi	169	96,0	157	92,4
<b>Prenatal Tarama Testleri Hakkında Bilgi Alınan Kaynak**</b>				
Doktor	75	42,6	48	28,2
Hemşire	73	41,5	35	20,6
Diğer Sağlık Personeli	10	5,7	7	4,1
Arkadaş\Akraba	101	57,4	56	32,9
Yazılı ve\veya Görsel Kaynaklar	131	74,4	72	42,4
Yaptırdı	19	15,0	7	6,3
Yaptırmadı	108	85,0	104	93,7
<b>Önceki Gebeliğinde Prenatal Tanı Testi Yaptırma Durumu*</b>				
Yaptırdı	19	15,0	7	6,3
Yaptırmadı	108	85,0	104	93,7
<b>Anomali ya da Genetik Bozukluk Tespitinde Gebeliği Devam Ettirme Durumu</b>				
Devam Ettirir	85	48,3	59	34,7
Sonlandırır	41	23,3	36	21,2
Diğer	50	28,4	75	44,1

\*Sadece multiparlar cevaplamıştır.

\*\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. n katlanmıştır.



Çalışmaya katılan gebelerin prenatal tarama ve tanı testlerine ilişkin bazı özellikler Tablo 3.2.1’de verilmiştir.

Akraba evliliği yapan kadınların %76,7’si, akraba evliliği yapmayan kadınların %59,4’ü prenatal tarama testlerine yönelik bilgi sahibidir. Akraba evliliği yapan gebelerin %23,3’ü, akraba evliliği yapmayan gebelerin %40,6’sı daha önce hiçbir tarama testini duymamıştır. Akraba evliliği yapan gebelerin %71’i, akraba evliliği yapmayan gebelerin ise %57,6’sı ikili testi duymuştur ve her iki gruptaki gebelerin %50’sinden fazlası üçlü testi duymuştur. Yine akraba evliliği yapan gebelerin %54’ü, akraba evliliği yapmayan gebelerin %31,2’si dördü testi duymuştur. Akraba evliliği yapan gebelerin %36,9’u, akraba evliliği yapmayan gebelerin %16,5’i NIPT’i; akraba evliliği yapan gebelerin %10,8’i, akraba evliliği yapmayan gebelerin %6,5’i ultrasonografiyi duymuştur. Gebelerin prenatal tarama testleri hakkında bilgi durumuna bakıldığında, akraba evliliği yapan gebelerin (%76,7) prenatal tarama testleri hakkında bilgi sahibi olma oranının akraba evliliği yapmayan gebelerden (%59,4) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Prenatal tarama testleri hakkında bilgiyi; akraba evliliği yapan gebelerin %42,6’sı doktordan, %41,5’i hemşireden, %5,7’si diğer sağlık personelinden, %57,4’ü akraba veya arkadaştan, %74,4’ü ise yazılı ve\veya görsel kaynaklardan bilgi almıştır. Akraba evliliği yapmayan gebelerin %28,2’si doktordan, %20,6’sı hemşireden, %4,1’i diğer sağlık personelinden, %32,9’u akraba veya arkadaştan, %42,4’ü ise yazılı ve\veya görsel kaynaklardan bilgi almıştır.

İki veya daha fazla gebeliği olan kadınların önceki gebeliğinde prenatal tanı testi yaptırma oranı akraba evliliği yapan kadınlarda %15, akraba evliliği yapmayan kadınlarda %6,3’tür. Akraba evliliği yapan gebelerin önceki gebeliklerinde tanı testi yaptırma oranı akraba evliliği yapmayan gebelere göre daha fazladır.

Çalışmaya katılan gebelerin bebeklerinde herhangi bir anomali veya genetik bozukluk tespit edilirse akraba evliliği yapan gebelerin %48,3’ü gebeliklerini devam ettirir, %23,3’ü sonlandırır; akraba evliliği yapmayan gebelerin %34,7’si gebeliklerini devam ettirir, %21,2’si sonlandırır.

**3.3. Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Özellikler (N=346)	Akraba Evliliği Yapan Gebeler N=173		Akraba Evliliği Yapmayan Gebeler N=173		t*	P
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
<b>KVÇÖ</b>	39,16	17,87	44,06	17,26	-2,58	0,674
<b>DÖASÖ</b>	24,75	7,42	25,39	8,51	-0,74	0,121
<b>DÖASÖ Alt Boyutlar</b>						
Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık	2,04	0,81	2,07	0,81	-0,29	0,895
Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler	1,77	0,71	1,82	0,75	-0,641	0,170
Doğum Beklentisi	2,07	1,20	2,92	1,16	-0,271	0,265

Tablo 3.3' te çalışmaya katılan akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin karar vermede çatışma ölçeği, doğum öncesi algılanan stres ölçeği ve doğum öncesi algılanan stres ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Araştırmaya katılan akraba evliliği yapan gebelerin karar vermede çatışma ölçeği toplam puan ortalamaları  $39,16 \pm 17,87$ , akraba evliliği yapmayan gebelerin KVÇÖ toplam puan ortalamaları ise  $44,06 \pm 17,26$  olarak bulunmuştur. Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin KVÇÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Akraba evliliği yapan gebelerin doğum öncesi algılanan stres ölçeği toplam puan ortalamaları  $24,75 \pm 7,42$ , akraba evliliği yapmayan gebelerin DÖASÖ toplam puan ortalamaları ise  $25,39 \pm 8,51$  olarak bulunmuştur. Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin DÖASÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Çalışmaya katılan gebelerin medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyut toplam puan ortalaması  $2,05 \pm 0,81$ , gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyut toplam puan ortalaması  $1,80 \pm 0,73$ , doğum beklentisi alt boyut toplam puan ortalaması  $2,90 \pm 0,73$  olarak bulunmuştur. Akraba evliliği yapan gebeler ile yapmayan gebeler arasında DÖASÖ alt boyutları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**3.4. Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle DÖASÖ ve KVÇÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

---

Özellikler N=346	Akraba Evliliği Yapan Gebeler N=173		Akraba Evliliği Yapmayan Gebeler N=173	
	DÖASÖ Ortalama (SS)	KVÇÖ Ortalama (SS)	DÖASÖ Ortalama (SS)	KVÇÖ Ortalama (SS)
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okur-Yazar Değil	23,33 (6,08)	55,72 (16,27)	22,83 (14,23)	56,51 (22,86)
Okur-Yazar	20,88 (5,94)	50,00 (22,81)	25,71 (8,26)	44,64 (16,08)
İlköğretim Mezunu	25,52 (7,79)	41,10 (18,90)	26,14 (8,10)	50,11 (19,81)
Lise Mezunu	26,47 (8,39)	37,52 (13,92)	25,59 (8,03)	44,85 (14,89)
Üniversite ve üzeri	23,25 (5,96)	34,34 (18,03)	24,78 (8,94)	36,50 (14,77)
<b>F</b>	2,119	4,221	0,288	4,886
<b>p</b>	0,081	<b>0,003</b>	0,885	<b>0,001</b>
<b>Yaş Grubu</b>				
34 yaş ve altı	25,08 (7,37)	38,21(17,19)	25,53 (8,53)	44,36 (16,53)
35 yaş ve üstü	21,83 (7,44)	47,48 (21,75)	23,36 (8,34)	39,77 (26,33)
<b>t</b>	1,773	-2,104	0,818	0,852
<b>p</b>	0,078	<b>0,037</b>	0,415	0,396
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	26,02 (7,68)	32,47 (17,32)	25,10 (9,18)	36,102(16,13)
Çalışmıyor	24,35 (7,32)	41,28(17,58)	25,47(8,35)	46,37 (16,95)
<b>t</b>	1,271	-2,839	-0,232	-3,324
<b>p</b>	0,205	<b>0,005</b>	0,817	<b>0,001</b>
<b>Gebelik Sayısı</b>				
1	27,04 (8,55)	43,28 (17,86)	27,31 (8,94)	45,46 (15,82)
2 ve üzeri	23,84 (6,74)	37,52 (17,68)	24,31 (8,10)	43,25 (18,07)
<b>t</b>	2,614	1,940	2,223	0,801
<b>p</b>	<b>0,010</b>	0,054	<b>0,028</b>	0,424
<b>Gebeliği Planlama Durumu</b>				
Planlı	25,28 (7,44)	39,38(18,04)	24,98(8,18)	42,03 (16,07)
Plansız	22,62 (7,04)	38,30(17,37)	27,02 (9,68)	52,11 (19,62)
<b>t</b>	1,908	0,320	-1,253	-3,119
<b>p</b>	0,058	0,750	0,212	<b>0,002</b>
<b>Daha Önce Küretaj Yaptırma Durumu</b>				
Evet	26,84 (8,48)	39,64 (20,40)	27,84 (8,98)	43,32 (16,44)
Hayır	24,29 (7,11)	39,06 (17,33)	24,68 (8,27)	44,27 (17,54)
<b>t</b>	1,770	0,167	2,029	-0,293
<b>p</b>	0,079	0,867	<b>0,044</b>	0,770
<b>Ailede Genetik Hastalık Bulunma Durumu</b>				
Evet	27,37 (7,58)	31,77(17,08)	33,46(12,89)	28,24(15,24)
Hayır	23,77 (7,14)	41,96 (17,42)	24,72(7,73)	45,38 (16,80)
<b>t</b>	2,928	-3,472	3,685	-3,555
<b>p</b>	<b>0,004</b>	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Genetik Hastalıkla Doğan Çocuğu Olma Durumu</b>				
Evet	27,89(7,40)	26,23(9,35)	33,71 (6,72)	33,92 (26,09)
Hayır	24,37 (7,35)	40,74 (18,03)	25,03 (8,41)	44,50 (16,76)
<b>t</b>	1,967	-3,444	2,688	-1,593

<b>p</b>	0,051	<b>0,001</b>	<b>0,008</b>	0,113
----------	-------	--------------	--------------	-------

\*Üç ve daha fazla grup karşılaştırıldığında Oneway ANOVA testi, iki grup karşılaştırıldığında bağımsız gruplarda t testine ait p değeri verilmiştir.

Tablo 3.4'te akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin bazı sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile doğum öncesi algılanan stres ölçeği ve karar vermede çatışma ölçeği puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Akraba evliliği yapan gebelerin eğitim durumlarına göre KVÇÖ toplam puanları ( $F=4,221$ ,  $p=0,003$ ) ve akraba evliliği yapmayan gebelerin eğitim durumlarına göre KVÇÖ toplam puanları ( $F=4,886$ ,  $p=0,001$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin eğitim durumlarına göre DÖASÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Akraba evliliği yapan gebelerin yaş gruplarına göre KVÇÖ toplam puanları ( $t=-2,104$ ,  $p=0,037$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Akraba evliliği yapmayan gebelerde 34 yaş ve altı gruptaki gebelerin DÖASÖ ve KVÇÖ puanları 35 yaş ve üstü gruptaki gebelerden daha yüksektir.

Akraba evliliği yapan gebelerin çalışma durumlarına göre KVÇÖ toplam puanları ( $t=-2,839$ ,  $p=0,005$ ) ve akraba evliliği yapmayan gebelerin çalışma durumlarına göre KVÇÖ toplam puanları ( $t=-3,324$ ,  $p=0,001$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Her iki grupta da çalışmayan gruptaki gebelerin KVÇÖ puanları çalışan gruptaki gebelere göre daha yüksektir. Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin çalışma durumlarına göre DÖASÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Akraba evliliği yapan gebelerin gebelik sayısına göre DÖSAÖ toplam puanları ( $t=2,614$ ,  $p=0,010$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İlk gebeliği olan kadınların DÖSAÖ ve KVÇÖ puanları multipar kadınlara göre daha yüksektir. Akraba evliliği yapmayan kadınların gebelik sayısı ile DÖASÖ toplam

puanları ( $t=2,223$ ,  $p=0,028$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken, KVÇÖ puanları arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). İlk gebeliği olan gebelerin DÖASÖ toplam puanları daha yüksektir.

Akraba evliliği yapan gebelerin gebeliği planlama durumlarına göre DÖASÖ ve KVÇÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Akraba evliliği yapmayan gebelerin gebeliği planlama durumlarına göre KVÇÖ puanları arasında anlamlı fark vardır ( $t=-3,119$ ,  $p=0,002$ ). Akraba evliliği yapan gebelerde gebeliği planlı olan gebelerin DÖASÖ ve KVÇÖ toplam puanları gebeliği plansız olan gebelerden yüksektir.

Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin küretaj yaptırma durumlarına göre KVÇÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Akraba evliliği yapmayan gebelerin küretaj yaptırma durumları ile DÖASÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $t=2,029$ ,  $p=0,044$ ). Her iki grupta da küretaj yaptıran gruptaki gebelerin DÖASÖ puanları küretaj yaptırmayan gruptaki gebelere göre daha yüksektir.

Akraba evliliği yapan gebelerin ailede genetik hastalık bulunma durumuna göre DÖASÖ ( $t=2,928$ ,  $p=0,004$ ) ve KVÇÖ ( $t=-3,472$ ,  $p=0,001$ ) toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Akraba evliliği yapmayan gebelerin ailede genetik hastalık bulunma durumlarına göre DÖASÖ ( $t=3,685$ ,  $p<0,001$ ) ve KVÇÖ ( $t=-3,555$ ,  $p<0,001$ ) toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ailede genetik hastalık bulunan gebelerin DÖASÖ toplam puanları daha yüksektir.

Akraba evliliği yapan gebelerin genetik hastalıkla doğan çocuğu olma durumuna göre KVÇÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $t=-3,444$ ,  $p=0,001$ ). Akraba evliliği yapmayan kadınların genetik hastalıkla doğan çocuğu olma durumlarına göre DÖASÖ toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $t=2,68$ ,  $p=0,008$ ). Genetik hastalıkla doğan çocuğu olan gebelerin DÖASÖ toplam puanları daha yüksektir. Akraba evliliği yapan ve yapmayan kadınların KVÇÖ ve DÖASÖ toplam puanları ile diğer

zellikler açısından ise gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

---

### **3.5.Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Bazı Sosyo- Demografik ve Obstetrik zellikleri ile DAS Alt Boyut Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

---



Özellikler N=346	Akraba Evliliği Yapan Gebeler N=173			Akraba Evliliği Yapmayan Gebeler N=173		
	Medikal ve Obstetrik Riskler/F etal Sağlık	Gebelik Esnasında ki Psikososy al Değişiklik ler	Doğum Beklentis i	Medikal ve Obstetrik Riskler/F etal Sağlık	Gebelik Esnasında ki Psikososya l Değişiklikl er	Doğum Beklentisi
	Ortalam a (SD)	Ortalam a (SD)	Ortalam a (SD)	Ortalam a (SD)	Ortalama (SD)	Ortalama (SD)
<b>Eğitim Durumu</b>						
Okur-Yazar	2,25 (0,85)	1,41 (0,53)	2,55 (1,52)	2,08 (1,17)	1,83 (1,39)	2,00 (1,26)
Değil	1,77 (0,80)	1,47 (0,42)	2,22 (0,79)	2,07 (0,75)	1,75 (1,11)	3,07 (1,05)
Okur-Yazar	2,04 (0,75)	1,92 (0,83)	2,96 (1,36)	2,14 (0,83)	1,89 (0,73)	2,96 (1,24)
İlköğretim	2,11 (0,92)	2,00 (0,71)	2,97 (1,12)	2,05 (0,78)	1,87 (0,72)	3,01 (1,12)
Mezunu	1,98 (0,76)	1,51 (0,55)	2,90 (1,13)	2,03 (0,84)	1,72 (0,68)	2,87 (1,13)
Lise Mezunu	0,338	4,902	0,964	0,114	0,414	1,122
Üniversite ve üzeri	0,852	<b>0,001</b>	0,429	0,977	0,798	0,348
<b>F</b>						
<b>p</b>						
<b>Yaş Grubu</b>						
34 yaş v a altı	2,05 (0,78)	1,81 (0,73)	2,94 (1,18)	2,07 (0,82)	1,84 (0,75)	2,95 (1,14)
35 yaş v a üstü	2,01 (1,05)	1,47 (0,45)	2,41 (1,30)	2,04 (0,74)	1,63 (0,80)	2,50 (1,39)
<b>t</b>	0,180	1,913	1,780	0,113	0,865	1,262
<b>p</b>	0,857	0,057	0,077	0,910	0,388	0,209
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	2,24 (0,98)	1,74 (0,71)	3,11 (1,10)	2,02 (0,83)	1,75 (0,64)	2,94 (1,15)
Çalışmıyor	1,98 (0,75)	1,78 (0,72)	2,82 (1,22)	2,08 (0,81)	1,84(0,79)	2,92 (1,16)
<b>t</b>	1,803	-0,339	1,405	-0,439	-0,656	0,126
<b>p</b>	0,073	0,735	0,162	0,662	0,512	0,900
<b>Gebelik Sayısı</b>						
1	2,05 (0,67)	2,07 (0,81)	3,17 (1,30)	2,14 (0,84)	1,89 (0,72)	3,41 (1,21)
2 ve üzeri	2,04 (0,86)	1,66 (0,64)	2,78 (1,14)	2,03 (0,80)	1,78 (0,77)	2,64 (1,03)

t	0,083	3,515	1,946	0,896	0,874	4,337
p	0,934	<b>0,001</b>	0,053	0,371	0,383	<b>&lt;0,001</b>
<b>Gebeliği Planlama Durumu</b>						
Planlı	2,06 (0,83)	1,81 (0,72)	3,02 (1,19)	2,01 (0,76)	1,79 (0,72)	2,91 (1,10)
Plansız	1,97 (0,76)	1,62 (0,69)	2,37 (1,12)	2,30 (0,96)	1,94 (0,8)	2,95 (1,38)
t	0,609	1,435	2,920	-1,840	-0,972	-0,165
p	0,543	0,153	<b>0,004</b>	0,068	0,332	0,869
<b>Daha Önce Küretaj Yaşama Durumu</b>						
Evet	2,56 (1,06)	1,71 (0,78)	3,06 (1,08)	2,38 (0,86)	2,03 (0,87)	2,97 (1,15)
Hayır	1,93 (0,70)	1,79 (0,70)	2,85 (1,22)	1,98 (0,78)	1,76 (0,71)	2,91 (1,16)
t	4,121	-0,574	0,885	2,756	1,966	0,284
p	<b>&lt;0,001</b>	0,5 7	0,377	<b>0,007</b>	0,051	0,777
<b>Ailede Genetik Hastalık Bulunma Durumu</b>						
Evet	2,53 (0,95)	1,83(0,76 )	2,97 (1,25)	2,82 (1,19)	2,61 (1,14)	3,15 (1,16)
Hayır	1,86 (0,67)	1,75 (0,70)	2,85 (1,18)	2,00 (0,75)	1,76 (0,68)	2,90 (1,16)
t	5,154	0,6 5	0,587	3,583	4,066	0,734
P	<b>&lt;0,001</b>	0,4 8	0,558	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,464
<b>Genetik Hastalıkla Doğan Çocuğu Olma Durumu</b>						
Evet	2,65 (0,88)	1,78 (0,90)	3,23 (1,07)	3,14 (0,45)	2,50 (0,80)	2,64 (0,85)
Hayır	1,97 (0,77)	1,77 (0,69)	2,85 (1,21)	2,02 (0,79)	1,79 (0,74)	2,93 (1,17)
t	3,563	0,0 0	1,325	3,666	2,426	-0,659
p	<b>&lt;0,001</b>	0,9 6	0,187	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,016</b>	0,511

\*Üç ve daha fazla grup karşılaştırıldığında Oneway ANOVA testi, iki grup karşılaştırıldığında bağımsız grupta t testine ait p değeri verilmiştir.

Tablo 3.5'te akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin bazı sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile DÖASÖ alt boyut toplam puanlarının karşılaştırmasına ait veriler görülmektedir.

Akraba evliliği yapan gebelerde eğitim düzeyi ile gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $F=4,90$ ,  $p=0,001$ ). Akraba evliliği yapan ve yapmayan gruplarda eğitim düzeyi ile DÖSAÖ ölçeği diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,005$ ).

Akraba evliliği yapan gebelerin gebelik sayısı ile gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyutu toplam puanları ( $t=3,51$ ,  $p=0,001$ ) ve akraba evliliği yapmayan gebelerin doğum beklentisi alt boyutu toplam puanları ( $t=4,33$ ,  $p<0,05$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Her iki grupta da ilk gebeliği olan gebeler daha yüksek DÖASÖ alt boyut puanlarına sahip olduğu bulunmuştur.

Akraba evliliği yapan gebelerin gebeliği planlama durumlarına göre medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık ile gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyutu toplam puanları açısından anlamlı fark yokken ( $p>=0,05$ ), doğum beklentisi alt boyutu toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $t=2,92$ ,  $p=0,004$ ). Akraba evliliği yapan gebelerin gebeliği planlı olanların doğum beklentisi alt boyutu puanları daha yüksektir. Akraba evliliği yapmayan gebelerin gebeliği planlama durumlarına göre medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutu toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $t=-1,84$ ,  $p=0,06$ ). Gebeliği plansız olan gebelerin medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutu toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

Her iki grupta da gebelerin daha önce küretaj yaşama durumları ile medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebeler gruplarında küretaj yaşamış gebelerin DÖASÖ medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur.

Akraba evliliği yapan gebelerde ailede genetik hastalık bulunma durumuna göre DÖASÖ medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur ( $t=5,154$ ,  $p<0,001$ ). Akraba evliliği yapmayan gebelerde genetik hastalık bulunma durumuna göre DÖASÖ medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık ( $t=3,583$ ,  $p<0,001$ ) ve gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler ( $t=4,066$ ,  $p<0,001$ ) alt boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur. Her iki grupta da ailesinde genetik hastalık bulunan gebeler daha yüksek DÖASÖ alt boyut puanlarına sahiptir.

Akraba evliliği yapan gebelerin genetik hastalıkla doğan çocuğu olma durumuna göre DÖASÖ medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur ( $t=3,563$ ,  $p<0,001$ ). Akraba evliliği yapmayan gebelerin genetik hastalıkla doğan çocuğu olma durumuna göre DÖASÖ medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık ( $t=3,666$ ,  $p<0,001$ ) ve gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler ( $t=2,426$ ,  $p=0,016$ ) alt boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur.



### 3.6. Akraba Evliliği Yapan Ve Yapmayan Gebelerin Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

#### 3.6.1. Akraba Evliliği Yapan Ve Yapmayan Gebelerin KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Akraba Evliliği Yapan Gebeler N=173								Akraba Evliliği Yapmayan Gebeler N=173							
	DÖASÖ		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık		Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler		Doğum Beklentisi		DÖASÖ		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık		Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler		Doğum Beklentisi	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>KVÇÖ</b>	-0,136	0,072	-0,143	0,058	-0,081	0,189	-0,100	0,189	-0,132	0,087	-0,91	0,241	0,154*	<b>0,046</b>	-0,015	0,846
<b>DÖASÖ</b>			0,797**	<b>&lt;0.001</b>	0,746**	<b>&lt;0.001</b>	0,674**	<b>&lt;0.001</b>			0,872**	<b>&lt;0.001</b>	0,837**	<b>&lt;0.001</b>	0,659**	<b>&lt;0.001</b>

\*Korelasyon 0.01 de anlamlıdır.

\*\* Korelasyon 0.05 de anlamlıdır.

Tablo 3.6.1' de akraba evliliği yapan ve akraba evliliği yapmayan gebelerin KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki korelasyonlar incelenmiştir.

Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin KVÇÖ puanları ile DÖASÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin KVÇÖ ile DÖASÖ medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ).

Akraba evliliği yapan gebelerin KVÇÖ ile DÖASÖ gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyut arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ). Akraba evliliği yapmayan gebelerin KVÇÖ toplam puanları ile DÖASÖ gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyut puanları ( $r=0.154$ ,  $p=0.046$ ) arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Gebelerin KVÇÖ puanları arttıkça gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyut puanları artmaktadır.

Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin KVÇÖ ile DÖASÖ doğum beklentisi alt boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ).

Akraba evliliği yapan gebelerin DÖASÖ toplam puanları ile DÖASÖ medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık ( $r=0.797$ ,  $p<0.001$ ) alt boyut puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Akraba evliliği yapmayan gebelerin DÖASÖ toplam puanları ile DÖASÖ medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık ( $r=0.872$ ,  $p<0.001$ ) alt boyut puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Akraba evliliği yapan gebelerin DÖASÖ toplam puanları ile DÖASÖ gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler ( $r=0.746$ ,  $p<0.001$ ) alt boyut puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Akraba evliliği yapmayan gebelerin DÖASÖ toplam puanları ile DÖASÖ gebelik

esnasındaki psikososyal değişiklikler ( $r=0,837$ ,  $p<0.001$ ) alt boyut puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Akraba evliliği yapan gebelerin DÖASÖ toplam puanları ile DÖASÖ doğum beklentisi ( $r=0,674$ ,  $p<0.001$ ) alt boyutları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Akraba evliliği yapmayan gebelerin DÖASÖ toplam puanları ile DÖASÖ doğum beklentisi ( $r=0,659$ ,  $p<0.001$ ) alt boyutları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.



#### 4. TARTIŞMA

Çalışmada elde edilen bulgular şu başlıklar altında tartışılmıştır;

- Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- Gebelerin Prenatal Tarama ve Tanı Testlerine İlişkin Bulgularının Tartışılması
- Gebelerin KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması
- Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri ile KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ Alt Boyut Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması
- Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Akraba evlilikleri toplumda sık görülen hastalıkların görülme oranını artırmaktadır. Akraba evliliklerinden doğan çocuklarda genetik bozukluklar yaygın olarak görülmektedir (60,61,62,63). Bebekte genetik hastalık görülme riskinin artması ebeveynlerin psikolojik yüklerini artırmaktadır ve ebeveynlerin bu süreçte oluşabilecek kaygıyla baş edebilmeleri gerekmektedir. Bu stresli sürecin başarıyla yönetilebilmesi için antenatal dönemde çiftlere uygun bakım verilmeli ve fetüsün sağlığını değerlendirmeye yönelik girişimler yapılmalıdır (63,64).

Gebelik dönemi, anne adayları için heyecan verici ve mutlu bir süreç olmasının yanı sıra, genetik hastalıklar, kronik hastalık varlığı, akraba evliliği gibi bazı riskli durumlarda karar çatışmasının da yaşanabildiği bir dönemdir. Gebelikte fetüsün sağlığı ile ilgili bilgi edinmek amacıyla prenatal testler yapılmaktadır (65). Bu testler, doğmamış bebeğin sağlığını izlemek ve olası genetik bozuklukları tespit etmek için önemli bir araçtır (64,65,66). Ancak, akraba evliliği yapmış olma gibi önceden bilinen risklerin olduğu durumlarda çiftler için bu testleri yaptırmak daha

önemli hale gelebilir. Dini, kültürel ya da bireysel inançlar, bilgi eksikliği, geçmiş deneyimler gibi bazı faktörler çiftlerin testlere yönelik tutumlarını etkileyebilir. Bu nedenle, akraba evliliği yapan gebeler, prenatal tarama ve tanı testlerine yönelik bir karar verirken ek bir endişe ve karar çatışması yaşayabilirler (6,66).

Bu bölümde, akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin prenatal tarama ve tanı testlerine yönelik yaşadıkları karar çatışması ve stres düzeyleri ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

#### **4.1. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

TÜİK verilerine göre; Türkiye’de 2022 yılında akraba evliliği oranı %3,9 iken, Mardin ilinde akrabasıyla evli olan bireylerin oranı %20,3’tür. Bu sonuçlara göre Mardin’deki akraba evliliği oranı Türkiye’deki oranın üzerindedir (67). Bu nedenle Mardin’de akraba evlilikleri nedeni ile karşılaşılabilecek genetik hastalıkların oranının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Literatürde akraba evliliklerinin sorgulandığı çalışmalarda; Karaşin ve arkadaşlarının 2023 yılında Bursa ilinde 231 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin yarısına yakınının birinci derece, gebelerin kalan kısmının ikinci derece akraba evliliğine sahip olduğu (68), İnandı ve arkadaşlarının Hatay ilinde yaptığı bir çalışmada 584 kadının yaklaşık üçte birinin akrabasıyla evli olduğu (25), Arslan ve arkadaşlarının Karabük ilinde akraba evliliği durumu, bununla ilişkili kronik ve genetik hastalık sıklığını araştırdığı bir çalışmada, çalışmaya katılan 320 gönüllü arasında üçte biri kadarının akraba evliliği yaptığı (2), Koçak ve arkadaşlarının Konya ilinde 2016’da 139 gebeyle yaptıkları bir çalışmada gebelerin beşte biri kadarının eşleri ile akraba olduğu (7) sonucuna ulaşılmıştır. Ülkemizde yaşanan bölgeye göre akraba evliliği oranı değişmektedir.

Çalışmaya katılan gebelerin ailelerinde genetik hastalık bulunup bulunmadığı sorulduğunda, akraba evliliği yapan gebelerin üçte birinde, akraba evliliği yapmayan gebelerin onda birinden daha azının ailesinde genetik hastalık bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3.1). Buna göre akraba evliliği yapan gebelerin, genetik sorunu olan çocuk sahibi olma riskinin akraba evliliği yapmayan gebelere oranla daha fazla olduğu düşünülebilir. Bu sonuçlar, ailede genetik hastalık bulunma durumunun

akraba evliliği yapma tercihine etkisinin göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir. Sağlık politikaları ve danışmanlık hizmetleri, ailelerin genetik hastalık risklerini anlamalarına ve bu bilgiyi evlilik kararlarına yansıtmalarına yardımcı olabilir. Pala ve arkadaşlarının Gaziantep ilinde 500 gebe katılımcıyla yaptıkları bir araştırmada katılımcıların kendisinin ve/veya eşinin ailesinde, Down sendromlu birey varlığı oranı %4,2 (n=21) olarak belirlenmiştir (65). Nar'ın Şanlıurfa ve Hatay illerinden toplam 153 aile ile yaptığı çalışmada akraba evliliğinden kaynaklı hastalıkların görülme sıklığının yüksek olduğu gözlemlenmiştir (69). İnandı ve arkadaşlarının Hatay ilinde 2016'da 584 kadın katılımcı ile yaptığı çalışma da çalışmamızı destekler niteliktedir. İnandı ve arkadaşlarının çalışmasında akraba evliliği yapan gebelerin ailelerinde genetik hastalık bulunma durumu (%27,3) akraba evliliği yapmayan gebelere (%7,6) göre daha yüksek bulunmuştur (25). Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anne ve babası akraba olan 66 kadının 6 tanesinde doğumsal anomali, anne babası akraba olmayan 254 kadının 1 tanesinde doğumsal anomali gözlemlenmiştir. Bu sonuçlara göre akraba evliliği sonucu doğumsal anomali akraba evliliği olmayanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır (2). Ülkemizde akraba evliliği, bazı bölgelerde daha sık olmakla birlikte, halen yapılmaktadır. Bu nedenle akraba evliliği oranını düşürmek ve akraba evliliğine bağlı fetüsle ilişkili sorunları önlemeye yönelik sağlık politikalarının oluşturulması önem taşımaktadır.

Otozomal resesif genlerin bir araya gelme sıklığını arttıran akraba evlilikleri toplum sağlığını yakından ilgilendirmektedir (2). Bu sebeple prenatal tarama ve tanı testleri tüm gebeleri yakından ilgilendiren bir süreçtir ve daha da önemlisi akraba evliliği olan çiftler açısından önemli bir tanılama süreci olarak değerlendirilebilir (65). Akraba evliliklerinin en büyük ve en önemli sorunu bu evlilikler neticesinde doğan çocuklarda ciddi sağlık sorunlarının görülmesidir. Akraba evliliklerinden kaynaklanan hastalıkların önemli ölçütü kuşaklar arası geçiş özelliğidir. Bu hastalıkların çoğunun tedavisi bulunmamaktadır; ancak erken teşhis yapıldığı takdirde hastalık önemli ölçüde gerilemektedir veya kötüleşmesi durdurulmaktadır (69,70,71). Bu çalışmada akraba evliliği yapan gebelerde genetik hastalıkla doğan çocuğu olma oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, akraba evliliklerinin genetik hastalık riskini artırdığını ve genetik hastalıkla doğan çocuk

sayısının daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu nedenle akraba evliliği yapan gebelerde genetik danışmanlık hizmetlerinin daha fazla önem kazandığı ve bu hizmetlerin ailelere genetik hastalıkların riskleri ve önlenmesi konusunda bilgi sağlama açısından önemli olduğu düşünülebilir. Literatürde de çalışmamızla benzer şekilde akraba evliliği yapan çiftlerin çocuklarında genetik anomali oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (2,68,72,73).

#### **4.2. Gebelerin Prenatal Tarama ve Tanı Testlerine İlişkin Bulgularının Tartışılması**

Bu çalışmada gebelerin tarama testleri hakkında bilgi alma durumu, hangi prenatal tarama testini duydukları ve bilgi kaynakları incelenmiştir. Akraba evliliği yapan gebelerin hemen hemen hepsi, akraba evliliği yapmayan gebelerin ise yarısından fazlası prenatal tarama testleriyle ilgili bilgi almıştır (Tablo 3.2). Her iki grupta da en fazla duyulan tarama yöntemi ultrasonografidir; bunu sırasıyla ikili test, üçlü test, dörtlü test ve NIPT takip etmektedir. Her iki grupta gebeler en sık arkadaş\ akrabalarından ve internetten bilgi almıştır. Arkadaş\akraba ve internetten sonra sırasıyla doktordan %35,5 ve hemşireden %31,2 bilgi alınmıştır. Bu oranlara göre sağlık profesyonellerinden bilgi alma oranı oldukça düşüktür. Hemşirelerin bilgilendirme ve danışmanlık rolleri göz önüne alındığında antenatal bakımda prenatal testler açısından bu rollerini kısıtlı oranda gerçekleştirdikleri söylenebilir. Gebelerin sıklıkla internetten bilgi aldıkları düşünüldüğünde, gebelerin internette güvenilir bilgi kaynaklarına ulaşmaları desteklenebilir. Pala ve arkadaşlarının Gaziantep ilinde 500 gebe katılımcıyla yaptığı bir çalışmada katılımcıların yaklaşık beşte birinin daha önce prenatal tanı testlerini duyduğunu ve hangi durumlarda yapıldığını bildiğini belirtmiş, testleri bildiğini söyleyen katılımcıların yarısından biraz fazlasının doğru bilgiye sahip olduğu tespit edilmiştir (65). Karakuş ve arkadaşlarının 222 gebe ile gebelerin ikili ya da üçlü testler hakkındaki bilgi düzeyinin araştırıldığı bir çalışmada gebelerin çoğunluğunun tarama testleriyle ilgili bilgiyi doktordan aldıkları gözlemlenmiştir (74). Thompson ve arkadaşlarının 25 gebe ile yaptığı çalışmada tarama testi sonucu pozitif çıkan gebelerin çoğunun yapılan genetik tarama testlerine dair bilgilerinin olduğunu ve yapılan testlerin neler olduğunu bildikleri belirtilmiştir (75). Literatürdeki farklı sonuçların araştırmaların

farklı popülasyonlarda yürütülmüş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca yaşanan yerin demografik özelliklerinin de gebelerin prenatal testler hakkında bilgi düzeylerini etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda akraba evliliği yapan gebelerin önceki gebeliklerinde tanı testi yaptırma oranı akraba evliliği yapmayan gebelere göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Akraba evliliği yapan gebelerde bu oranın daha yüksek olmasının, bu gebelerin yüksek riskli grupta olmaları nedeniyle antenatal bakımda genetik hastalıklar açısından daha ayrıntılı bilgi verilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Tabloda yer almayan verilere göre gebelerin tarama ve tanı testi yaptırmama nedenleri arasında; kadının eşinin test yapılmasını istememesi, ebeveynlerin doğacak bebek engelli olsa dahi aldırma istememesi gibi nedenler bulunmaktadır. Gebelerin prenatal tarama ve tanı testi yaptırmama nedenleri literatürde benzerlik göstermektedir (5,7,10,65,76).

Çalışmamıza katılan akraba evliliği yapan gebelerin hemen hemen yarısı, akraba evliliği yapmayan gebelerin ise çeyreğinden biraz fazlası tanı testlerinin sonucunda bebekte bir anomali tespit edilirse gebeliğini devam ettirmek istediğini belirtmiştir. Gebelerin inançları sebebiyle bu kararı verdikleri düşünülebilir. Ayrıca gebelerin yaklaşık %35'e yakın bir kısmının bu konuda ne karar vereceğini bilmemesi ve kararsız olması gebelere genetik danışmanlık hizmetlerinin sunulması ve bu süreçte bilgilendirilme ve yönlendirme yapılmasının önemini vurgulamaktadır. Ayrıca, gebelerin kararlarını etkileyen sosyo-kültürel faktörler, dini inançlar ve bireysel değerler gibi etmenlerin de göz önünde bulundurulması önemlidir. Literatürde de bizim çalışmamıza benzer şekilde gebelerin çoğunun bebeklerinde anomali tespit edilse bile gebeliğe devam etmeyi seçtikleri belirlenmiştir (1,65).

#### **4.3. Gebelerin KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Araştırmaya katılan iki gruptaki gebelerin toplam stres puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3.3). Sis Çelik ve arkadaşlarının 740 gebe ile gebelerin yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen faktörleri araştırdıkları bir araştırmada çalışma kapsamına alınan gebelerin doğum öncesi yaşadıkları stres düzeyinin yüksek

olduğu belirtilmiştir (77). Literatürde çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır (5,78,79,80,81).

Araştırmaya katılan her iki gruptaki gebelerin yüksek oranda karar çatışması yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 3.3). Akraba evliliği yapan gebelerin de karar çatışması yaşama düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bu sonuç ülkemizde yapılan Yeşilçınar'ın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir (5).

#### **4.4. Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ Alt Boyut Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu çalışmada her iki grupta da gebelerin eğitim düzeyi ve çalışma durumu karar vermede çatışma yaşama düzeylerini etkilemiştir (Tablo 3.4). Her iki grupta da eğitim düzeyi arttıkça gebelerdeki karar çatışması azalmıştır. Yine her iki grupta da çalışan gebeler çalışmayan gebelere göre daha az karar çatışması yaşamıştır. Bu çalışmadan farklı olarak Yeşilçınar ve arkadaşlarının 2021' de yayınlanan gebe kadınlar için doğum öncesi tarama ve teşhis testleri için danışmanlık ve eğitimi araştırdıkları çalışmada, gebelerin eğitim ve gelir getiren bir işte çalışmalarının karar vermede çatışmayı etkilemediği belirlenmiştir (6).

Bu çalışmaya göre her iki grupta da primipar kadınların multipar kadınlara göre daha yüksek oranda doğum öncesi stres yaşadıkları bulunmuştur (Tablo 3.4) ( $p<0,05$ ). Bu bulgu ile uyumlu olarak akraba evliliği yapan primipar gebelerde stres ölçeği psikososyal değişiklikler alt boyut puanlarının multipar gebelere göre daha yüksek olması, akraba evliliği yapmayan primipar gebelerde stres ölçeği doğum beklentisi alt boyut puanlarının multipar gebelere oranla daha yüksek olması bu bulguyu destekler niteliktedir (Tablo 3.5) ( $p<0,001$ ). Sis Çelik ve arkadaşlarının gebelerin yaşadıkları stres düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla 740 gebe ile yaptıkları bir çalışmada primipar gebelerin multipar gebelere oranla daha yüksek stres yaşadıkları belirtilmiştir (77). Bu verilere göre ilk gebeliği olan kadınların gebelik deneyimlerinin olmamasının yüksek strese neden olduğu

düşünülebilir. Yüksek stresin fetal etkileri düşünüldüğünde gebe kadının yaşayacağı stresin azaltılmasına yönelik girişimlerin yapılması önemlidir.

Bu çalışmada her iki grupta da ailelerinde genetik hastalık bulunan gebelerin daha fazla stres ve karar çatışması yaşadıkları belirtilmiştir (Tablo 3.4). Ailelerinde genetik hastalık bulunan gebelerin medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutunda yaşadıkları stres de daha yüksektir (Tablo 3.5). Bu sonuca göre gebelerin ailelerinde genetik hastalığa sahip bireyin var olması bu gebelerin medikal ve obstetrik risklerin farkında olduklarına işaret etmektedir. Ailede genetik hastalığa sahip bireyin olması, gebelerin oluşabilecek medikal ve obstetrik risklerin bilmesinden kaynaklanan doğum öncesi stresinin artabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde akraba evliliği yapmayan gebelerde ailede genetik hastalık bulunması durumunda gebelik esnasındaki psikososyal değişikliklerle ilgili stresin daha yüksek olması bu sonucu destekler niteliktedir. Ailelerinde genetik hastalık bulunan kadınlarda da stres düzeyinin yüksek olduğu literatürde benzer çalışmalarla desteklenmiştir (82,83,84,85)

Bu çalışmaya katılan gebelerin genetik hastalıkla doğan çocuğa sahip olmaları medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlıkla ilgili stres düzeylerinin yükselmesine sebep olmuştur (Tablo 3.5). Bu durum, genetik hastalıkla doğan çocuğu olan gebelerin daha fazla medikal ve obstetrik risklere sahip olabileceğini, bu risklerin neler olduğunu var olan tecrübelerden kaynaklı daha iyi bildikleri ve bu durumun gebelik sürecinde psikososyal değişikliklere yol açabileceği düşünülmektedir. Literatürde de benzer sonuçlara rastlanmıştır (86,87,88). Genetik hastalığı olan çocuğa sahip olmak yüksek stres düzeyinde neden olduğundan bu ailelere destek ve danışmanlık verilmesi önemlidir.

#### **4.5. Akraba Evliliği Yapan ve Yapmayan Gebelerin KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmamızda akraba evliliği yapan gebelerde karar vermede çatışma ile doğum öncesi algılanan stres arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu durumun sebebinin her iki gruptaki gebelerin de aynı şehirde bulunması ve aynı kültürden etkilenmeleri olduğu düşünülmektedir. Akraba evliliği

yapan gebelerin doğum öncesi yaşadıkları stres arttıkça medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık, gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler ve doğum beklentisi puanları da artmıştır (Tablo 3.6). Bu bulgular doğrultusunda gebelerin stres düzeylerinin artmasının doğum beklentileri, tıbbi riskler ile ilişki streslerini ve psikososyal etkilenmeyi artırdığı belirlenmiştir. Literatürde çalışmamızla benzer şekilde gebelerin stres düzeylerinin yüksek çıktığı sonuçlar sunan çalışmalar bulunmaktadır (78,79,80,81,89)

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre; akraba evliliği yapan gebelerin yaşadığı stres ve karar çatışmasının yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelerin akraba evliliği sonucu oluşabilecek riskler hakkında bilgi sahibi olabilmeleri ve bilinçlendirilebilmeleri için hemşirelerin donanımlı olmaları ve danışmanlık sağlayabilmeleri gerekmektedir. Bu bilgilendirmeler sonucunda gelecek nesillerde akraba evliliğinin ve akraba evliliği sonucunda olabilecek genetik anomali insidansının azalacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda akraba evliliklerinde prenatal tarama ve tanı testlerinin yapılmasında yaşanan stres ve karar çatışmasını çok yönlü ele alan bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 5.1. Sonuçlar

Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin prenatal tanı ve tarama testlerine yönelik yaşadıkları karar çatışması ve stres düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla 346 gebe ile yapılan çalışmada elde edilen sonuçlara ve önerilere bu bölümde yer verilmiştir.

1. Çalışmaya katılan gebelerin akraba evliliği yapma durumlarına göre yaş, gebelik haftası, eğitim durumu, çalışma durumu, gebelik sayısı ve daha önce küretaj yaşama durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu çalışmada her iki grupta da gebelerin ailelerinde genetik hastalık bulunma durumu ve genetik hastalıkla doğan çocuğu olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu çalışmada akraba evliliği yapan gebelerin ailelerinde genetik hastalıklı birey bulunması oranı ve genetik hastalıkla doğan çocuğunun olması oranı, akraba evliliği yapmayan gebelere göre daha fazladır (Tablo 3.1).
2. Bu çalışmaya katılan gebelerin yarısından fazlasının prenatal tarama testleri hakkında bilgisinin bulunduğu, testlerden en fazla ikili ve üçlü testi duydukları, testler hakkında bilgi aldıkları kaynağın çoğunlukla arkadaş/akraba ve internet olduğu belirlenmiştir. Akraba evliliği yapan gebelerin tarama testleri hakkında bilgi alma oranının akraba evliliği yapmayan gebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Akraba evliliği yapan gebelerin önceki gebeliklerinde prenatal tanı testi yaptırma oranının akraba evliliği yapmayan gebelere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3.2).
3. Çalışmaya katılan gruplar arasında KVÇÖ, DÖASÖ ve DÖASÖ alt boyut puan ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 3.3).

4. Bu çalışmada akraba evliliği yapan gebelerin eğitim durumları ile KVÇÖ toplam puanları ve akraba evliliği yapmayan gebelerin eğitim durumları ile KVÇÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Gebelerin eğitim seviyeleri yükseldikçe KVÇÖ puanları düşmüştür (Tablo 3.4).
5. Akraba evliliği yapan gebelerin yaş gruplarına göre KVÇÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Akraba evliliği yapmayan gebelerde 34 yaş ve altı gruptaki gebelerin DÖASÖ ve KVÇÖ puanları 35 yaş ve üstü gruptaki gebelerden daha yüksektir (Tablo 3.4).
6. Akraba evliliği yapan gebelerin gebelik sayısına göre DÖSAÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Primipar gebelerin doğum öncesi stres ve karar vermede çatışma puanları multipar gebelere oranla daha yüksektir (Tablo 3.4).
7. Bu çalışmaya katılan akraba evliliği yapan gebelerin ailelerinde genetik hastalık bulunma durumuna ile DÖASÖ ve KVÇÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Akraba evliliği yapmayan gebelerin ailelerinde genetik hastalık bulunma durumlarına ile DÖASÖ ve KVÇÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Her iki grupta da ailelerinde genetik hastalık bulunan gebelerin yaşadıkları stres oranı ailelerinde genetik hastalık bulunmayan gebelere oranla daha fazladır (Tablo 3.4).
8. Çalışmaya katılan akraba evliliği yapan gebelerin gebelik sayısı ile gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyutu toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Her iki grupta da primipar gebeler multipar gebelere oranla daha yüksek stres puanları almışlardır. (Tablo3.5).
9. Akraba evliliği yapan gebelerde ailede genetik hastalık bulunma durumuna göre DÖASÖ medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutunda anlamlı

fark bulunmuştur. Akraba evliliği yapmayan gebelerde genetik hastalık bulunma durumuna göre DÖASÖ medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık ve gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur. Her iki grupta da ailesinde genetik hastalık bulunan gebelerin yaşadıkları stres daha yüksek bulunmuştur (Tablo3.5).

10. Akraba evliliği yapan gebelerin genetik hastalıkla doğan çocuğu olma durumuna göre DÖASÖ medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur. Akraba evliliği yapmayan gebelerin genetik hastalıkla doğan çocuğu olma durumuna göre DÖASÖ medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık ve gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler alt boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur. Akraba evliliği yapan genetik hastalıkla doğan çocuğu olan gebeler daha yüksek DÖASÖ alt boyut puanlarına sahiptir (Tablo 3.5).

11. Akraba evliliği yapan gebelerin KVÇÖ toplam puanları ile DÖASÖ ve DÖASÖ alt boyut puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Akraba evliliği yapmayan gebelerin KVÇÖ toplam puanları ile DÖASÖ, DÖASÖ medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyutu ve DÖASÖ doğum beklentisi alt boyut puanları arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Akraba evliliği yapmayan gebelerin KVÇÖ puanlarının arttıkça DÖASÖ gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler puanlarının da arttığı tespit edilmiştir (Tablo 3.6).

12. Akraba evliliği yapan gebelerin DÖASÖ ile DÖASÖ alt boyutları arasında ilişki tespit edilmiştir. Gebelerin yaşadıkları stres arttıkça medikal ve obstetrik alanda, gebelik esnasında yaşadıkları psikososyal değişiklikler alanında ve doğum beklentisinde yaşadıkları stres artmaktadır (Tablo 3.6).

## **5.2. Öneriler**

Akraba evliliği yapan ve yapmayan gebelerin prenatal tanı ve tarama testlerine yönelik yaşadıkları karar çatışması ve stres düzeylerinin karşılaştırılması

amacıyla 346 gebe ile yapılan çalışmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Hemşireler ve ebelerin gebelerin tarama ve tanı testlerine yönelik anksiyete ve karar çalışmalarını azaltabilmek ve bilgi eksikliklerini giderebilmek amacıyla danışmanlık ve eğitim vermesi,
2. Hemşire/ebelerin gebelere danışmanlık yapmalarını engelleyen eksikliklerin tespit edilmesi ve bu eksikliklerin hizmet içi eğitimlerle giderilmesi,
3. Bölgedeki sağlık çalışanlarının akraba evliliği durumları ve algılarını öğrenerek görüşlerinin belirtilmesi için çalışmalara yapılması,
4. Bu çalışmada gruplarda KVÇÖ ve DÖASÖ arasında anlamlı ilişki çıkmamasının nedeni aynı şehirde olması ve kültürlerinin aynı olması olabilir bu yüzden bu çalışma kültür bakımından farklı iki ayrı şehirde de yapılması,
5. Akraba evliliğinin sonuçları olan genetik anomali risklerinin topluma eğitim olarak verilmesi bu sayede gelecek nesillerde akraba evliliklerinin azalmasının hedeflenmesi,
6. Gebelere sağlanacak profesyonel ve sosyal destek sistemleri gebelerin yaşayacağı stresi azaltabilmektedir bu yüzden gebelere eşlik eden aile bireylerinin de eğitilmesi,
7. Akraba evliliği oranını düşürmek ve akraba evliliğine bağlı fetüsle ilişkili sorunları önlemeye yönelik sağlık politikalarının oluşturulması ve yaygınlaştırılması,
8. Çalışma sonuçlarından elde edilen gebelerin prenatal tarama ve tanı testleriyle ilgili bilgiyi en sık internetten edinmesi sonucu göz önüne

alındığında internette güvenilir bilgi kaynaklarının oluşturulması ve gebelerin bu güvenilir bilgi kaynaklarından bilgi alması,

9. Eğitim düzeyi düşük olan bireyler arasında da akraba evliliği konusunda farkındalık oluşturma çalışmaları yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Doğan Merih, Y., İliter, F., Coşkuner Potur, D. & Alioğulları, A. (2018). Prenatal Tanı Testleri Sonrasında Riskli Gebelik Tanısı Alan Gebelerin Sürece Yönelik Görüşleri. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4 (1), 1-19. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/kashed/issue/37442/323183>
2. Arslan, K., Eröz, R., & Özmerdivenli, R. (2016). Batı Karadeniz Bölgesi'nin Eskipazar İlçesinde Akraba Evliliği Durumu, Bununla İlişkili Kronik ve Genetik Hastalık Sıklığının Araştırılması. *Düzce Medical Journal*, 18(2), 54-59. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/dtfd/issue/48302/611569>
3. Ayan, D., Beder-Şen, R., Yurtkuran, S., & Ünal, G. (2002). Akraba evliliğinin kültür birikiminde ve toplum hayatındaki bazı görünümüleri: dil, din ve tıp. *Aile ve Toplum*, 2(5), 77-90.
4. Bennett R, Motulsky A, Bittles A et al (2002) Genetic counseling and screening of consanguineous couples and their offspring: recommendations of the National Society of Genetic Counselors. *J Genet Couns* 11(2):97–119
5. Yeşilçınar, İ., & Güvenç, G. (2021). Gebeler için doğum öncesi tarama ve tanı testleri için danışmanlık ve eğitim: Randomize kontrollü çalışma. *Uluslararası Hemşirelik Uygulamaları Dergisi*, e13000.
6. Yeşilçınar, İ. (2018). Prenatal tarama ve tanı testlerine yönelik verilen danışmanlık hizmetinin gebelerin karar vermede çatışma, karardan emin olma, anksiyete düzeyleri ve testlere ilişkin tutumlarına etkisinin değerlendirilmesi. *GATA. Hemşirelik Programı Doktora Tezi. Ankara*.
7. Koçak, V., & Ege, E. (2016). Prenatal Tarama Testi Uygulanan Gebelerin Kaygı Düzeyi ve İlişkili Faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 26(4).
8. Yüreğir, Ö. Ö., Büyükkurt, S., Filiz, K. O. Ç., & Pazarbaşı, A. (2012). Prenatal (Doğum Öncesi) Tanı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1).
9. Farrell, R. M., Nutter, B., & Agatista, P. K. (2011). Meeting patients' education and decision-making needs for first trimester prenatal aneuploidy screening. *Prenatal Diagnosis*, 31(13), 1222-1228.
10. Michie, M., Kraft, S. A., Minear, M. A., Ryan, R. R., & Allyse, M. A. (2016). Informed Decision Making About Prenatal cfDNA Screening: An Assessment of Written Materials. *Ethics, Medicine and Public Health*, 2, 362-377.
11. Muller, C., & Cameron, L. D. (2016). It's complicated—Factors predicting decisional conflict in prenatal diagnostic testing. *Health Expectations*, 19(2), 388-402.

12. Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 78-87.
13. ACOG, (2016). Ob-Gyns Release Revised Recommendations on Screening and Testing for Genetic Disorders,; [https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News\\_Releases/2016/Ob-Gyns-Release-Revised-Recommendations-on-Screening-and-Testing-for-Genetic-Disorders](https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News_Releases/2016/Ob-Gyns-Release-Revised-Recommendations-on-Screening-and-Testing-for-Genetic-Disorders).
14. Bozbeyoğlu, A. Ç., Koyuncu, E., Kardam, F., & Sungur, A. (2010). Ailenin karanlık yüzü: Türkiye'de ensest. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 13(1).
15. Arslantürk, Y., & Pınar, G. (2020). Hemşirelerin genetik danışmanlık rollerine ilişkin farkındalık ve yetkinliklerinin belirlenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 2(2), 49-56.
16. Aile, Ç. V. S. H. B., & Müdürlüğü, (2016), A. V. T. H. G. (2019). Türkiye Aile Yapısı Araştırması.
17. Türk Dil Kurumu, (2011). *Türkçe Sözlük*, Ankara, 11. Baskı
18. Bakanlığı, M. E. (2011). Aile ve Tüketici Hizmetleri: Aile Yapısı.
19. Bakanlığı, M. E. (2011). Aile ve tüketici hizmetleri. Yaşlılık Süreci, 762SHD030, Ankara.
20. Uskun, E. (2001). Akraba Evlilikleri, *STED*,10: 2, 54-56.
21. Tabak, A. (2008) Endokrinoloji ve Metabolizma Polikliniğimizden Takipli Hastalarda Akraba Evliliği Sıklığı ve Akraba Evliliğini Etkileyen Faktörler.
22. Güneş, S., Yıldırım, V., Ekinci, Ö., & Toros, F. (2017). Baba-Kız Ensesti Sonrası Uyurgezerlik: Bir Adli Olgu. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(2).
23. Aslan, F., & Erkol, Z. (2019). Yıllarca Karanlıkta Kalan Ensest. *Evaluation*, 33, 38.
24. Dayıoğlu, H., Yılmaz, A., & Bulut, E. (2019). Kütahya ilinde akraba evliliği sıklığı ve sonuçları.
25. İnandı, T., Savaş, N., Arslan, E., Yeniçeri, A., Peker, E., Alışkınd, Ö., ... & Durmaz, E. (2016). Hatay'da Akraba Evliliği Sıklığı, Nedenleri, Çocuk Sağlığı, İlişkilerde Mutluluk ve Yaşam Doyumu. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 14(1), 43-55.
26. Tekbaş, Ö. F., Oğur, R., & Uçar, M. (2005). Genç Erişkin Erkekler Arasında Akraba Evliliği Sıklığının ve Nedenlerinin Araştırılması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(3), 120-128.
27. Ayan, D., Şen, R. B., Ünal, G., & Yurtkuran, S. (2001) Ankara'da Akraba Evliliği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 4(4).
28. Jaouad, I.C., Elalaoui, S.C., Sbiti, A., Elkerh, F., Belmahi, L., & Sefiani, A. (2009). Fas'ta Konsanguineöz Evlilikler ve Otozomal Resesif Bozuklukların Görülme Sıklığının Sonucu. *Biyososyal bilimler dergisi*, 41(5), 575-581. <https://doi.org/10.1017/S0021932009003393>

29. Asha Bai, P. V., John, T. J., & Subramaniam, V. R. (1981). Reproductive wastage and developmental disorders in relation to consanguinity in south India. *Tropical and geographical medicine*, 33(3), 275–280.
30. Koç, İ. (2022). Türkiye'de akraba evliliklerinin yaygınlığının değişimi ve dirençli grupların belirlenmesi: 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'ndan evlilik kuşaklarına göre analizler. *Turk J Public Health*, 20(3), 423-438.
31. HÜNE Enstitüsü, (2021). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması.
32. TÜİK, (2020). İstatistiklerle Aile, [İstatistiklerle Aile 06.05.2021.pdf](#) Erişim Tarihi: 06.05.2021
33. Çelik, M., & İnanç, B. Y. (2009). Evlilik Doyum Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2), 247-269.
34. Tuterel-Kışlak, Ş. (2002). İlişkilerde Mutluluk Ölçeği (İmö): Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Kriz Dergisi*, 10(1), 37-43.
35. Şahin, İ. A., & Selma, Ş. E. N. (2020). Akraba Evliliği Tutum Ölçeği: Bir Metodolojik Çalışma. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 6(2), 168-191.
36. Yener Coşkun, H. (2014). Gebelikte Yapılan Prenatal Tarama Testleri ve Bu Testlere İstinaden Uygulanan Girişimsel Tanı Yöntemlerinin Hukuki Boyutu. *Tıp Hukuku Dergisi*, 3(5), 25-62.
37. Şirin, F. B. (2020). Prenatal Tarama Testleri ve Hücreden Bağımsız Fetal Dna. *Medical Journal of Suleyman Demirel University*, 27(2).
38. Rink, B. D., & Norton, M. E. (2016). Screening for fetal aneuploidy. In *Seminars in perinatology* (Vol. 40, No. 1, pp. 35-43). WB Saunders.
39. Yavan, T. (2004). Prenatal Tanı Testi Uygulanacak Gebelere Yönelik Geliştirilen Danışmanlık Protokolünün Etkinliğinin İncelenmesi. *GATA. Hemşirelik Programı Doktora Tezi. Ankara*.
40. Akbağ, N. N. A., Tokat, M. A., & Çiçek, Ö. Ç. (2020) Non-İnvaziv Prenatal Testlerde Güncel Yaklaşımlar: Hemşirelik, Danışmanlık ve Etik. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 17(1), 301-304.
41. Davidson M., London M., Ladewig P. (2012). *OLD'S Maternal-Newborn Nursing & Women's Health Across the Lifespan*, Ninth Edition, 271-275.
42. Türkyılmaz, A., Alp, M. N., & Budak, T. (2007). 481 amniyosentez, koryon villus biyopsisi ve kordosentez örneğinin prenatal genetik tanısı. *Dicle Tıp Derg*, 34(3), 187-90.
43. Balcı, O., Gezginç, K., & Acar, A. (2006). Prenatal tanı yöntemleri. *Kadın Doğum Dergisi*, 5(1), 999-1005.
44. Külçür, İ., & Çelik, A. S. (2016). Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması.



45. Topaç Tuncel, N., & Kahyaoğlu Süt, H. (2019). Gebelikte Yaşanan Anksiyete, Depresyon ve Prenatal Distres Düzeyinin Doğum Öncesi Bebeğe Bağlanmaya Etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(1), 9-17.
46. Green, J. M., Hewison, J., Bekker, H. L., Bryant, L. D., & Cuckle, H. S. (2004). Psychosocial aspects of genetic screening of pregnant women and newborns: a systematic review. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 8(33), iii-ix.
47. Cheng, P. J., Wu, T. L., Shaw, S. W., Chueh, H. Y., Lin, C. T., Hsu, J. J., ... & Soong, Y. K. (2008). Anxiety levels in women undergoing prenatal maternal serum screening for Down syndrome: the effect of a fast reporting system by mobile phone short-message service. *Prenatal Diagnosis: Published in Affiliation With the International Society for Prenatal Diagnosis*, 28(5), 417-421.
48. Yeşilçınar, İ., & Güvenç, G. (2018). Karar Vermede Çatışma ve Karardan Emin Olma Ölçeklerinin Türk Toplumuna Uyarlanması.
49. Pochon, J.B., Riis, J., Sanfey, A. G., Nystrom, L. E., & Cohen, J. D. (2008). Karar çatışmasının fonksiyonel görüntülemesi. *Nörobilim Dergisi*, 28(13), 3468-3473.
50. Peng, J., Xiao, W., Yang, Y., Wu, S., & Miao, D. (2014). The impact of trait anxiety on self-frame and decision making. *Journal of Behavioral Decision Making*, 27(1), 11-19.
51. Van den Berg, M., Timmermans, D. R., Leo, P., van Vugt, J. M., & van der Wal, G. (2006). Informed decision making in the context of prenatal screening. *Patient education and counseling*, 63(1-2), 110-117.
52. Barr, O., & Skirton, H. (2013). Informed decision making regarding antenatal screening for fetal abnormality in the United Kingdom: A qualitative study of parents and professionals. *Nursing & health sciences*, 15(3), 318-325.
53. Metcalfe, S. A. (2018). Genetic counselling, patient education, and informed decision-making in the genomic era. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 23, No. 2, pp. 142-149). WB Saunders.
54. Kaplan, S., Bahar, A., & Sertbaş, G. (2007). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 113-121.
55. Ünsal, A., & Ergül, N. (2010). Türkiye'deki hemşirelik araştırmalarında kullanılan veri toplama araçları. *Uluslararası İnsan Bilim Derg*, 7, 432-8.
56. O'Connor, A. M. (1993). User manual-decisional conflict scale. Ottawa: Ottawa Hospital Research Institute, 1993.
57. Knops, A. M., Goossens, A., Ubbink, D. T., Legemate, D. A., Stalpers, L. J., & Bossuyt, P. M. (2013). Interpreting patient decisional conflict scores: behavior and emotions in decisions about treatment. *Medical Decision Making*, 33(1), 78-84.

58. O'Connor, A. M. (1995). Validation of a decisional conflict scale. *Medical decision making*, 15(1), 25-30.
59. Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J. P., Citherlet, C., Epiney, M., & Sellenet, C. (2014). Validation of the antenatal perceived stress inventory. *Journal of health psychology*, 19(4), 471-481.
60. Yıldız, M., Yıldırım, M. S., Elkoca, A., Sarpdağı, Y., Aydın, M. A., Kabak, T., & Dege, G. (2023). Consanguineous Marriage, Health Literacy and Fatalism Levels of Different Generations: A Descriptive-Correlational Study in A Sample from Turkey. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 1309-470X-1309-5994. doi: 10.31067/acusaglik.1176800
61. Heidari, F. , Dastgiri, S. , Akbari, R. , Khamnian, Z. , Khanlarzadeh, E. , Baradaran, M. , Jabbari-fam, S. , Badrazar, S. , Heidarzadeh, M. & Tajaddini, N. (2014). Prevalence and Risk Factors of Consanguineous Marriage . *European Journal of General Medicine* , 11 (4) , 248-255 . DOI: 10.15197/sabad.1.11.81
62. Modell, B., & Darr, A. (2002). Genetic counselling and customary consanguineous marriage. *Nature Reviews Genetics*, 3(3), 225-229.
63. Uğurlu, M., & Beydağ, K. D. (2022). Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerin Gebelikte Yapılan Prenatal Tarama Testlerine İlişkin Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 84-94. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jcnr/issue/72268/1105568>
64. Padeniya, A. G. P. M., & Dias, T. D. (2015). Invasive prenatal testing at a Tertiary Fetal Medicine referral center in Sri Lanka: A service evaluation audit.
65. Pala, E. , Yiğitbaş, K. , Alın, M. A. , Demirkol, M. , Olcar, E. G. , Cesur, F. B. , Dirican, Ş. , Özsavaş, İ. , Tuğcan, B. N. , Kantar, F. , Baysöz, O. , Özel, İ. , Altınsoy, M. , Çetinkaya, K. F. , Karadeniz, P. G. , Özkaplan, E. & Soran, O. (2021). Gebelerde prenatal tanı testlerinin ve sonuçlarının farkındalığı: Gaziantep'te yapılan kesitsel bir çalışma . *Van Sağlık Bilimleri Dergisi* , 14 (1) , 1-6 . DOI: 10.52976/vansaglik.728371
66. Nacar, G. , Ünver, H. , Derya, Y. A. & Taşhan, S. T. (2018). Prenatal Tarama Testleri Yaptırmanın Gebelik Anksiyetesine Etkisi . *Annals of Health Sciences Research* , 7 (2) , 35-40 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/annhealthscires/issue/65349/1006830>
67. TÜİK, (2022). Evlenme İstatistikleri, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Aile-2022> Erişim Tarihi: 15.05.2023
68. Karaşin, S. S., KAZANCI, E. G., Pakay, K., ÖZYAMACI, B., TÜYSÜZ, T. N., Esen, Ş. K., & TURANLI, C. E. (2023). Analysis of perinatal outcomes of pregnancies from consanguineous marriages in a tertiary hospital in Bursa, Turkey. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 6(2), 359-363.
69. Nar, M. Ş. (2017). Tıbbi antropoloji: akraba evliliklerinin patolojik etkileri. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 52(1).

70. Arslan, B. (2010). Gebelerde anksiyete ve depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler. Süleyman Demirel Üniversitesi. Uzmanlık Tezi. Isparta.
71. Robertson, J. M., Basany, K., Farooq, F., Tan, X., Tang, G., Bunker, C. H., ... & Haggerty, C. L. (2022). Consanguineous marriage and early pregnancy loss in rural to Peri-urban India. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 72(4), 314-321.
72. Anwar, S., Taslem Mourosi, J., Arafat, Y., & Hosen, M. J. (2020). Genetic and reproductive consequences of consanguineous marriage in Bangladesh. *PloS one*, 15(11), e0241610.
73. Samlı, H. , Toprak, D. & Solak, M. (2006). Afyonkarahisar ilinde Akraba Evlilikleri ve I Bunun Dogumsal Anomaliler ile Iliskisi . Kocatepe Tıp Dergisi , 7 (3) , - . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/kocatepetip/issue/17421/182444>
74. Karakuş, R. (2015). Gebelerin ikili ya da üçlü testler hakkındaki bilgi düzeyinin araştırılması. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(5), 174-178.
75. Thompson, S., Noblin, S. J., Lemons, J., Peterson, S. K., Carreno, C., & Harbison, A. (2015). Perceptions of Latinas on the traditional prenatal genetic counseling model. *Journal of genetic counseling*, 24, 675-682.
76. Richards, E.G., Sangi-Haghpeykar, H., McGuire, A.L., Van den Veyver, I.B., & Fruhman, G. (2015). Pregnant Patients' Risk Perception of Prenatal Test Results with Uncertain Fetal Clinical Significance: Ultrasound Versus Advanced Genetic Testing. *Prenatal Diagnosis*, 35, 1213-1217.
77. Çelik, A. S., & Atasever, İ. (2020). Gebelerde Algılanan Stres Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 267-276.
78. Baran, G. K., Şahin, S., Öztaş, D., Demir, P., & DESTİCİOĞLU, R. (2020). Gebelerin algılanan stres düzeylerinin ve stres nedenlerinin değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 45(1), 170-180.
79. Famarzi, M., & Pasha, H. (2015). The role of social support in prediction of stress during pregnancy. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 17(11), 52-60. Arfaie, K. (2019). Understanding mothers' perceptions of pregnancy anxiety: a qualitative study. *Electronic Physician*, 11(4), 7620-7628.
80. Arfaie, K. (2019). Understanding mothers' perceptions of pregnancy anxiety: a qualitative study. *Electronic Physician*, 11(4), 7620-7628.
81. Schetter, CD ve Tanner, L. (2012). Gebelikte anksiyete, depresyon ve stres: anneler, çocuklar, araştırma ve uygulama için çıkarımlar. *Psikiyatride güncel görüş* , 25 (2), 141.
82. Kim, AJ, Servino, L., Bircher, S., Feist, C., Rdesinski, RE, Dukhovny, S., ... & Saxton, SN (2022). Fetal konjenital anomalileri olan anne baba adaylarında

- depresyon ve sosyoekonomik stresörler. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* , 35 (25), 8645-8651.
83. Sun, S., Li, J., Ma, Y., Bu, H., Luo, Q., & Yu, X. (2018). Hamileliğin sonlandırılmasını gerektiren fetal anormallikleri olan hamile kadınlar için bir aile destek programının etkileri: Çin'de randomize kontrollü bir çalışma. *Uluslararası Hemşirelik Uygulamaları Dergisi* , 24 (1), e12614.
84. Wool, C. (2011). Systematic review of the literature: parental outcomes after diagnosis of fetal anomaly. *Advances in Neonatal Care*, 11(3), 182-192.
85. Lansdown, R. (1980). More than sympathy: the everyday needs of sick and handicapped children and their families. (*No Title*).
86. Balcı, S., Kızıl, H., Savaşer, S., Dur, Ş., & Mutlu, B. (2019). Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerin yaşadığı güçlüklerin ve aile yükünün belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 124-130.
87. Kowalcek, I., Huber, G., Lammers, C., Brunk, J., Bieniakiewicz, I., & Gembruch, U. (2003). Anxiety scores before and after prenatal testing for congenital anomalies. *Archives of gynecology and obstetrics*, 267(3), 126–129. <https://doi.org/10.1007/s00404-002-0295-6>
88. Sivberg, B. (2002). Coping strategies and parental attitudes, a comparison of parents with children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children. *International Journal of Circumpolar Health*, 61(sup2), 36-50.
89. Yeşilçınar, İ., Acavut, G. ve Güvenç, G. (2023). Gebelikte anksiyete ve etkileyen faktörler: Kesitsel bir çalışma. *Jinekoloji ve Doğum Arşivleri* , 307 (1), 301-309.
90. ACOG, (2015). Cell-free DNA Screening for Fetal Aneuploidy, Committee Opinion, Number 640, September <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Genetics/Cell-free-DNA-Screening-for-Fetal-Aneuploidy>
91. Akçalı, N. (2019). Tekrarlayan gebelik kaybı olan çiftlerde polimorfik varyant kabul edilen kromozom değişikliklerinin değerlendirilmesi (Master's thesis, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Akademik Arşiv Sistemi).
92. Al-Allawi NA, Al-Dousky AA (2010) Frequency of haemoglobinopathies at premarital health screening in Dohuk, Iraq: implications for a regional prevention programme. *East Mediterr Health J* 16:381–385
93. Alswaidi FM, Memish ZA, O'Brien SJ, Al-Hamdan NA, Al-Enzy FM, Alhayani OA, Al-Wadey AM (2011) At-risk marriages after compulsory premarital testing and counseling for betathalassemia and sickle cell disease in Saudi Arabia, 2005–2006. *J Genet Couns*
94. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, Committee on Genetics, & Society for Maternal-Fetal Medicine (2020). Screening for Fetal Chromosomal Abnormalities: ACOG Practice Bulletin, Number 226. *Obstetrics and*

95. Arfaie, K. (2019). Understanding mothers' perceptions of pregnancy anxiety: a qualitative study. *Electronic Physician*, 11(4), 7620-7628.
96. Atar, S., & Yalım, N. Y. (2019). Kişisel Nedenler ile Yapılan İnvaziv Olmayan Prenatal Test ve Etik Değerlendirme Non-Invasive Prenatal Testing With Personal Reasons and Ethical Evaluation.
97. Aytaç R.,Queennan's. (2014). Yüksek Riskli Gebeliğin Yönetimi Kanıta Dayalı Yaklaşım, *Modern Tıp Kitabevi*, s:55, XX. Baskı, Ankara.
98. Barnes, C., Kerzin-Storarr, L., Skirton, H., & Tocher, J. (2012). The Department of Health-supported genetic counsellor training post scheme in England: a unique initiative?. *Journal of community genetics*, 3(4), 297-302.
99. Baykara-Krumme H. (2016) Consanguineous Marriage in Turkish Families in Turkey and in Western Europe. *International Migration Review*, 50(3):568-598. doi:10.1111/imre.12176
100. Binbay, T., Arık Binbay, D., Ulaş, H., Akdede, B. B., & Alptekin, K. (2017). Şizofrenide Anne-Baba Akraba Evliliğinin Klinik Özelliklere Etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(1).
101. Bittles A, Hamamy H (2010) Endogamy and consanguineous marriage in Arab populations. In: Teebi A (ed) *Genetic disorders among Arab populations*, 2nd edn. Springer, Heidelberg
102. Bolat H, İlhan M, Özbaş S, Bumin Ma, Köse F. (2007). 11.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Denizli.
103. Caceres, V., Murray, T., Myers, C., & Parbhoo, K. (2022). Prenatal Genetic Testing and Screening: A Focused Review. *Seminars in pediatric neurology*, 42, 100976. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2022.100976>
104. Cordier, C., Lambert, D., Voelckel, M. A., Hosterey-Ugander, U., & Skirton, H. (2012). A profile of the genetic counsellor and genetic nurse profession in European countries. *Journal of community genetics*, 3(1), 19-24.
105. Coşkuner Potur, D., Yiğit, F., & Çıtak Bilgin, N. (2009). Anne adaylarının fetal sağlığı değerlendiren testlere yaklaşımının kalitatif incelenmesi.
106. Diribaş K., Kaya C., Koç FA., (2002). İlk Trimester Fetal Tarama Testleri, *T Klin Jineköl Obst.*; 12:186-193.
107. DüNDAR, M. (2016). Tıbbi Genetik ve Klinik Uygulamaları I, 1. *Basım, Mgrup Matbaacılık., Kayseri.*
108. Emine Göktaş, R., & Ayaz, R. (2020). Van ve Çevresinde Bulunan Türkiye'nin Doğu İllerindeki Prenatal Genetik Test Sonuçları. *Düzce Medical Journal*, 22(1), 7-12. doi:10.18678/dtfd.631734. Retrieved from <https://doi.org/10.18678/dtfd.631734>
109. Erdem, S., Çakmak, Z. A., Saygun, M., Kocakap, D. B. S., Bekmez, S. A., & Arıkan, F. B. (2018). Kırıkkale'de Akraba Evlilikleri Sıklığının,

- Buna Etki Eden Parametrelerin ve Kalıtsal Hastalıklara Olan Etkisinin Saptanması. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 19(2), 64-68.
110. Ergün, E. (2017). Birinci trimester ultrasonografi incelenmesi. *Türk Radyoloji Seminerleri*, 5, 185-201.
111. Erzurumluoglu, A. M., Shihab, H. A., Rodriguez, S., Gaunt, T. R., & Day, I. N. (2016). Importance of genetic studies in consanguineous populations for the characterization of novel human gene functions. *Annals of human genetics*, 80(3), 187-196.
112. García, E., Timmermans, D. R., & van Leeuwen, E. (2012). Parental duties and prenatal screening: does an offer of prenatal screening lead women to believe that they are morally compelled to test?. *Midwifery*, 28(6), e837-e843.
113. Gharaibeh H., Oweis A., Hamad KH., (2010), Nurses' and midwives' knowledge and perceptions of their role in genetic teaching, *International Nursing Review.*, 57(4):435-442.
114. Gökteş, E. & Ayaz, R. (2020). Van İli ve Doğu Türkiye'deki Yakın İllerde Doğum Öncesi Genetik Tanı Test Sonuçları. *Düzce Tıp Dergisi*, 22 (1), 7-12. DOI: 10.18678/dtfd.631734
115. Gördük, Y. E. (2018). İlk İnsan Nesli Nasıl Devam Etti? Encest İlişki İddiası Üzerine Eleştirel Bir Analiz. *Usul İslam Araştırmaları*, 29(29), 67-96.
116. Hamamy, H. (2012). Consanguineous marriages. *Journal of community genetics*, 3(3), 185-192.
117. Hamamy, H., & Alwan, S. (2016). The sociodemographic and economic correlates of consanguineous marriages in highly consanguineous populations. In *Genomics and Society* (pp. 335-361). Academic Press.
118. Human Genetics Society of Australasia, (2010), Guidelines for Training and Certification in Genetic Counselling.
119. Islam, M. M., Ababneh, F. M., & Khan, M. H. R. (2018). Consanguineous marriage in Jordan: an update. *Journal of biosocial science*, 50(4), 573-578.
120. Jindal, A., Sharma, M., Karena, Z. V., & Chaudhary, C. (2022). Amniocentesis. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
121. Joseph, K. S., Kinniburgh, B., Hutcheon, J. A., Mehrabadi, A., Dahlgren, L., Basso, M., ... & Lee, L. (2015). Rationalizing definitions and procedures for optimizing clinical care and public health in fetal death and stillbirth. *Obstetrics & gynecology*, 125(4), 784-788.
122. Kaback M, Lopatequi J, Portuges AR, Quindipan C, Pariani M, Salimpour-Davidov N, Rimoin DL (2010) Genetic screening in the Persian Jewish community: a pilot study. *Genet Med* 12:628–633
123. Kane SP. Sample Size Calculator. ClinCalc: <https://clincalc.com/stats/samplesize.aspx>. Updated July 24, 2019. Accessed December 15, 2021.

124. Kaplan, S., Pinar, G., Kaplan, B., Aslantekin, F., Karabulut, E., Ayar, B., & Dilmen, U. (2016). The Prevalence Of Consanguineous Marriages and Affecting Factors in Turkey: A National Survey. *Journal of Biosocial Science*, 48(5), 616-630. doi:10.1017/S0021932016000055
125. Karaman, A., & Kahveci, H. (2010). Patau sendromu (trizomi 13): Olgu sunumu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44(2), 84-86.
126. Karkucak, M. (2016). Kromozom anomalileri ve fertilité problemleri. *Androloji Bülteni*, 18(64), 33-39.
127. Kelly ET. (1986) *Clinical Genetics and Genetic Counseling* (2nd ed). Chicago: Year Book Publishers, inc.
128. Kitapçioğlu, G., Yanikkerem, E., Sevil, Ü., & Yüksel, D. (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması.
129. Kumari, N., Bittles, A. H., & Saxena, P. (2020). Has the long-predicted decline in consanguineous marriage in India occurred?. *Journal of biosocial science*, 52(5), 746-755. <https://doi.org/10.1017/S0021932019000762>
130. Kutlubay, A., (2007), Malatya ilinde akaraba evliliği sıklığı ve tıbbi sonuçları, Yüksek Lisans Tezi İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
131. Lee, N. C., Chien, Y. H., & Hwu, W. L. (2016). Integrated care for Down syndrome. *Congenital anomalies*, 56(3), 104-106.
132. Martinho, M. J. C. M., Martins, M. M. F. P. D. S., & Angelo, M. (2013). Scale of conflict in health care decision-making: an instrument adapted and validated for the Portuguese language. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 576-583.
133. Mayda A, Dağlı SÇ, Şahin RO, Danışman F, Dere F, Çeler A, Çelik D, Burgucu S, Bulut N, Başar R, Avcı Ö. (2010). Düzce ili Yığılca ilçe merkezinde akraba evliliği sıklığı ve etkileyen faktörler, *Düzce Tıp Dergisi* ,12(2):36-41.
134. Mürsel, K., KADIOĞLU, N., Özel, Ş., & Ustun, Y. E. (2019). Down sendromu için gebelere yapılan prenatal tarama ve tanı testlerinin sonuçları; maliyet analizi. *Ankara Medical Journal*, 19(1), 108-114.
135. NANDA Nursing, (2015), [Anksiyete Hemşireliği Tanısı - Hemşirelik Bakım Planı \(nanda-nursing-care-plan.blogspot.com\)](http://nanda-nursing-care-plan.blogspot.com)
136. National Library of Medicine (US) Genetics Home Reference [Internet](2016).Bethesda (MD): The Library, "What is a gene mutation and how do mutations occur?.
137. Nicolaides KH. (2003) Screening for chromosomal defects. *Ultrasound Obstet Gynecol.*;21(4):313-21.
138. Nicolaides, K. H. (2011). Screening for fetal aneuploidies at 11 to 13 weeks. *Prenatal diagnosis*, 31(1), 7-15.

139. O'Connor, A. M., Jacobsen, M. J., & Stacey, D. (2002). An evidence-based approach to managing women's decisional conflict. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(5), 570-581.
140. Öcal, D. F., Türkılmaz, E., Çekmez, Y., Gültekin, İ. B., & Funda Akdulum, M. (2016). Knowledge level, attitude, and behaviors of Turkish pregnant women about down syndrome screening. *Medeniyet Medical Journal*, 31(2), 98-104.
141. Pös, O., Budiš, J., & Szemes, T. (2019). Recent trends in prenatal genetic screening and testing. *F1000Research*, 8.
142. Sahin, E., & Seven, M. (2019). Depressive symptoms during pregnancy and postpartum: a prospective cohort study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(3).
143. Sahin, E., İnciser Paşalak, Ş., & Seven, M. (2020). Consanguineous marriage and its effect on reproductive behavior and uptake of prenatal screening. *Journal of genetic counseling*, 29(5), 849–856. <https://doi.org/10.1002/jgc4.1214>
144. Sahin, E., İnciser Paşalak, Ş., & Seven, M. (2020). Consanguineous marriage and its effect on reproductive behavior and uptake of prenatal screening. *Journal of genetic counseling*, 29(5), 849–856. <https://doi.org/10.1002/jgc4.1214>
145. Semerci, C. N. (2004). Obesity and genetics. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49(4), 353.
146. Seven, M., Eroglu, K., Akyüz, A., & Ingvaldstad, C. (2017). Educational needs of nurses to provide genetic services in prenatal care: A cross-sectional study from Turkey. *Nursing & health sciences*, 19(3), 294-300.
147. Shaw A. (2018). Consanguineous Marriage and the Psychopathology of the Progeny of First-Cousin Couples. *JAMA psychiatry*, 75(5), 426–427. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0513>
148. Gök, S., Gök, B., & Çetin, O. (2021). Kliniğimizde invazif prenatal tanı yöntemi olarak amniyosentez uygulanan olguların retrospektif değerlendirilmesi. *Pamukkale Medical Journal*, 14(1), 215-221. DOI: 10.31362/patd.795264.
149. Stefansdottir, V., Etek, H., Jonasson, K., Hardardottir, H., & Jonsson, J. J. (2010). The impact of knowledge, education and experience on first-trimester screening acceptance for chromosomal anomalies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(4), 492-498. <https://doi.org/10.3109/00016341003686073>
150. Şahin, D. (2021). Gebelerin ikinci trimester prenatal genetik testlerine karar verme sürecinde danışmanlık endikasyonlarının etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(2).
151. Tuğ Bozdoğan, S., Önenli Mungan, H. N., Boğa, İ., Yaşar, H. M., Büyükkurt, S., & Bişgin, A. (2021). The Importance of Genetic Diagnosis for



Inherited Metabolic Diseases: Distribution and Experience of Cukurova University Faculty of Medicine Balcali Hospital. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(1), 1309-470X-1309-5994. doi:10.31067/acusaglik.831620

152. Tunçel, N. T., & Süt, H. K. (2019). Gebelikte Yaşanan Anksiyete, Depresyon ve Prenatal Distres Düzeyinin Doğum Öncesi Bebeğe Bağlanmaya Etkisi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 16(1), 9-17.
153. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2008). Analiz ve Rapor. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
154. UNİCEF, Dünyada 1-19 Yaş Aralığındaki Yaklaşık 15 Milyon Ergen Kız Çocuk Yaşamlarının Bir Noktasında Cinsel İlişkiye Ya Da Başka Cinsel Eylemlere Zorlanmış, 2017, <https://www.unicef.org/turkey/bas%C4%B1n-b%C3%BCtenleri/unicef-%C5%9Fiddet-ile-disiplin-cinsel-istismar-ve-cinayetler-t%C3%BCm-d%C3%BCnyada-milyonlarca>
155. Üge, M. , Demir, L. & Aksun, S. (2022). İzmir İli Birinci ve İkinci Trimester Prenatal Tarama Testi Güncel Medyan Verilerinin Değerlendirilmesi . Türk Kadın Sağlığı ve Neonatoloji Dergisi , 4 (1) , 1-7 . DOI: 10.46969/ezh.1064376
156. Willard, H. F. (2001). *Thompson & Thompson genetics in medicine*. Saunders.
157. Yıldız, K., & Ezirmik, N. (2014). Multifaktöriyel bir hastalık olarak gelişimsel kalça displazisi.
158. Yılmaz, E. (2018) New Genomic Approaches To Explore The Neurogenetic Disease Burden Of Consanguineous Marriages İn Turkey.

## **EKLER**

EK-1 Etik Kurul Kabul Formu

EK-2 Araştırma Kurum İzni

EK-3 Tanıtıcı Özellikler Veri Toplama Formu

EK-4 Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği (DÖASÖ)

EK-5 Karar Vermede Çatışma Ölçeği (KVÇÖ)

EK-6 Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği Kullanım İzni

EK-1

|  
|





EK-2

**TANITICI ÖZELLİKLER VERİ TOPLAMA FORMU**

1. Doğum yılınız:
2. En uzun süre ile yaşadığınız yer?  
 İl merkezi     İlçe     Köy
3. Eğitim durumunuz:  
 Okur-yazar değil  
 Okur-yazar  
 İlkokul mezunu  
 Ortaokul mezunu  
 Lise mezunu  
 Üniversite mezunu ve üzeri
4. Şu anda gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?  
 Çalışıyorum  
 Çalışmıyorum
5. Akraba evliliğiniz var mı?  
 Evet  
 Hayır
6. Evet ise eşiniz ile akrabalık düzeyiniz nedir?
7. Ailenizde genetik bir hastalık var mı? .....
8. Bu gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?  
a) Evet    b) Hayır
9. Gebe kalmak için herhangi bir yardımcı üreme tekniği kullandınız mı (tüp bebek)?  
a) Evet    b) Hayır
10. Küretaj yaptırdınız mı?  
a) Evet (Neden?.....)  
b) Hayır
11. Genetik hastalık ile doğan çocuğunuz var mı?  
a) Evet sayısını yazınız.....  
b) Hayır(14. Soruya geçiniz)
12. Genetik hastalığı olan çocuğunuz varsa çocuğunuzda hangi genetik hastalık bulunmaktadır? .....
13. Bu gebeliğiniz kaçınca gebeliğiniz? Sayısını yazınız .....
14. Bu gebeliğinizin kaçınca haftasındasınız? .....
15. Doğum öncesi tarama testleri hakkında bilginiz var mı?  
a) Evet b) Hayır (17. Soruya geçiniz)
16. Doğum öncesi tarama testleri ile ilgili bilginiz varsa bu bilgiyi kimden/kimlerden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)  
a) Doktorumdan  
b) Hemşireden



- c) Diğer sağlık personelinen
  - d) Medyadan
  - e) İnternetten
  - f) Arkadaşlarımnan/Akrabalarımnan
  - g) Hastanedeki bilgilendirme broşurlerinden
17. Aşağıdaki testlerden hangisi/hangilerini duydunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- a) İkili test
  - b) Üçlü test
  - c) Dörtlü test
  - d) Anne kanında bebeğe ait hücrelerin incelenmesi (NIPT)
  - e) Ultrasonografi
18. Daha önceki gebeliğinizde tanı testi yaptırdınız mı? (İlk gebeliği olanlar cevaplamayacak)
- a) Evet. (Neden yaptırdığınızı yazınız.).....
  - b) Hayır (Neden yaptırmadığınızı yazınız.).....
19. Bebeğinizde herhangi bir anormallik ya da genetik bozukluk olduğu tespit edilirse gebeliğinizin devamı ile ilgili kararınız ne olur?
- a) Gebeliğimi yine de devam ettiririm.
  - b) Gebeliğimi sonlandırmak isterim.
  - c) Bilmiyorum
  - d) Kararsızım
  - e) Diğer (yazınız).....
20. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
- a) Evet
  - b) Hayır (22. Soruya geçiniz.)
21. Kronik hastalığınız varsa ne olduğunu işaretleyiniz.
- a) Hipertansiyon
  - b) Diyabet (şeker hastalığı)
  - c) Hipotiroidi (Tiroid bezinin az ęalıřması)
  - d) Hipertiroidi (Tiroid bezinin ęok ęalıřması)
  - e) Astım
  - f) Pıhtılaşma Bozukluğu
  - g) Kalp Hastalığı
  - h) Epilepsi
  - i) Diğer .....
22. Gebe kaldığınız zamandan şu anki zamana kadar herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı?
- a) Evet.....(Ne olduğunu yazınız.)
  - b) Hayır

## DOĞUM ÖNCESİ ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

	Hiç (1)	Biraz (2)	Oldukça (3)	Çok (4)	Çok Fazla (5)
1. Gebeliğim sırasında karşılaşılabileceğim sağlık sorunları konusunda stresliyim.					
2. Daha önce yapabildiğim ancak gebelikte yapamadığım şeyler (sigara, alkol kullanma, dışarı çıkma, seyahat, spor vb.) konusunda stresliyim.					
3. Gebeliğim sırasında kilomda oluşacak değişiklikler konusunda stresliyim.					
4. Gebeliğim sırasında kendimi yorgun hissetmem konusunda stresliyim.					
5. Gebeliğim sırasındaki ruhsal durumum ve aşırı hassasiyetim konusunda stresliyim.					
6. Doğum yapacağım zamanı bilemediğim için stresliyim.					
7. Gebeliğim sırasında eşim ile ilişkilerim konusunda stresliyim.					
8. Bebeğimin sağlığı konusunda stresliyim.					
9. Down sendromu gibi genetik bozukluklar için yapılan tarama testleri konusunda stresliyim.					
10. Ultrason çektirme konusunda stresliyim.					
11. Epidural anestezi (Belden uyuşturma) olup olmayacağım konusunda stresliyim.					
12. Epizyotomi (Dikişli doğum) uygulanırsa acı çekip çekmeyeceğim konusunda stresliyim					

### KARAR VERMEDE ÇATIŞMA ÖLÇEĞİ

Hangi (tarama) seçeneği tercih edersiniz? Lütfen bir tanesini işaretleyiniz?

- 2 li test
- 3 lü test
- Anne kanında bebeğe ait hücrelerin incelenmesi
- Amniosentez
- Koryonik Villus Örneklemesi
- Emin değilim

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Hangi seçeneklerin benim için uygun olduğunu biliyorum.					
2. Her bir seçeneğin yararlarını biliyorum					
3. Her bir seçeneğin risklerini ve yan etkilerini biliyorum.					
4. Hangisinin faydasının benim için en önemli olduğu konusunda netim.					
5. En çok hangi risklerin ve yan etkilerin önemli olduğu konusunda netim.					
6. Benim için neyin daha önemli olduğu konusunda netim(yararlar, riskler ya da yan etkiler).					
7. Seçim yapmak için diğerlerinden yeterli destek aldım.					
8. Başkalarından baskı görmeden seçimimi yapıyorum.					

9. Seçim yapmak için yeterli tavsiye aldım.					
10. Benim için en iyi seçim konusunda netim.					
11. Neyi seçeceğim konusunda eminim.					
12. Bu kararı almak benim için kolaydır.					
13. Konu hakkında bilgilendirilmiş bir şekilde seçim yaptığımı düşünüyorum.					
14. Kararım benim için neyin önemli olduğunu gösteriyor.					
15. Kararıma sadık kalacağımı umuyorum.					
16. Kararımdan memnunum.					



## **ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ**

