



T.C.
İZMİR KATIP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRENATAL TANI TESTİ YAPTIRMASI ÖNERİLEN VE ÖNERİLMEYEN
GEBELERİN YAŞADIKLARI KARAR ÇATIŞMASI VE DİSTRESİN
PRENATAL BAĞLANMA ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

NERGİZ ÖZÇAM
ORCID ID: 0000-0002-7349-7180

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI

Danışman
DOÇ. DR. İLKNUR YEŞİLÇINAR

İZMİR-2023

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PRENATAL TANI TESTİ YAPTIRMASI ÖNERİLEN VE ÖNERİLMEYEN
GEBELERİN YAŞADIKLARI KARAR ÇATIŞMASI VE DİSTRESİN
PRENATAL BAĞLANMA ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

NERGİZ ÖZÇAM

ORCID ID: 0000-0002-7349-7180

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI

Danışman

DOÇ. DR. İLKNUR YEŞİLÇINAR

İZMİR-2023

TEŞEKKÜR

Lisans ve Yüksek lisans eğitim sürecinde desteğini hiç esirgemeyen, tecrübesi ve bilgisiyle bana yol gösteren, rehberlik eden, her zaman yanımda olan değerli danışman hocam Doç. Dr. İlknur YEŞİLÇINAR'a

Bu tezin hazırlanmasında desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ ve Prof. Dr. Şenay ÜNSAL ATAN'a

Yüksek lisans eğitimi almam için beni destekleyen, yol gösteren, tecrübesini paylaştığı Dr. Öğretim Üyesi Derya YANIK ve Doç. Dr. Necmettin AKTEPE'ye

Hayatın her alanında maddi ve manevi desteğini hep hissettiğim çok değerli aileme,

Hayatım boyunca desteğini hep hissettiğim beni destekleyen, pes etmek istediğim her an bana motivasyon kaynağı olan, bu başarıyı elde etmemi sağlayan canım anneme,

Lisans sürecinden beri yanımda olan aynı zamanda yüksek lisans sürecini beraber geçirdiğim, tez sürecinde olduğu gibi hayatın her alanında desteğini hissettiğim dostum Dilan MERCEN'e,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gebelere teşekkürlerimi sunarım.

Nergiz ÖZÇAM

ÖZET

Amaç: Bu çalışma gebelerde prenatal tanı testlerine yönelik karar çatışması ve distresin prenatal bağlanma üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Bu araştırma gebelerde prenatal tanı testlerine yönelik karar çatışması ve distresin prenatal bağlanma üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı, karşılaştırmalı olarak yapılmıştır. Araştırma evrenini 10.07.2022 - 10.02.2023 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Obstetri Polikliniğine antenatal bakım almak için başvuran gebelerden oluşmaktadır. Çalışma tanı testi önerilen ve tanı testi önerilmeyen gebeler olmak üzere iki gruptan oluşmaktadır. Tanı testi önerilmeyen (n=59) gruba 12 ile 20. gebelik haftasında demografik özellikler formu, Karar Vermede Çatışma Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri uygulanmıştır. Tanı testi önerilen (n=59) gruba ise 12 ile 20. gebelik haftasında demografik özellikler formu, Karar Vermede Çatışma Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri uygulanmış olup aynı gebelere 20 ile 30. haftalar arasında tilburg gebelikte distres ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri tekrar uygulanmıştır.

Bulgular: Tanı testi önerilen gebelerin %93.2'sinin prenatal tanı testleri hakkında bilgisi olduğu büyük çoğunluğu testler hakkındaki bilgiyi doktordan almıştır. Tanı testi önerilen gebelerin gebelikte yaşadıkları distres düzeyleri yüksek bulunmuştur ($r=0,763$, $p<0.001$). Tanı testi önerilen gebeler gebelik sürecine eşlerinden destek aldıkça yaşadıkları stres, anksiyete, depresyon ve kaygı düzeyleri azalmakta; prenatal bağlanma düzeyleri de artmaktadır. Prenatal bağlanma düzeyi yüksek olan gebelerin karar vermede çatışma durumlarının daha düşük olduğunu diğer yandan tanı testi önerilen gebelerin daha düşük düzeyde karar çatışması yaşamalarının nedeninin tanı testleri ile ilgili ayrıntılı bilgi almış olmalarından kaynaklandığı söyleyebiliriz. Tanı testi önerilmeyen gebelerin karar vermede çatışma düzeyleri arttıkça stres, anksiyete ve depresyon yaşama düzeyleri artmaktadır ($r=0,277$, $p=0,017$). Hemşireler ve sağlık profesyonelleri tarafından

gebelerin ve eşlerinin prenatal tanı testlerine yönelik kaygı, anksiyetelerini ve karar çatışmalarını azaltmak, bilgi düzeylerini artırmak ve tanı testlerine yönelik tutumlarının daha pozitif olabilmesini sağlamak amacıyla prenatal tanı testlerine yönelik danışmanlık hizmetinin verilmesi önerilmektedir.

Sonuç: Gebelerin tanı testleri hakkında bilgi sahibi olması, eş desteğini hissetmeleri; prenatal bağlanma düzeylerini, gebelikte distres, anksiteye, depresyon düzeylerini ve karar vermede çatışma düzeylerini etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Prenatal bağlanma, distres, karar vermede çatışma, prenatal tanı testleri.

ABSTRACT

Objective: This study was conducted as a descriptive study to examine the conflict of decisions regarding prenatal screening and diagnostic tests in pregnant women and the effect of distress on prenatal attachment.

Method: This research was conducted descriptively and comparatively to examine the effect of decisional conflict and distress regarding prenatal diagnostic tests in pregnant women on prenatal attachment. The research population consists of pregnant women who applied to Sakarya Training and Research Hospital Gynecology and Obstetrics Clinic Obstetrics Polyclinic between 10.07.2022 - 10.02.2023 to receive antenatal care. The study consists of two groups: pregnant women for whom diagnostic testing is recommended and pregnant women for whom diagnostic testing is not recommended. Demographic characteristics form, Conflict in Decision Making Scale, Tilburg Pregnancy Distress Scale and Prenatal Attachment Inventory were applied to the group for whom diagnostic testing was not recommended (n=59) between 12 and 20 weeks of gestation. Demographic characteristics form, Conflict in Decision Making Scale, Tilburg Pregnancy Distress Scale and Prenatal Attachment Inventory were applied to the group for whom diagnostic testing was recommended (n=59) between the 12th and 20th weeks of pregnancy, and the same pregnant women were administered the Tilburg Pregnancy Distress Scale and Prenatal Attachment between the 20th and 30th weeks. The inventory was re-administered.

Results: 93.2% of the pregnant women for whom a diagnostic test was recommended were informed about prenatal diagnostic tests, and the majority of them received information about the tests from the doctor. The levels of distress experienced during pregnancy by the pregnant women for whom a diagnostic test was recommended were found to be high ($r=0.763$, $p<0.001$). As pregnant women for whom a diagnostic test is recommended receive support from their spouses during pregnancy, their stress, anxiety, depression and anxiety levels decrease; prenatal attachment levels also increase. We can

say that the conflict situations in decision making are lower in pregnant women with high prenatal attachment level, and the reason why pregnant women for whom diagnostic test is recommended experience less decision conflict is due to the fact that they have received detailed information about the diagnostic tests. As the conflict levels of pregnant women for whom diagnostic test is not recommended increase, the levels of stress, anxiety and depression increase ($r=0.277$, $p=0.017$). It is recommended that nurses and health professionals provide consultancy services for prenatal screening and diagnostic tests in order to reduce the anxiety, anxiety and decision conflicts of pregnant women and their spouses about prenatal screening and diagnostic tests, to increase their knowledge level and to ensure that their attitudes towards screening and diagnostic tests can be more positive.

Conclusion: Pregnant women should have knowledge about diagnostic tests and feel the support of their spouses; It affects prenatal attachment levels, distress, anxiety, depression levels during pregnancy and conflict levels in decision making.

Key words: Prenatal attachment, distress, conflict in decision making, prenatal diagnosis and screening test

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

ETİK BEYAN

TEŞEKKÜR

ÖZET

ABSTRACT

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ŞEKİLLER

TABLolar

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

1.2. Araştırmanın Amacı

1.3. Araştırma Soruları

1.4. Araştırmanın Önemi

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

2.2. Prenatal Dönerimde Fetüsün Sağlığının Değerlendirilmesi için Kullanılan Testler

2.3. Prenatal Tarama ve Tanı Yöntemleri

2.3.1. Prenatal Tarama Testleri

2.3.1.1. Ultrasonografi

2.3.1.2. İkili Test

2.3.1.3. Üçlü Tarama Testi

2.3.1.4. Dörtlü Tarama Testi

2.3.2. Prenatal Tanı Testleri

2.3.2.1. Amniyosentez

- 2.3.2.2 Koryon Villus Örneklemesi
- 2.3.2.3 Kordosentez
- 2.3.2.4 Nukal Tranlusensi (Ense Kalınlığı)

2.4. Bağlanma

2.5. Bağlanma Çeşitleri

2.5.1. Maternal Bağlanma

2.5.2. Paternal Bağlanma

2.6. Trimesterlere Göre Prenatal Bağlanma

2.6.3.1 Birinci Trimester ve Bağlanma

2.6.3.2 İkinci Trimester ve Bağlanma

2.6.3.3 Üçüncü Trimester ve Bağlanma

2.7. Prenatal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

2.7.1 Anne Yaşı

2.7.2 Parite

2.7.3 Gebeliğin Planlı Olma Durumu

2.7.4 Fetüsün Cinsiyeti

2.7.5 Annenin Eğitim Durumu

2.7.6 Gelir Durumu

2.7.7 Sosyal Destek

2.7.8 Gebenin Aile İlişkileri

2.7.9 Fetal Kayıp Öyküsü

2.7.10 Kromozomal Anomalili Bebeğe Sahip Olma

2.7.11 Riskli Gebelikler

2.7.12 İnfertilite Sonrası Gebelik

2.7.13 Duygu Durum ve Bağlanma İlişkisi

2.8. Gebelerde Prenatal Distres

2.8.1 Gebelik Döneminde Anksiyete

2.8.2 Gebelik Döneminde Depresyon

2.8.3 Gebelik Döneminde Kaygı

2.9. Gebelikte Prenatal Distres ve Prenatal Bağlanma

- 2.10. Prenatal Bağlanma İle İlgili Yapılan alışmalar
- 2.11. Gebelerde Prenatal Bağlanmanın Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

3. GEREÇ VE YÖNTEM

- 3.1. Araştırma Türü
- 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı
- 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi
- 3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi
- 3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları
 - 3.5.1. Gebe Tanılama Formu
 - 3.5.2. Karar Vermede atışma Ölçeği (KVÖ)
 - 3.5.3. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)
 - 3.5.4. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)
- 3.6 Verilerin Toplanması
- 3.7 Verilerin Analizi
- 3.8 Araştırma Takvimi
- 3.9 Etik İzinler

4. BULGULAR

- 4.1 Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular
- 4.2 Prenatal Tanı Testlerine İlişkin Bazı Özelliklerin Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelere Göre Dağılımı
- 4.3 Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelere Uygulanan Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE), Karar Vermede atışma Ölçeği (KVÖ), Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)'ne İlişkin Bulgular
- 4.4 Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelerin Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular
- 4.5 Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle KVÖ, PBE ve TGDÖ Toplam Puanlarının
- 4.6 Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelerin TGDÖ Alt boyut Puanlarının Bazı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması
- 4.7 Tanı Testi Önerilen Gebelere Uygulanan TGDÖ1 , TGDÖ2 ve PBE1 ve PBE2'nin Karşılaştırılması

4.8 Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelere Uygulanan Karar Vermede Çatışma Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Prenatal Bağlanmaya Etkisininin İncelendiği Regresyon Analizi

5. TARTIŞMA

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

7. KAYNAKLAR

EKLER

EK 1: Demografik Özellikler Veri Formu

EK 2: Karar Vermede Çatışma Ölçeği (KVÇÖ)

EK 3: Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)

EK 4: Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)

EK 5: Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kullanma İzni

EK 6: Prenatal Bağlanma Envanteri Kullanma İzni (PBE)

EK 7: Etik Kurul Kararı

EK 8: Kurum İzni

ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFP: Alfa Fetoprotein

Beta-Hcg: İnsan Koryonik Gonodotropini

CVS: Koryon Villus Örneklemesi

IVF: İn Vitro Fertilizasyon

KVÇÖ: Karar Vermede Çatışma Ölçeği

PAPP-A: Gebeliğe Özgü Plazma Protein A

PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri

TGDÖ: Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği

uE3: Unkonjuge Estriol

USG: Ultrasonografi

ŞEKİLLER

Şekil 2.1 Prenatal bağlanmanın gelişimsel modeli

Şekil 2.2 Bağlanma sürecini olumlu etkileyen faktörler

Şekil 2.3 Bağlanma sürecini olumlu etkileyen faktörler

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik dönemi, planlı olarak gerçekleştiğinde, kadının hayatındaki en özel ve eşsiz dönemlerden biridir. Bu süreçte anne adayları fizyolojik ve psikososyal yönden önemli değişimler yaşar (1). Prenatal dönemde anne ve bebeği arasında duygusal bir bağ oluşmaktadır ve bu dönemde anne adayları doğmamış bebeğine karşı özel bir bağ geliştirmektedir. Anne adayları ve bebeği arasındaki bu bağlanma doğum sonrası anne-bebek ilişkisinde önemli bir faktördür (2). Bebeğin anne ile kurmuş olduğu bu ilk bağlanma ilişkisi yaşamın diğer evrelerindeki bağlanma ilişkileri için de temel oluşturmaktadır (3,4).

Bowlby ve Ainsworth gebelik sürecinde oluşan bağlanmayı açıklamaya çalışmışlardır. Prenatal dönemde oluşan bağlanma davranışlarının, bebeğin gelecekteki yaşam dönemlerinin biçimlenmesi ve devam etmesinde çok önemli bir işlevi olduğu ve diğer bireylerle kurulan ilişkileri etkilediği belirtilmektedir (5,6,7). Bundan dolayı gebelikteki bağlanmanın gerçekleşmesine ruh sağlığının korunması, anne kadar bebeği için de çok önemli bir etkidir (2).

Anne adaylarının bebeklerine bağlanma düzeylerinin araştırıldığı çalışmalarda, anne adayının yaşı, sosyoekonomik nedenler, parite, gebeliğin planlı olup olmaması, gebeliği isteme durumu, gebeliği kabullenme, ultrason ile fetüsün görüntülenmesi, fetal hareketleri hissedilmesi, doğum eyleminin gerçekleşmesi, var olan gebelik kayıpları, bebeğin hissedilmesi, yaşayan çocuk sayıları ve cinsiyetleri, gebelikte görülebilen rahatsızlıklar ve ruhsal durum, algılanan sosyal destek, eşler arasındaki ilişki gibi faktörlerin bağlanma üzerindeki etkileri araştırılmıştır (1,2,5,6,7,8,9,10).

Gebelik döneminde prenatal bağlanma düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bağlanma davranışları, bağlanma düzeyinin az olduğu anne adaylarının belirlenmesi, maternal-fetal sağlığı üzerine prenatal ve postpartum

sonrasındaki dönemde olumlu ve olumsuz katkıları olabileceği belirtilmiştir (10). Gebelikte anne ve bebeğinin sağlığı en üst düzeyde sürdürülmesi gerekmektedir. Ancak süreç her zaman istediğimiz yönde ilerlemeyebilir ve sağlıklı bebek sahibi olmak için bekleyen çiftler olmadık zamanda anne ya da bebeği ile ilgili risklerle karşı karşıya kalabilirler (11). Bu sebeple gebeliğe yönelik risklerin prenatal dönemde tanımlanması amacıyla bazı tarama ve tanı testleri uygulanmaktadır. Uygulanan prenatal tarama testleri; prenatal tanıdan önce uygulanarak gebeleri, düşük ve yüksek risk grubu olarak tanımlar. Böylece tanı yapılacak gebelerin belirlenmesini hedefler. Prenatal tanı ise; ailede bir genetik bir kusurun varlığı veya ortaya çıkabilme riskine ilişkin yapılan işlemler bütünü olarak tanımlanmaktadır (12).

Prenatal dönemde yapılan bu testler anne ve bebeğinin sağlığının korunması, olası sağlık sorunlarının erken dönemde tespiti ve gebeliğin sorunsuz bir şekilde devam etmesini sağlamak ya da çiftlerin kararı doğrultusunda gebeliğin sonlandırılmasını sağlamak amacıyla yapılmaktadır. Bu testlerin yaptırılması ayrıca anomali ile dünyaya gelme olasılığı olan bebeğe doğumdan hemen sonra gerekli ve doğru müdahalenin yapılabilmesi için büyük önem taşımaktadır (11,13). Gebelik döneminde bakım ve izlem; anne, bebeği ve aile sağlığının korunmasında ve iyileştirilmesinde önemlidir. Prenatal bağlanma düzeyi düşük olan veya düşük prenatal bağlanma açısından risk altında olan, yüksek düzeyde anksiyetesi olan, depresyonu olan anne adaylarını saptamak ve bu kadınlara uygun bakım vermek için gereken desteğin sağlanmasında hemşire ve ebelere büyük görevler düşmektedir (14).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı prenatal tarama testi yaptırmış ve tanı testi yaptırılması önerilen ve önerilmeyen gebelerin bu süreçte yaşadıkları karar çatışması ve distressin prenatal bağlanma üzerine etkisinin incelenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Prenatal tanı testi önerilen ve önerilmeyen gebelerin yaşadıkları karar çatışması düzeyi nedir?
2. Prenatal tanı testi önerilen ve önerilmeyen gebelerin yaşadıkları distres düzeyi nedir?
3. Prenatal tanı testi önerilen ve önerilmeyen gebelerin prenatal bağlanma düzeyi nedir?
4. Prenatal tanı testi önerilen ve önerilmeyen gebelerin yaşadıkları karar çatışması düzeyi ile prenatal bağlanma düzeyi arasında ilişki var mıdır?
5. Prenatal tanı testi önerilen ve önerilmeyen gebelerin yaşadıkları distres düzeyi ile prenatal bağlanma düzeyi arasında ilişki var mıdır?
6. Prenatal tanı testlerine yönelik karar çatışması, distres ve prenatal bağlanma arasında bir ilişki nedir?

1.4. Araştırmanın Önemi

Prenatal bağlanma anne-bebek ilişkisinin ilk evresi için oldukça önemli olup gebenin doğacak bebeğine yönelik ilgi ve şefkat besleyerek bebeğini heves etmeye başlar. Bağlanma ile gelişen bu hislerin; postpartum dönemde annenin bebeğini sahiplenmesine, bebeğini beslemei arzu etmesi, bebeğinin her türlü bakımını yerine getirmesine destek sağlar ve yaşam boyu devam eder. Bu bağlanmayı etkileyen birçok olumlu ve olumsuz etken bulunmaktadır. Bu araştırma ise prenatal tarama testi yaptırmış olup tanı testi yaptırmaması önerilen ve önerilmeyen gebelerin bu süreçte yaşadıkları karar çatışması ve stres düzeylerinin prenatal bağlanmaya etkisinin incelenmesiyle amacıyla yapılmış olup literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GEBELİK

Gebelik, ovum ile spermin fertilizasyonu ile meydana gelen zigotun, uterus içinde doğum anına kadar geçirdiği biyolojik zamana denilip, süresi ise son menstrüasyonun ilk gününden itibaren 40 hafta veya 280 gün (28 günlük lunar ay) olarak tanımlanmıştır. Gebeliğin süresi ise fertilizasyondan itibaren 267 gündür (15, 16). Gebelikte doğuma kadar süren ve her biri üçer aydan oluşan üç trimester dönemi bulunmaktadır. İlk trimester 0-12 haftaları arasındaki, ikinci trimester 13-24 haftaları arası, üçüncü trimester ise 25-40 haftaları arasındaki zamanı kapsar (17).

Gebelik boyunca görülen anatomik ve psikolojik değişimler, trimesterlere göre değişiklikler gösterir (18). Gebelik boyunca gebenin vücudunda ortaya çıkan anatomik, hormonal ve ruhsal değişiklikler bebeğin ihtiyaçlarını karşılar ve sürecin sorunsuz olarak tamamlanmasını sağlar. Aynı zamanda anne adayları gebeliğin ilk anından itibaren her trimesterde farklı değişimler yaşayarak bebeğinin varlığını kabullenmeye başlar. Prenatal bağlanmanın oluşması gebeliğin başlangıcından hatta gebeliğin planlanmasından itibaren başlayan oldukça önemli bir süreçtir (19).

2.2. PRENATAL DÖNEMDE FETÜSÜN SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ İÇİN KULLANILAN TESTLER

Gebelik döneminde fetüste var olan veya olası genetik hastalıkların oluşabileceği erken dönemde belirlenerek tanı konulmasına varsa tedavisinin sağlanması için çeşitli prenatal tanı yöntemleri uygulanmaktadır (20). Bu yöntemlerdeki amaç; var olan hastalığın erken dönemde tespitini yapıp gerekli müdahalelerin uygulanması içindir. Prenatal tanı testleri ile tanısı konulan hastalıkların varlığında eşlere bilgilendirme yaparak rızaları doğrultusunda gebelik tahliyesinin de yapılması mümkün olabilmektedir (21).

Prenatal tanı testlerinin yapılmasını gerekli kılan bazı risk faktörleri vardır. Bunlar; gebelik yaşının 35'ten büyük olması, anomalili gebeliğin oluşmuş olması veya eşlerin birinde genetik taşıyıcılık, ailede var olan bir genetik hastalık, ailede konjenital anomali çocuk öyküsü, tekrarlayan düşük öyküsü tarama testlerinin uygulanması için risk faktörleridir (22, 23). Prenatal tarama testleri, tanı testlerinden önce yapılarak gebeleri risk gruplarına ayırmaya yarayarak tanı testi yaptırması gereken anneleri bulur (24). Prenatal tanı testleri ise, anne karnındaki bebeğin kromozal anomalilerini olabildiğince erken dönemde tanı konulması ve uygun metotlarla gerekli işlemlerin yapılmasını sağlamaktadır.

2.3. PRENATAL TARAMA VE TANI YÖNTEMLERİ

Prenatal tarama testleri: ultrasonografi, ikili, üçlü, dördü tarama testi ve non-invaziv prenatal tarama testleridir. Prenatal tanı testleri ise: koryon villus örnekleme, amniyosentez, kordosentez gibi yöntemlerdir (25).

2.3.1 Prenatal Tarama Testleri

2.3.1.1 Ultrasonografi

Ultrasonografi, gebelik boyunca fetüsün genetik bozukluk ve konjenital anomali açısından değerlendirilmesini sağlamak için ses dalgalarının kullanıldığı bir görüntüleme yöntemidir (26, 27). Nükal Transluzensi ölçümü ile 10-14 haftalar arasındaki fetüsün ense kalınlığı ölçülerek Trizomi 13, 18, 21 riski hakkında bilgi sahibi olmamızı da sağlamaktadır (28, 29, 30). Ultrasonografi, üç trimestırda da kullanılmakta ve girişimsel yöntemlere göre komplikasyon riskini azaltarak fetal durumu, fetüse ait anomalileri boyut, şekil ve yapısal açıdan değerlendirilerek fetüsteki kromozal bozuklukların belirlenmesi açısından önemlidir ve fetüse yan etkisinin olmamasından dolayı da en güvenilir yöntemdir (31, 32).

2.3.1.2 İkili Test

İkili tarama testleri 11-14 haftalarda yapılmaktadır. İkili test Trizomi 18 ve 21 (Edwards ve Down Sendromu) gibi kromozomal anomaliye sahip bebeklerin

birinci trimesterde uygulanır. Erken dönemde bu test, bu iki parametreyle ultrasonografi yöntemiyle ölçülen ense kalınlığı sonuçlarıyla beraber meydana getirilen bu test ile girişimsel yöntem kullanmadan Trizomi 21'in belirlendiği bulunmuştur. Anne yaşı da hesaplama dahil edilir, MoM değerleri hesaplanarak risk değerleri oluşturulmuştur.

İkili test gebeden alınan bir tüp kandan serbest beta-hCG ve gebelik sürecinde oluşan plazma protein A (PAPP-A) miktarının belirlenmesinden oluşarak gebeliğin erken döneminde mevcut anomaliler hakkında bilgi vermektedir (7,33,34). Bu parametreler dikkate alınarak ikili testin yapılması durumunda bebeklerin %60'ına Trizomi 21'in açısından tanı konulur (33). Ultrasonografide Nokal Transluzensi ölçümü ile bu oran %85-90'lar da olup, yalancı pozitiflik oranı düşmektedir (33,35). İkili tarama testinin üçlü tarama testine göre birinci trimesterde yapıyor olması, negatiflik durumunda karşılaşırsa gebelik sürecinin ilk dönemde ve az riskle sona erdirilmesini sağlar (35).

2.3.1.3 Üçlü Tarama Testi

Üçlü tarama testleri 15-20 hafta taraması olarak uygulanmaktadır. Üçlü tarama testi ile serum β -HCG düzeyi, AFP düzeyi ve unkonjuge estriol (uE3) düzeylerine bakılarak her bir göstergenin aynı gebelik yaştaki kadınlarının dahil edilmesiyle "Multiple of Median (MoM)" değeri hesaplanarak yapılır. Böylece fetüste Trizomi 13, 18, 21 (Patau, Edwards ve Down sendromu) gibi kromozomal anomalilerinin olup olmadığının saptanabilmesi için kullanılan bir tarama testidir (20,36). Genelde 1/250 ve üzeri değerler riskli kabul edilmektedir. Üçlü tarama testinin ikili ve dördü testine göre Trizomi 21'i belirlemede daha düşük sonuçları vardır (36).

2.3.1.4 Dördü Tarama Testi

Dördü tarama testi, 16-18. haftalarda anneden alınan kanda β -hCG, uE3, AFP ve İnhibin-A değerlerine bakılarak tahmini risklerin hesaplanması sağlanmaktadır. Trizomi 21'in varlığında anne kanında İnhibin A değerinin yükseldiği gözlenmiştir. Üçlü tarama testi ile birebir aynı amaçla kullanılan bir testtir, ancak üçlü teste göre başarı oranı daha yüksektir ve Trizomi 21 kromozomal anomalie

sahip bebeklerin tespit oranı 35 yaşın altındaki gebeler için %80'dir. (5,37). İkili test ve dörtlü testin Trizomi 21'i belirlemede sonuçları benzerdir (38).

2.3.2 Prenatal Tanı Testleri

2.3.2.1 Amniyosentez

Amniyon sıvısı fetüsün içinde bulunduğu sıvıya verilen isim olup, 16-20. haftalar arasında USG eşliğinde transabdominal yolla amniyotik 20 cc kadar örnek alınması işlemine ise amniyosentez denir (28,39). İnvaziv tanı testleri içerisinde en sık teknik olan amniyosentez bazı kromozomal hastalıkların tanımlamada, bebeğin akciğer gelişimini değerlendirmek, tek gen hastalıklarının belirlenmesinde uygulanabilmektedir (39,40,41). İşlemle beraber anne karnında oluşabilecek komplikasyonların oranın çok düşüktür (42). Testin doğruluk payının %99 olduğu ve güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (9,43).

2.3.2.2 Koryon Villus Örnekleme

Genellikle 9-12. gebelik haftasında yapılan koryon villus örnekleme genetik, metabolik ve kromozomal anomallileri değerlendirmek amacıyla bir iğne veya kateter yardımı ile koryon zarından veya plasantal dokudan örnek alınmasıyla yapılan invaziv bir işlemdir (44,45). Koryon villus örneklemesinin kanama, infeksiyon, membran rüptürü, maternal komplikasyonlar, gebeliğin sonlanması gibi komplikasyonları bulunmaktadır. Maternal hücre kontaminasyonu ise % 0.6-27 arasında belirlenmiştir (44).

2.3.2.3 Kordosentez

Kordosentez gebeliğin 18. haftasında, ultrasonografi ile beraber karın duvarından fetüsün umbilikal kordundan katater yardımıyla 2-3 ml fetal kan örneği alınması işlemidir (45,46). Kordosentez fetüsteki ciddi gelişme gerilikleri, fetal anomalilerin belirlenmesi, fetal enfeksiyonlar, fetal kan grubu tayini, immün yetersizlikler ve doğumsal metabolik hastalıkların tespiti ve kesin genetik hastalıkların tespitinde kullanılmaktadır (41,47,48,). Kordosentez uygulamasının diğer tanı testlerine göre daha tehlikeli komplikasyonları vardır. Bunlar: kanama,

enfeksiyon, uygulama sonrası bebekte ise bradikardi, erken doğum, erken membran rüptürü, koriyoamniyonit, ablasyo plasenta ve hava embolisi gibi problemler görülebilir (49,50).

2.4. BAĞLANMA

Bağlanma 13. yüzyılda John Bowlby tarafından tanımlanmıştır. Bowlby'in bağlanma ile ilgili teorisine göre bebekler güven gereksinimi duyduklarından dolayı dünyaya geldikleri andan beri annelerine bağlanırlar ve onların hareketlerini hissederek tepki verme eğilimindedirler. Bowlby'e göre bağlanma karşılıklı oluşan kuvvetli bir bağ olarak tanımlanmış olup, Bowlby'nin bir araştırmasında, fetüsün antenatal süreçte annesine bağlanmasıyla birlikte annenin de bebeğine gösterdiği davranışın bebek üzerinde nasıl yorumlandığı üzerine odaklanmıştır (6,30).

Bağlanma biçimi, bireyin bebeklik döneminde olumlu yada olumsuz olarak tek seferde belirlenir ve bebeğin hayatında süreklilik gösterir. Bebeklerde oluşan bağlanma davranışlarının adölesan dönemde de aynı özellikleri gösterdiği belirtilmektedir (4). Nakash-Eisikovits ve ark.'nın (2002) 14-18 yaş arasındaki adölesanlarla gerçekleştirdikleri çalışma sonucuna göre; güvensiz bağlanma şeklinin ileriki yaşam evrelerinde psikolojik sorunların oluşmasında etkisinin olduğu, güvenli bağlanma şeklinin ise yaşam boyunca sağlıklı davranışları beraberinde getirdiği belirlenmiştir (51).

Anne ve bebeği arasındaki bağlanmanın antenatal süreçte oluşup, gebelik ve doğum sonrası süreçte katlanarak ilerleyen ve bireyin tüm hayatını etkilediği bilinmektedir (52). Anne adayının doğum öncesi dönemde prenatal bağlanmayı gerçekleştirebilmesi adına; doğumu yapacağı alanın güvenli bir ortam olmasını isteme, bebeğinin benzersiz olduğunu düşünme ve bu düşüncesini etrafındakilerle paylaşma, bebeğine bağlanma ve bebeğinin ihtiyaçlarını gidermesi (yaşam alanı oluşturma, giyecek hazırlığı, onu düşünerek bişeyler alma) prenatal bağlanmayı arttıracaktır (2). Bu dört göreve karşın anne adaylarının bebeklerine gösterecekleri bağlanma düzeyi artarken, bebeğinin bir birey olduğunu, kendileri için önemli gördükleri için yoğun bir bağlılık hissettikleri belirlenmiştir (10,46).

2.5. BAĞLANMA ÇEŞİTLERİ

Bağlanma çeşitleri; maternal bağlanma, paternal bağlanma ve prenatal bağlanmadır.

2.5.1. Maternal Bağlanma

Anneden gelen bağlanma, antenatal süreçte başlayıp, postpartum sonrasında devam eden ve ebeveynlik duygusunun oluşumu, anne ile bebeği arasında zamanla oluşan tatmin edici ve haz verici etkileşim, sıcak, devamlı bir ilişki ile annenin bebeğine karşı oluşturduğu şefkat bağıdır (6,53,54,55). Postpartum dönemde annenin evinden farklı bir ortamda olması, doğuma bağlı ağrı, halsizlik, yorgunluk gibi problemleri yaşaması anne-bebek bağlanmasını etkilemektedir.

Anenden gelen bağlanmanın en önemli aşaması prenatal dönemde başlar ve postpartum dönemde gelişerek devam eder (49). Anne ile bebeği arasındaki bağlanmanın başlangıcı olarak doğum öncesi dönem ileri sürülmektedir. Prenatal dönemde bebek, annesinin hareketlerine, duygulanımlarına cevap verebilmektedir. Fetüs yirmi altıncı haftada idrak etme, reaksiyon verme gibi ifadelerinin varlığı bildirilmektedir (57). Buna göre; prenatal dönemde, anne adayının vücudunda oluşan değişiklikleri özümsemesi, bağlanmanın ilk adımlarını oluşturması için daha dünyaya gelmemiş olan bebeğine olumlu duygularını aktarabilmesi önemlidir.

Prenatal dönem anne-bebek bağlanmasının en verimli dönem olduğu için güvenli anne-bebek bağının oluşması için de en uygun aralıktır (49,58). Anne adayının gebeliği boyunca karnına dokunması/okşaması bebeğini hissedebilmesi ve onu kabullenmesi maternal bağlanma için oldukça önemlidir. Bu durumda anne adayının bebeğine ilişkin geliştirdiği tasarımın içeriği oluşmaktadır (59). Anne ile bebeğinin etkileşimi temas ile gerçekleşiyor olsa da anne-bebek ilişkisinin gelişimi için en duyarlı dönemler doğum anı ve postpartum ilk günlerdir (49,58).

Doğum eylemi sırasında ve postpartum dönemde yaşanan deneyimler maternal bağlamayı etkileyebilir. Bu nedenle doğum eylemi sırasında ve sonrasında maternal bağlanmayı güçlendirmeye yönelik uygulamalar yapılmalıdır. Bu uygulamalar; sağlık merkezlerinde güvenli bağlanmanın oluşması için ailelere yol gösterilmelidir. Sağlık kuruluşunda bağlanmanın temeli olarak anne ile bebeğin aynı odada kalmasının sağlanmasıdır. Ayrıca annenin bebeğini kucağına alması, sık sık emzirmesi, emzirme sırasında göz teması kurması, bebeğin kendini güvende ve rahat hissetmesi de güvenli bağlanmanın oluşmasını sağlar (60).

Sağlık bakanlığının geliştirmiş olduğu anne dostu hastane programına göre; gebelere doğum seçeneklerinin anlatılması, doğum anında ne yaşayacakları hakkında bilgi verilmesi, ebeveynlerin yakınlarına doğum hakkında bilgilendirme metotlarının (yazılı, görsel) verilmesi, gebenin yanında rahat hissettiği bir refakatçisinin bulunması, doğum ünitesinin gebeye özel olması, travay sırasında gebenin hareketlerinin kısıtlanmaması ve istediği pozisyonda yatabilmesinin sağlanması, sık tuşe yapılmaması, lavman-traş gibi işlemlerin rutin olarak uygulanmaması, beslenme ve sıvı alımının kesilmemesi, annenin doğan bebeğine temas etmesinin sağlanması, anne adayının bebeğine bağlanma sürecini olumlu etkileyeceği belirtilmektedir (4,34).

2.5.2. Paternal Bağlanma

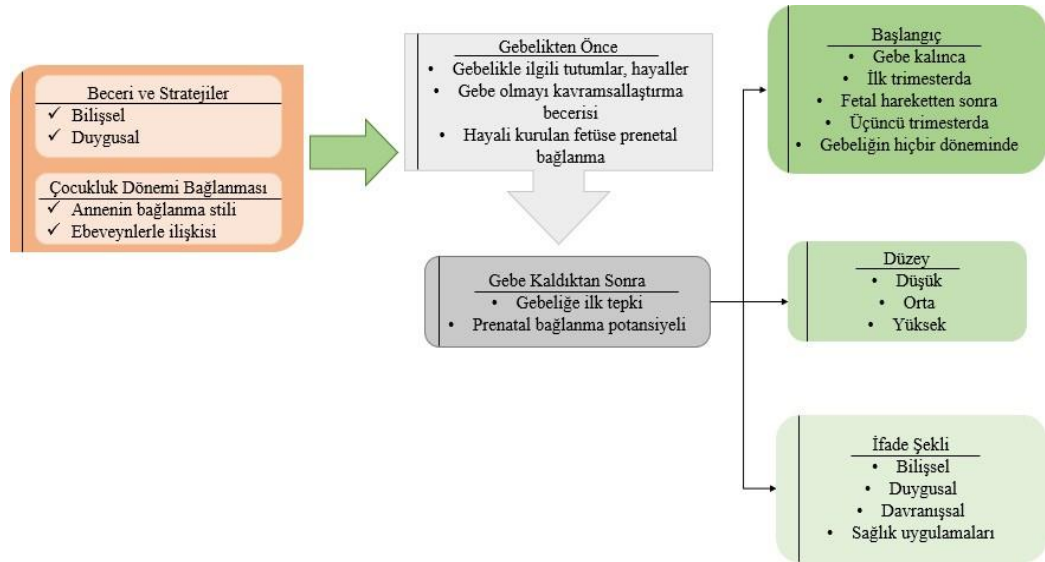
Baba ile bebeği arasındaki ilgilenme ve şefkat gösterme davranışları daha çok doğum sonrası dönemde oluşmaya başlar. Postpartum dönemde baba-bebek etkileşiminin olması için fiziksel temas kurulmalıdır ancak bu temas postpartum dönemde anne ve bebeğinin hastanede yatmasıyla birlikte kesilmektedir. Doğum eylemi ile ilgili etmenler baba adayının bebeğine bağlanmasını geciktirebilir, baba adayları bu dönemde daha çok, bebeğinin dünyaya sağlıklı gelmesi ile ilgilenmektedir (61,62).

2.5.3. Prenatal Bağlanma

Prenatal dönem; gebeliğin oluşumundan başlayıp doğumun gerçekleşmesiyle sonlanan dönemdir. Bu süreç bebeğin anne karnında gelişip, olgunlaştığı

dönemdir. Prenatal bağlanma ise doğum öncesi dönemde bağlanma olup, doğumun gerçekleştiği ana kadar olan dönemi kapsamaktadır (27,63). Gebeliğin başlamasıyla beraber, anne adayının ve partnerinin bebekle bağ oluşturma ve bağlanma serüveni başlar. Bu bağlanma süreci dünyaya gelecek olan bebek ile ilgili rüyalar görme, bebeğin neye benzediğine dair hayaller kurma, annenin bebeği ile konuşması ve gebelik sırasında veya sonrasında oluşabilecek komplikasyonlara ilişkin endişelerin yaşanması gibi davranışsal göstergelerle ortaya çıkar (63).

Muller (1992) antenatal dönemdeki bağlanmayı tanımlarken “*bir kadın ve fetüsü arasında gelişen eşsiz, sevecen ilişki*” şeklinde belirtmektedir (64). Gebenin doğmamış bebeğinin temel ihtiyaçlarını sadece kendisinin karşılayabileceğini anladığı andan itibaren prenatal bağlanma sürecinin olumlu olacağı belirtilmektedir (64,65). Prenatal bağlanmanın bir başka tanımı ise Doan ve Zimmerman tarafından (127) açıklanmış ve antenatal bağlanmayı “*doğum öncesi bağlanma, gebelik öncesinde anne ile fetüs arasındaki ilişkiyi temsil eden, başka bir insanı (bebeği) kavramlaştırmaya yönelik bilişsel ve duygusal yeteneklerle ilişkili ve çevre bilimle ilgili bir sistem içinde gelişen soyut bir kavram*” olarak tanımlamışlardır (Doan ve Zimmerman, 2003) (Şekil 2.1)



Şekil 2.1 Antenatal bağlanmanın oluşum modeli

Doan, H., ve Zimmerman, A. Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 2003 ; 18(2), 109-129.

Genel olarak annenin fetüsü hissetmesi ve bebeği için kaygılanması, anne-bebek bağlanmasını pozitif etkiler. Gebelik sürecinde anne-bebek bağlanması, anne adayının bebeğinin varlığını ve hareketlerini hissetmesiyle veya sonografide bebeğini ilk kez görmesi ile başlayabilir ve gebeliğin ilerleyen dönemlerinde bağlanma düzeyi hızlı bir şekilde artış gösterebilir (18,66,67,). Oluşan bu ilk bağ gebeliğe verilen olumlu veya olumsuz tepki ile başlamaktadır. Bu ilk tepkinin olumlu olmasının en önemli şartlarından biri gebeliğin istenmesi ya da planlı olmasıdır. Gebeliğe verilen ilk tepkinin olumlu olması, prenatal bağlanmayı kolaylaştırma ve kuvvetlendirmede en önemli faktördür (18).

Prenatal dönemde başlayan bağlanma ile birlikte gebenin doğacak bebeğine yönelik ilgi ve şefkat besleyerek bebeğini heves etmeye başlar. Bağlanma ile gelişen bu hislerin; postpartum dönemde annenin bebeğini sahiplenmesine, bebeğini beslemei arzu etmesi, bebeğinin her türlü bakımını yerine getirmesine destek sağlar (68). Prenatal dönemde anne-bebek bağlanması oluşmaya başlayarak, bebeğin hareketleri ile artarak devam eder, bebeğin doğumu ile de en artarak devam eder ve postpartum dönemde annelik duygusunun şekillenmesini sağlar (69).

Anne ve bebeğinin güvenli bir iletişim halinde olması; sorunsuz başlayan doğum öncesi bağlanma ve postpartum süreçte de devam ettirilen anne bebek bağlanması için önem arz etmektedir. Anne, babası ile etkili bağlanma konusunda sıkıntı yaşayamayan çocukların yaşamları boyunca inceleyen, problem çözücü, sosyal hayatta başarılı, hislerini aktarabilen, koruma özelliği gelişmiş, sorunsuz büyüme ve gelişme kaydettiği belirtilmiştir. Anne adayı açısından ise zararlı, kimyasal maddelerden uzak durma, dengeli beslenme, uyku düzenine dikkat etme, gerekli antenatal bakıma ulaşma gibi sağlıklı yaşam koşullarını oluşturduğunda bağlanmanın olumlu yönde arttırdığı belirtilmiştir. Antenatal bağlanmanın postpartum dönemde doğum sonrası oluşabilecek depresyon riskini azalttığı, aile bağlarını güçlendirdiği belirtilmektedir (70).

Prenatal bağlanmayı etkileyen faktörler arasında; anne adayının çocukluk anıları, anne adayının kendi annesiyle arasındaki ilişkiler, kadınlık rolünü anlayışı,

çevresinde gözlemlendiği olumlu/olumsuz örnekler (18,72) gebeliğin planlı olup olmaması, gebeliğin istenmesi/kabullenilmesi durumu, fetal hareketlerin hissedilmesi (63), anne adayının güvende hissetmesi, ailenin maddi, çevresel ve kültürel durumu, eşler arasındaki iletişim, kadının sosyal çevresi ile aile faktörü yer almaktadır (63).

Anne adayının geçmişte yıllarda yaşamış olduğu olumlu/olumsuz deneyimler antenatal süreçte bebeği ile arasında oluşabilecek olan bağlanmayı etkilemektedir. Bir çalışmada anne adaylarının duygusal zekâları ile prenatal bağlanma seviyelerinin pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (71). Prenatal bağlanmanın faydaları; anne bebeğin kendine ait olduğunu hissetmesi, annenin gebelik sürecini pozitif geçirmesi (73), anne adayının yaşamın her evresinde bebeği için planlar yapması, fetüsün annesinin şefkatini hissetmesi, postpartum depresyon sıklığının azalmasıdır (70).

2.5.3. Trimesterlere Göre Prenatal Bağlanma

2.5.3.1 Birinci Trimester ve Bağlanma

Birinci trimester kadının kendisi ve çevresindekiler tarafından gebeliğinin kabul edilmesi evresidir. Bağlanmanın oluşmasında gebeliğin istenme durumu, planlı olup olmaması, ailenin sosyoekonomik durumu, sosyokültürel durum, eşler arasındaki iletişim, kadının aile faktörü ile ilişkisi gibi pek çok etmen etkilidir. Planlı bir gebeliğin oluşması durumunda bile anne adayında ambivalan duygular oluşabilir (24,55).

İlk ambivalan hisler çoğunlukla gebelikle birlikte meydana gelebilecek değişikliklere (birinci trimesterde mide bulantısı sıklığı, yemek yeme isteğinde azalma, duygusal olarak aşırı hassasiyet ve mide yanması gibi problemler), doğum öncesi ve sonrası ile ilgili ekonomik zorluklara, ebeveynliğe hazır hissetmeme duygusuna ve gebeliğin oluşmasıyla ortaya çıkan fiziksel rahatsızlıklara bağlı olarak ortaya çıkabilir. Birinci trimesterde genellikle anne adayının ilgisi beden imajı üzerindedir, fetüsün varlığına dair belirtiler belirginleşmediği sürece anne adayı için gebelik net değildir. Anne adayının bedensel ve hormonal değişimleri

duygusal değişimlere neden olabilmektedir. Aile oluşan bu duygusal değişimlere hazır olmalı ve normal karşılamalıdır (74,75).

Birinci trimesterde anne adayının bebeğini kabullendiğini gösteren belirtiler şöyledir;

- Gebeliğin oluşmasından mutluluk/haz duyma,
- Gebelik başlangıcında oluşan rahatsızlıkları tolere edebilme ve
- Anne adayının benlik saygısının yüksek olması, kendisi ve ailesinin gebelik sürecinde ve sonrasına dair olumlu beklentilere sahip olması gerekmektedir (55).

2.5.3.2. İkinci Trimester ve Bağlanma

İkinci trimester da fiziksel değişimlerin oluşmasıyla beraber anne adayı ve ailesi için gebelik daha görünür, daha net bir durum olmaya başlamamıştır. Anne adayının karnında büyümeye başlayan fetüsün ultrasonografi de (USG) görülmesiyle birlikte, kalp seslerinin işitilmesi, cinsiyetinin ne olduğunun öğrenilmesi ve fetal hareketliliğin hissedilmesiyle beraber anne adayı ve ailesinin oluşan gebeliği kabullenmesi ve bağlanmanın daha kuvvetli olması beklenir (74).

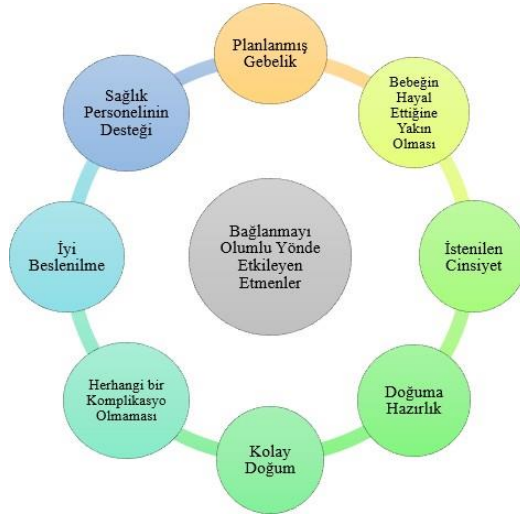
İkinci trimester prenatal bağlanma için zorlu bir dönemdir. Birinci trimesterde anne adayı beden imajı ile ilgilenirken, bu trimesterde bebeği ile ilgilenecektir ve anne adayının odak noktası bebeği olacaktır. Anne adayı bu dönemde dünyaya sağlıklı bir birey getirebilmek için birtakım araştırmalarda bulunmaya başlar. İkinci trimesterde anne, bebeği ve kendisi ile ilgili edindiği bilgileri diğer gebelere aktararak iletişime geçmeye başlar (55). Anne adayı bu dönem ile birlikte birinci trimesterde varlığını hissedemediği bebeğinin tüm ihtiyaçları için kendisine bağımlı olan, ayrı bir birey/varlık olarak görmektedir (77). Bu davranış biçimi ile 'ben bir bebek sahibi olacağım' düşüncesiyle annenin gebeliğe dair farkındalığı artmaktadır (55,76).

2.5.3.3 Üçüncü Trimester ve Bağlanma

Bu dönemde anne adayı 'ben anne olacağım' diyerek annelik rolünü üstlenmeye başlar. Annelik rolüne bürünme doğum öncesi dönemde başlayıp doğum sonrasında da devam etmektedir (74). Son trimesterde ambivalan duygular yeniden yaşanmaya başlar. Anne adayı uzun süredir beklediği bebeğine bir an önce kavuşmak istese de, bir yandan doğum eyleminden korkar. Anne adayı eşinin daha fazla desteğini hissetmek ve ona ihtiyacı olduğu zaman ulaşabilmeyi istemektedir (55,74).

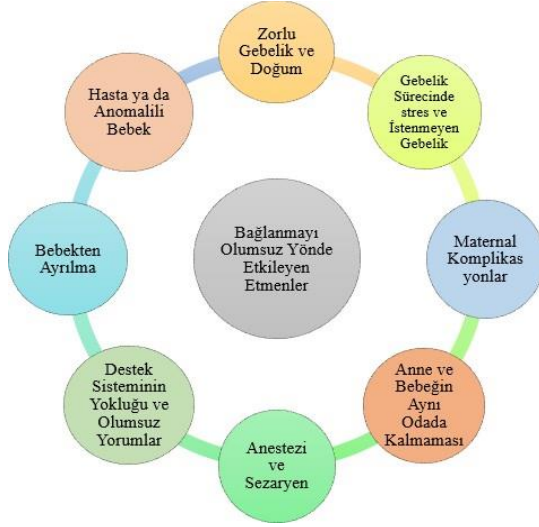
2.6. PRENATAL BAĞLANMAYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bağlanma süreci anne ve bebeğin karşılıklı iletişiminden başlamaktadır. Bağlanmanın ortaya çıkması ve sürdürülebilmesi için çeşitli faktörler bulunmaktadır. Gebelik öncesi anne adayının aile hayatında sevgi, şefkat, saygı varlığı doğru bir bağ oluşturulması için önemlidir (7,78). Bu bağlanmanın oluşmasını etkileyen olumlu ve olumsuz faktörler Şekil 2 ve 3'de gösterilmiştir (79).



Şekil 2.2 Bağlanma evresini pozitif yönde etkileyen faktörler

Çınar, N. ve ark. Yenidoğanın Anne Ve Baba İle Bağlanma Süreci. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2013; 22:6, 22(6), 239-245.



Şekil 2.3 Bağlanma evresini negatif yönde etkileyen faktörler

Çınar, N. ve ark. Yenidoğanın Anne Ve Baba İle Bağlanma Süreci. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2013; 22:6, 22(6), 239-245.

2.6.1. Anne Yaşı

Demografik özelliklerden biri olan anne yaşının, fetal hareketlerin hissedilmesi ve prenatal bağlanma düzeyiyle bağlantılı olduğu ve anne yaşının artması ile prenatal bağlanma seviyesinin azaldığı belirtilmiştir (42,80). Yılmaz ve Kızılkaya Beji'nin çalışmasında gebelik yaşı 35 yaş ve üzeri olan, eğitim seviyesi az olan, ev hanımı, gebeliğinin planlı olmaması ve multipar gebelerin bağlanma düzeyleri daha düşük bulunmuştur (2). Cranley'e göre anne yaşının artmasıyla birlikte anne adayının farkındalığı artmakta buna bağlı olarak prenatal bağlanmanın arttığı belirtilmiştir (80).

Avustralya'da adölesan gebeler ve yetişkin gebeler ile yapılan çalışmada gebeler arasındaki antenatal bağlanma düzeyinin adölesan olmayan gebelerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Adölesan gebeler de gebeliğin üçüncü trimesterinde prenatal bağlanma değerinin düşük ve yetişkin gebelere göre anlamlı farklı bulunmuştur. Bu farkın sebebi bazı faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Bu faktörler ise; farklı bir ülkede doğum yapmak, kürtaj varlığı ve ilk trimesterde düşük bağlanma düzeyidir. Çalışma sonucunda bu risk faktörlerinin anne adaylarının bağlanma düzeylerini düşüren risk faktörü olduğu sonucuna varılmıştır (80). Bir başka

çalışmada ise, gebelerin yaşları ile bağlanma düzeyleri arasında ters orantı gözlemlenmiştir (44). Bir başka çalışmada ise 38 yaş ve üzeri kadınlarda bağlanma düzeyinin daha düşük oranda bulunmuştur, nedeninin ise; 35 yaş ve üzerindeki gebeliklerin planlı gerçekleşmemesinden kaynaklandığını belirtmiştir (81).

2.6.2. Parite

Anne adayının sahip olduğu çocuk sayısı prenatal bağlanma düzeyini etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda ilk kez gebe kalan anne adaylarının çocuk sahibi olmaya daha çok arzu duyduklarını, bekleyişin daha heyecanlı olduğu, bebeklerini dünyaya getirmek için sabırsızlandıklarını ve doğum için hazırlıklar yapıp bebeklerine daha fazla bağlandıkları görülmüştür (44,50). İlk kez gebe kalan kadınların çoğunun gebeliklerinin planlı olduğu, anne olmayı daha çok arzuladıkları için prenatal bağlanmaları düzeyleri daha güçlü iken, multipar annelerin bakmakla yükümlü olduğu çocuklarının varlığı ve çevresel etkiler ile birlikte bağlanma düzeylerinin daha düşük bulunduğu belirtilmektedir (82). Yapılan bir araştırmada ise primigravida kadınların multigravida kadınlara göre prenatal bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilirken, diğer bir çalışmada ise primipar kadınların multipar gebelere göre daha deneyimsiz olduğu buna rağmen prenatal bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (83).

2.6.3. Gebeliğin Planlı Olma Durumu

Planlı ve istenilen bir gebelik oluşmasında anne adayı kendi içinde hareket eden, varlığını hissettiği bir canlının büyüüp gelişmesini izlerken, bu olayın hayatına bir anlam kattığını düşünebilir, bu sayede prenatal bağlanması güçlü olabilmektedir (84). İstenmeyen gebelik varlığında ise bağlanma düzeyi düşük olmakla birlikte, negatif gebelik sonuçlarına sebep olmaktadır (85). Yapılan bir çalışmada istenmeyen ya da planlı olmayan gebeliklerin oluşması durumunda anne-bebek bağlanma düzeyinin düşük olduğu belirtilmiştir (86).

Yapılan bir çalışmada planlı gebeliklerin Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) puan ortalaması planlı olmayan gebeliklere göre daha yüksek bulunmuştur ve istenmeyen gebeliklerin anne-bebek bağlanmasını azalttığı belirtilmiştir (87). Bir

başka çalışma da ise anne adaylarının planlı gebelik sonrası PBE puanı gebeliği planlı olmayan anne adaylarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Anne adayının kendisi ve ailesi için en uygun zamanda gebe kalırsa bebeği ile arasındaki bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (2). Bir çalışmada Portekiz’de 13 ile 27. gebelik haftasında olan 407 gebe görüşülmüş ve gebeliğin planlı olmasının prenatal bağlanma seviyesini arttırdığı belirlenmiştir (29).

2.6.4. Fetüsün Cinsiyeti

Yapılan bir çalışmada erkek çocuk bekleyen gebelerin prenatal bağlanma seviyelerinin daha güçlü olduğu belirtilmiştir (88). Farklı bir çalışmada ise kız bebek sahibi olacak anne adaylarının, erkek bebek sahibi olacak anne adaylarına göre prenatal bağlanma seviyeleri daha güçlü bulunmuştur (89). Primipar gebelerle oluşturulan çalışmada ise kız bebek bekleyen anne adaylarının PBE puan ortalamasının, erkek bebek bekleyen anne adaylarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (90). Cinsiyete özgü tutumlar toplumsal ve kültürel özelliklerden etkilenmektedir. Literatürdeki bu farklı sonuçların, çalışmaların yapıldığı bölgelerdeki cinsiyete özgü tutumların farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

2.6.5. Annenin Eğitim Durumu

Prenatal bağlanmayı etkileyen faktörlerden biri de annenin eğitim durumudur. Literatürde, eğitim durumunun prenatal bağlanma düzeyi üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, prenatal bağlanma ile eğitim seviyesinin ilişkisi düşük bulunmuştur (90). Yapılan diğer çalışmalarda ise annenin eğitim seviyesi ile prenatal dönemdeki bağlanma ilişkisinin olumlu olduğu, gebelerin eğitim düzeyleri ile antenatal bağlanma düzeyleri arasında doğru orantı olduğu belirtilmiştir (91,92).

Yapılan bir başka çalışmada ise 181 anne adayının doğum sonrası ilk etapta ve postpartum sürecin 1. ayında annelerin hissettikleri sosyal destek düzeylerine bakılmış ve anne adaylarının eğitim düzeyi ile maternal bağlanma düzeyleri arasında doğru orantı olduğu belirlenmiştir (9).

2.6.6. Gelir Durumu

Prenatal dönemdeki bağlanma ile gelir durumu arasında ilişki bulunmaktadır. Yapılan bir meta analizde prenatal bağlanma ile gelir durumunu arasında ilişki incelenmiş ve gelir seviyesinin prenatal bağlanma için düşük bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (90). Bir çalışmada ise gelir düzeyinin anneyle bebeği arasındaki prenatal bağlanmayı etkilediği belirtilmiştir (93).

2.6.7. Sosyal Destek

Maddi ve manevi olarak sağlanabilen sosyal desteğin, anne adayının yaşam kalitesini arttırarak stresini azalttığı ve duygusal iyilik halini iyileştirdiği bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada sosyal destek varlığının, prenatal bağlanma seviyesini büyük ölçüde etkilediği saptanmıştır. Gebe ile bebeği arasındaki etkileşimin partner ve akrabalarından aldığı sosyal destek ile yükseldiği belirtilmiştir (94). Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin az olduğu anne adaylarının prenatal dönemde, depresif belirtilerinin arttığını, bağlanma düzeylerinin azaldığı ve buna bağlı olarak yaşam kalitesini azaldığı belirtilmiştir (9,94,95).

2.6.8. Gebenin Aile İlişkileri

Annen adayının ebeveynleri ile kurduğu ilişki bebeği ile kurduğu bağı etkilemektedir (95). Anne adayının bebeği ile olan ilişkisinin annenin bebeklik/çocukluk dönemlerinde kendi ebeveynleri arasında kurduğu bağ ile ilişkili olduğuna yönelik kanıtların sayısının arttığı belirtilmektedir (93). Anneleri ile güvenli ilişki, kuvvetli bağ kuran kadınların gebelikleri boyunca bebeklerine karşı daha duyarlı, şefkatli oldukları belirtilmiştir. Oysa anneleriyle güvenli bağları bulunmayan kadınların, daha dünyaya gelmemiş bebeklerine daha az şefkat, gösterdikleri, bağlanma düzeylerinin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (96). Yapılan bir çalışmada, anne adaylarının çocukluk dönemlerinde edinmiş oldukları bağlanma duygusunun prenatal dönemde bağlanma üzerinde önemli bir belirleyici olduğu belirtilmiştir (97).

2.6.9. Fetal Kayıp Öyküsü

Perinatal kayıp aile yaşantısını olumsuz yönde etkileyen, aileyi derinden sarsan bir gelişmedir. Bebeğini yitiren anne adayları uzun bir zaman boyunca yas tutabilir. Hatta kadın kaybetme korkusu yüzünden tekrar bebek sahibi olmak istemeyebilir ya da bir sonraki gebeliğinde bebeğini kaybetme korkusu yaşayabilmektedir. Anne adaylarının fetal kayıp yaşamaları bir sonraki gebeliklerinde prenatal bağlanmayı azalttığı belirtilmektedir. Önceki gebeliğinde prenatal kayıp yaşamış olan anne adayları tekrar gebe kaldığında anksiyete düzeylerinin yükseldiği, tekrardan aynı kaybı yaşama korkusu olduğu, bu durumun anne adayının bir sonraki gebeliğinde bebeği ile arasında kuracağı bağı olumsuz etkilediği ve böylece düşük prenatal bağlanmanın gerçekleştiği belirtilmektedir (44,98).

Yapılan bir çalışmada gebeliği devam ederken bebeğini kaybetmiş olan annelerin sanki yetişkin bir birey kaybetmiş gibi derin üzüntü, anksiyete, uyku bozukluğu gibi ruh hallerine büründüğü gözlemlenmiş ve anne adayları bu süreçte ailesinden yardım beklemiştir. Bu davranışlar anne adaylarının prenatal bağlanma düzeylerinin yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir (99). Yapılan diğer çalışmalarda ise prenatal dönemde yaşanan fetal kaybın bir sonraki gebelikte prenatal bağlanmayı olumsuz etkilemediğini belirten sonuçlara rastlanmıştır (93,50).

2.6.10. Kromozol Anomalili Bebeğe Sahip Olma

Gebelik boyunca yapılan prenatal tanı ve tarama testlerinde bebeğin sağlığı ve gelişimi hakkında bilgi sahibi olunabilmekte ve doğum öncesinde normal gelişimi olan sağlıklı bir çocuk beklenirken, bebeğin kromozal bir anomalisinin tespit edilmesi hem ebeveynlerde hem de çiftlerin yakın çevresinde büyük üzüntüyle beraber, yıkıms, öfkeye, kaygıya, depresyona ve strese sebep olmaktadır. Özellikle de gebe için bebeğini doğurup, doğurmama konusunda yorucu bir durum içinde kalmasına neden olmaktadır (100,101,102).

Bebeğin planlanmamış ve istenmiyor olması, çok ağır anomalilerinin varlığı, çok ağır zihinsel özür, gerçekçi olmayan beklentiler, düşük eğitim seviyesi ve maddi imkânların yetersiz olması ile de birlikte gibi bebeğin anne tarafından kabul

edilme süreci uzun sürebilmektedir. Ama bebeğin planlanmış ve arzulanmış bir bebek olması, anomalilerinin az ve müdahale edilebilir düzeyde oluşu, özür derecesinin düşük oluşu, beklentilerin gerçekçi olması, iyi eğitim düzeyi ve maddi imkânlarında yeterli olması ile birlikte bebeğin anne tarafından kabul edilme süreci daha kısa sürebilmektedir (32,103).

2.6.11. Riskli Gebelikler

Dünya üzerinde dakikada; 380 gebelikten 110'u gebelik komplikasyonları nedeni ile, 40 gebelik kürtaj sonucunda sonlanmakta ve bir gebe bu komplikasyonlar nedeni ile hayatını kaybetmektedir. Gerçekleşen ölümlerin %1'lik kısmı gelişmiş ülkelerde, %99'u ise gelişmekte olan ülkelerde yaşanmaktadır. Gebelik öncesi oluşan hastalıklar gebeliği riskli hale getirebileceği gibi prenatal bağlanmayı da etkileyebilmektedir (104). Oluşan komplikasyonlara bağlı bebeğini yitirme endişesi içinde olan anne adayları bu dönemde bebekleri için birşeyler yapmak istemeyebilirler. Buna bağlı olarak anne-bebek bağlanması yavaş gelişebilmektedir. Riskli gebeliklerde, olumsuz düşüncelerinde etkisiyle anne adayları ile bebekleri arasında prenatal bağlanmanın daha az olduğu belirtilmektedir (105).

Yapılmış olan bazı çalışmalarda yüksek riskli gebeliklerde oluşan prenatal bağlanma düzeyinin, daha az riskli ve normal gebeliği olan anne adaylarına göre daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (83,105). Yüksek riskli gebelerle yapılan bir çalışmada ise; primipar gebe olan, öğrenim düzeyi lise ve üstü olan, çalışan anne adaylarının; multipar olan, öğrenim seviyesi daha az olan anne adaylarına göre bağlanma anlamlı şekilde daha çok bulunmuştur (105). Yapılmış olan bir vaka-kontrol çalışmasında riskli gebelik tanısı nedeniyle hastanede yatan (401) ve gebeliği normal seyreden (401) gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri karşılaştırılmıştır. Gebelerin Prenatal Bağlanma Envantesi (PBE) toplam puan ortalamaları kıyaslandığında riskli gebeliği olan anne adaylarının sağlıklı gebeliği olan gebelere göre prenatal toplam puan ortalamaları daha düşük çıkmıştır (15).

2.6.12. İnfertilite Sonrası Gebelik

Uzun süre bebek sahibi olmayı bekleyen yardımcı üreme teknikleri ile gebeliği oluşan kadınların bebek sahibi olmayı arzuladıkları ve istekleri olduğu için prenatal bağlanma seviyelerinin güçlü olduğu belirtilmiştir (50). Yapılan bir çalışmada ise yardımcı üreme teknikleri ile gebeliği oluşan anne adaylarının doğal yollarla gebeliği oluşan kadınlara göre stres düzeylerinin fazla olduğu, anksiyetelerinin arttığı, bebeğini yitirme korkusunu yaşadıkları gözlemlenmiştir ve bu sorunları prenatal bağlanma düzeyini etkileyebileceği belirtilmiştir (40). Yapılan bir başka çalışmada ise, yumurta bağışçısı olan kadınların kendi bebeklerini doğuracak olan kadınlara göre daha düşük düzeyde bağlanma yaşadıkları belirtilmiştir (44,50).

2.6.13. Duygu Durum ve Bağlanma İlişkisi

Prenatal dönemde bebeğin algılama, tepki gösterme gibi yeteneklerinin olduğu ve annenin duygusal durumuna cevap verebildiği bilinmektedir. Prenatal dönem de stres, depresyon, anksiyete, sinir, travma sonrası stres bozukluğu anne adayının prenatal bağlanma sürecini olumsuz etkilemektedir. Anne adayının stresi arttıkça fetal distres oluşup stres hormonlarını uyarmakta böylece hormonlardaki fazla aktiviteden dolayı bebekte büyüme aksaklıklarına, gebelik komplikasyonlarına ve vaktinden önce gerçekleşecek olan doğuma, bebeğin olması gerekenden daha az kilo ile dünyaya gelmesine dahil doğum sonrası sonuçları olumsuz etkilediği belirtilmiştir (106). Yapılan bir araştırmada anksiyete ve depresyon yaşayan anne adaylarının yaşamayan anne adaylarına göre prenatal bağlanma düzeyleri daha düşük bulunmuştur (80).

Gebeliğin son dönemlerinde doğum anına yönelik anksiyete düzeyi artmaktadır. Doğuma ilişkin anksiyete; doğumda bebeğe bir zarar gelmesi yada bebeğin kaybedilme korkusu, doğum anında acı hissetme, doğum sırasında bir problemin oluşması, normal doğum isterken sezaryenin gerekli olması, ölüm, epizyotomi, bebeğin bir sakatlıkla dünyaya gelmesi, doğuma yaptıracak olan ekibe karşı güvensizlik, ekspulsiyon anında zarar görme ya da yırtılma, doğumda panik

yaşama/korku, bağırma/ağlama, kontrol kaybı yaşama, doğum anında sevdiklerinden birinin yanında olamaması, doğumun nasıl olacağını bilmeme nedeni ile ortaya çıkabilir. Bu nedenler anne adayının prenatal bağlanma düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir (107,17).

2.7. GEBELERDE PRENATAL DİSTRES

Distres klinik boyutuyla anksiyete, depresyon, kaygı ve/veya stres şeklinde ifade edilir.

2.7.1 Gebelik Döneminde Anksiyete

Gebelik döneminde anksiyete; istemli yada istemsiz gerçekleşen gerçekleşen gebeliğin anne adaylarının hayatında, gebelik dönemlerinde bir dönüm noktası olup, prevalansı en yüksek düzeydedir (108). Anne ve baba adayının düşük eğitim düzeyi, geçimsiz evlilik yaşamı, perinatal stressörler, geçim sıkıntısı, gebeliğin planlı olma durumu, çocuk için gerekli tıbbi koşulların bulunmaması, çocuğun bir anomali ile dünyaya gelme riskinin bulunması, duygu durum değişiklikleri, gebenin ailesiyle yaşadığı stresli ilişki gebelik süresince anksiyete bozukluklarının oluşmasına neden olmaktadır (72,80).

2.7.2 Gebelik Döneminde Depresyon

Depresyon, kişinin yaşam isteğinin ve doyumun yitirildiği, kaygı içinde olduğunu hissetme, ileriki zaman için olumsuz hayaller, konuşmada ve hareketlerde durgunluk, yetersizlik hissi, isteksizlik, yorgunluk, halsizlik, uyku ve yeme problemleri gibi semptomları içeren bir durum olarak belirtilmektedir (4,23,75). Depresyondan dolayı anne adaylarında hormonal dengesizlikler oluşmakta ve uterusu giden kan akımını düşürerek anne ve fetüse büyük zarar meydana getirmektedir (109,110).

2.7.3 Gebelik Döneminde Kaygı

Kaygı, kadının gebelik şüphesinin olduğu dönemden başlamak üzere, kadının gebeliği süresince bebekleri veya kendileri ile ilgili bilinmez durumlarda olduğu bir dönemdir.

Kadınlar gebe olduklarını öğrenmeleriyle beraber evlilik ilişkisindeki yenilikler, kadına yeni rollerin tanımlanması, iş yükünün artacağı düşüncesi, gebelik süreci, doğum ve doğum sonrası süreçler için endişe duymaktadırlar (111,112). Bu endişe ve kaygı düzeyleri kadınların kişisel ve gebelik öyküsüne göre farklı olabilmektedir (51). Fetüs için riskli durumların varlığı, keder, kaygı ve endişenin yüksek bununla beraber çaresizlik ve ümitsizlik duygularının oluşmasına neden olmaktadır (60,56).

2.8. GEBELİKTE PRENATAL DİSTRES VE PRENATAL BAĞLANMA

Gebeliğin planlı olup olmaması, anne yaşı, parite, yaşayan çocuk sayısı, ailenin gelir durumu, gebenin aile ilişkileri/algıladığı sosyal destek, ebeveynlerin eğitim durumu, riskli gebelikler, gebelikte stres, fetal kayıp ve anamoli öyküsü, infertilite sonrası gebelik vb. faktörler prenatal bağlanmayla ilişkili değişkenlerdir. İlk trimesterde prenatal distres düzeyi ve bağlanma arasında pozitif bir ilişki varken, üçüncü trimesterde bu ilişki negatif yöndedir (114,115). Bahadır Yılmaz ve Şahin (2019)'in yapmış olduğu bir çalışmada riskli gebeler, gebelik dışında bir rahatsızlığı bulunanlar ve farmakolojik tedavi alan gebelerin prenatal distres düzeyleri incelenmiştir ve distres düzeyleri normal gebelere göre daha yüksek bulunmuştur (116).

Yapılan bir başka çalışmada ise çocuk sahibi olmayı isteyen ve ilk kez gebe kalan, herhangi bir sağlık sorunu olmayan ve eşleri ile soru yaşamayan gebelerde ise prenatal distes düzeyi daha düşük iken; aile içinde sıkıntıları olan ve stres faktörü bulunan kadınların prenatal distres düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (20). Prenatal distes, anne adayının ve bebeğinin sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği için göz ardı edilmeden en erken dönemde tanımlanması ve ilerlemesini önlemek için tedavi edilmesi gerekmektedir (117).

2.9. PRENATAL BAĞLANMA İLE İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALAR

Anne ile bebeği arasındali bağlanma zamanla oluşup, gelişen birçok faktörden etkilenebilen bir durumdur. Literatüre bakıldığında , fetüsün hareketinin anne-bebek bağlanması üzerine tesiri çalışılmıştır. Çalışma verilerine göre, anne adayına antenatal dönemde fetüsün hareket sayımının nasıl yapılcağının öğretilmesi prenatal bağlanmayı büyük ölçüde arttırabileceğini ortaya koymuştur. Yöntemin ve maddi yönünün olmaması, kolay bir şekilde yapılması yönüyle prenatal dönemde yeni doğan bakımı sağlayan sağlık çalışanları tarafından anne adaylarına etkili bir yöntem olarak öğretilenir (118).

Bir çalışmada anne adaylarının bebeklerinin görünüşlerini hayal etmesi ile USG'de gördükleri hallerinden sonra bağlanma seviyeleri arasında bir değişimin yaşanıp yaşanmadığı araştırılmıştır. Kadınların %70'inin 8. gebelik haftası ile 12. gebelik haftasına kadar hayallerinde bebekleri ile ilgili bir görselin belirmediğini belirtmişlerdir. Öyle ki içlerinde bir bebek taşıdıklarını bile hayal etmede zorluk çekmişlerdir. Ancak, ultrason görüntüsünde bebeklerinin görüntüsünü görüp, hareketlerini hissettiklerinde yada gebeliklerinin yirminci haftasından devam eden bebeğin hareketlerini hissetmeye başlamaları ile beraber birçok anne adayı bebeğine karşı daha yüksek düzeyde bir bağlanma hissettiğini belirtmiştir (119).

Başka bir araştırmada ise ise gebelerin anksiyete ve stres düzeylerinin, prenatal dönemde algıladıkları sosyal destek gibi psikososyal etkenler ile bağlanma arasındaki ilişki incelenmiştir. Riskli gebeliği olan 37. haftasında 43 gebe ile gerçekleştirilen çalışmada depresyon, kaygı bozukluğu, sosyal destek ve prenatal dönemde bağlanmaya düzeyine ilişkin veriler bulunmuştur. Çalışma sonucuna göre riskli gebeliği olan anne adaylarının diğer anne adaylarına göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek, bebeğine daha az bağlılık geliştirdiği belirtilmiştir (87). Yapılan bir çalışmada en az 20. gebelik haftasında olan 211 gebe anne adayına Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) uygulanmıştır. Gebeliği boyunca olumlu sağlık davranışları geliştiren anne adaylarının daha az yorgunluk hissettiği ve bu durumun da prenatal dönemde bebeğine bağlanmayı pozitif yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (12).

Yapılan bir çalışmada prenatal dönemdeki verilen bakımın gebe kadınların bebeğine bağlanma düzeylerini etkileyip etkilemediği belirtilmiştir. Yapılan deneysel (deney-kontrol) çalışmaya 52 gebe katılmıştır. Gebe kadınların ikinci trimesterde bebeklerinin hareketlerini hissetmesi sonucu annenin bebeğe olan bağlanma düzeyi araştırılmıştır. Anelik-Fetal Bağlanma Ölçeği'nin kullanıldığı araştırmada (MFAS), gebe kadınlara fetal hareket sayımının öğretilmesinin annenin bebeğine bağlanmasını pozitif etki edeceği, ucuz ve kolay bir yöntem olduğu tespit edilmiştir (118).

2.10. GEBELERDE PRENATAL BAĞLANMANIN GELİŞTİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Bağlanmanın olumlu bir şekilde gelişip, devam ettirilmesinde hemşirelerin desteği önemlidir (103). Hemşireler, gebeliğin başlangıcından itibaren, ebeveynlere annelik ve babalık rollerine geçişte destek olarak, ebeveynleri yeni bir sürece hazırlamak için gerekli olan girişimleri sağlamalıdır (72). Hemşireler ebeveynler ile her görüşmelerinde ebeveynlerin gebelik sürecinde ve sonrasında baş etme stratejilerini kuvvetlendirmeli, bebeğin ihtiyaçlarını karşılama konusunda kendilerine güvenmelerini sağlamalı ve ebeveynlerin annelik-babalık rollerinin oluşmasını desteklemelidir.

Hemşireler prenatal dönemde; bağlanma düzeyi zayıf olan ya da olabilecek gebelere verecekleri bakımda bağlanmayı destekleyecek girişimler planlamalıdır. Prenatal dönemde anne adayının risk faktörleri, algıladıkları sosyal destekleri, yaşam biçimleri gibi risk faktörler belirlenmelidir. Hemşireler risk faktörlerinin belirlenmesinde anne adaylarına destek olup bağlanmayı arttıran davranışları ve bağlanmayı engelleyen faktörler konusunda anne adaylarını aydınlatmalıdır (64).

Anne bebek arasındaki duygusal ve davranışsal iletişim sürecinin doğru bir şekilde değerlendirilebilmesi, sağlıklı bir prenatal bağlanma sürecinin başlaması ve doğum sonrası dönemde devam ettirilmesi açısından ebe ve hemşirelere önemli görevler düşmektedir (120). Bu görevler;

1. İstenmeyen gebeliklerin oluşması prenatal bağlanmayı azaltabilmektedir. Bu nedenle ebeveynlere birinci basamak sağlık hizmeti verirken aile planlaması danışmanlığı yapılmalıdır (10).
2. Anne adayının prenatal dönem, doğum ve doğum sonu süreç ile ilgili duygu ve düşüncelerini dile getirmesine izin verilmelidir. Anne adayının gebeliği kabullenmesine, bebeğini ayrı bir birey olarak hissetmesini ve iletişime geçmesine yardımcı olunmalıdır (10,98,128).
3. Anne adaylarına bağlanmanın önemini vurgulanarak bebekleri ile konuşmanın, hareketlerini saymanın, karnına dokunarak bebeğini sevmesinin bağlanmayı arttıracığı belirtilerek iletişime geçmeleri için anne adayları teşvik edilmelidir (10,128).
4. Anne ve babanın henüz doğmamış olan bebeklerinin birçok durumu ayırt edebildiğini bilmeleri öğretilmelidir. Ebeveynler anne karnındaki bebeklerine müzik dinletmek, masal okumak gibi uygulamalara teşvik edilerek bağlanmanın artırılacağı belirtilmelidir. (1).
5. Gebelerin bağlanma düzeyleri prenatal bağlanma ölçeği kullanılarak değerlendirilebilir ve değerlendirme sonucuna göre eğitim planlanabilir (21).
6. Ebeveynler doğum öncesi hazırlık için gebe okullarına yönlendirilebilir (1). Gebe okullarında; bebek bakımı, emzirme eğitimi, doğum anında ve sonrasında yaşanacaklar ve lohusalık süreci hakkında danışmanlık verilebilir. Böylece daha güvenli bir bağlanmanın oluşması sağlanarak, bağlanmayı etkileyen faktörlerin belirlenmesi risk grupları için gerekli önlemlerin alınması, daha dikkatli bir takip ve değerlendirme yapılması sağlanabilmektedir (2).
7. Anne adaylarının prenatal bağlanma düzeyinin yüksek olması için sosyal destek çok önemlidir. Sosyal destek düzeyleri değerlendirilerek hem prenatal hem de postpartum dönemde karşılaştığı güçlüklerle başa çıkmasında yardımcı olabilecek olan bireyleri, anne adayına destek sağlayarak sürece dahil edilmeleri planlanarak

doğumun her evresinde anne adayının istediği sosyal desteğin oluşması sağlanmalıdır (2).

8. Doğumdan hemen sonra bağlanmayı desteklemek için ten tene temas sağlanarak, emzirme başlatılmalıdır (2).

Gebelik döneminde bağlanma düzeyi düşük olan gebelere uygun girişimler planlanmalı, motivasyon ve eğitimler verilmelidir (88). Verilen eğitimlerin anne-bebek bağlanmasını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (59). Hemşireler gebelerin ve doğum yapmış annelerin bağlanma düzeylerini değerlendirirken Prenatal Bağlanma Envanteri ve Maternal Bağlanma ölçeğini kullanabilirler (21,59).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma gebelerde prenatal tanı testlerine yönelik karar çatışması ve distresin prenatal bağlanma üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı, karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Obstetri Polikliniği'nde 10.07.2022-10.02.2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın yapıldığı Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6 poliklinikten oluşup, polikliniklerde toplamda 6 uzman doktor, 8 asistan doktor, 8 hemşire ve 6 ebe görev almaktadır. Bu polikliniklerde muayeneleri yapılan gebelere gerekli görülürse tanı testi yapılmakta ve yapılan test sonucu istenilen değer aralığında değilse, Sakarya Korucuk Devlet Hastanesi'ne tarama testi yapılması için yönlendirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini 10.07.2022 - 10.02.2023 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Obstetri Polikliniğine antenatal bakım almak için başvuran gebelerden oluşmaktadır. Örneklem seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemi kullanılacaktır.

Araştırmanın örnekleme G*Power 3.1.9.7. örnekleme hesaplama programı aracılığı ile Karar Vermede Çatışma Ölçeği kullanılarak hesaplanmıştır. Buna göre Arimori (2006) tarafından yapılan çalışmaya göre Karar Vermede Çatışma Ölçeği toplam puanı 37.05 ± 6.05 olarak referans alınmış ve alfa hata 0.05, beta hata 0.2 ve çalışmanın gücü %85 olarak hesaplandığında her gruba alınması gereken gebe

sayısı 59 olarak bulunmuştur. Çalışma tanı testi önerilen ve tanı testi önerilmeyen gebeler olmak üzere iki grupta yürütülmüş olup her grupta 59 gebe bulunmaktadır. Çalışmanın başında tanı testi önerilen gebelerin sayısı 73 iken, araştırmanın ikinci bölümünde 14 gebe farklı nedenlerde çalışmaya devam etmemiştir.

Her İki Grup İçinde Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri Şunlardır;

- On sekiz yaşından büyük olanlar,
- En az 12. gestasyonel haftada olma,
- Doğum Kliniği Obstetri Polikliniğine antenatal bakım almak için başvurmuş olmak,
- Türkçe konuşup, anlayabilmek,
- Okur-yazar olmak,
- Anket doldurmaya engel olabilecek derece de bedensel ve ruhsal hastalığı bulunmamak.

Her İki Grup İçinde Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri Şunlardır;

- Anket doldurmayı engelleyecek derecede bedensel ya da ruhsal hastalığı olanlar,
- Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılamamak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek.

Her İki Grup İçinde Araştırmadan Çıkarılma Nedenleri:

- Herhangi bir gerekçe ile devam etmemek,
- Anketlerin tekrarında yaşanan iletişim kopukluğu.

Araştırmanın Değişkenleri:

- Bağımsız değişkenler : gebelerin sosyo-demografik özellikleri (doğum yılı, eğitim durumu, sosyoekonomik durum), obstetrik öyküsü, (gebeliğin planlı olup olmadığı, gebelik sayısı, abortus, ölü doğum durumu), prenatal test yaptırma durumları.

- Bağımlı değişken : Karar Vermede Çatışma Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteridir.

3.4 Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Çalışma tanı testi önerilen ve tanı testi önerilmeyen gebeler olmak üzere iki gruptan oluşmaktadır. Tanı testi önerilmeyen gruba 12 ile 20. gebelik haftasında demografik özellikler formu, Karar Vermede Çatışma Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri uygulanmıştır. Tanı testi önerilen gruba ise 12 ile 20. gebelik haftasında demografik özellikler formu, Karar Vermede Çatışma Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri uygulanmış olup aynı gebelere 20 ile 30. haftalar arasında tilburg gebelikte distres ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri tekrar uygulanmıştır.

Veriler, anket formu araştırmacı tarafından ilk etapta kalem-kağıt tekniği ile yüz yüze görüşülerek elde edilmiş olup ikinci etapta ise gebelerle yüzyüze veya telefon ile görüşülerek elde edilmiştir. Araştırmaya dahil edilecek gebelere çalışmanın amacı ve uygulama şekli anlatılıp gönüllü onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmak istemeyen gebeler çalışma kapsamı dışında tutulurken araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler çalışmaya dahil edilecektir. Gebelerin formları doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.5.1. Gebe Tanılama Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan gebe tanılama formunda, gebenin tanıtıcı bilgileri (doğum yeri, yaşı, eğitim durumu, mesleği, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, sosyal güvence türü, aile tipi, ailenin gelir durumu, evlilik süresi), annenin obstetrik öyküsü (gebeliğin planlı olup olmadığı, gebelik sayısı, önceki gebelik özellikleri, yaşan çocuk sayısı, kürtaj varlığı), doğum öncesi tarama ve tanı testleri hakkında bilgisi sorgulanmıştır.

3.5.2. Karar Vermede Çatışma Ölçeği (KVÇÖ)

Karar Vermede Çatışma Ölçeği (KVÇÖ), 1995 yılında O'Connor tarafından sağlık hizmeti alan bireylerin sağlıkla ilgili bir durumda karar verme sürecinde yaşadıkları belirsizliği, belirsizliğe neden olan etmenleri ve sağlık hizmeti alan bireylerin etkili karar verme düşüncelerinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir (122). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yeşilçınar ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmıştır (123). KVÇÖ, beşli likert tiptedir ve 16 sorudan oluşan ölçekte her bir madde “Kesinlikle Katılıyorum” ile “Kesinlikle Katılmıyorum” arasında değişmektedir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve Kesinlikle Katılıyorum=0 puan, Katılıyorum=1 puan, Kararsızım=2 puan, Katılmıyorum=3 puan ve Kesinlikle Katılmıyorum=4 puan olarak hesaplanmaktadır.

Toplam ölçek puanı hesaplanırken; tüm maddelere verilen puanlar toplanır. Elde edilen puan toplam madde sayısına bölünür ve 25 ile çarpılarak ölçek puanı elde edilir. Ölçeğin alt grupları için puan hesaplanırken; maddelere verilen puanlar toplanır. Elde edilen puan, toplanan madde sayısına bölünür. Sonuç 25 ile çarpılarak puan elde edilir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 100'dür. Ölçekte karar çatışması puanlarını değerlendiren kesme noktası yoktur. Ölçekten alınan puan arttıkça karar çatışması yaşama düzeyleri artmaktadır (14). O'Connor KVÇÖ'nde ölçek beş alt grup tanımlamaktadır. Bunlar; “Belirsizlik”, “Bilgilenme”, “Değerlerin Netliği”, “Destek” ve “Etkili Karar Verme”dir (31). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında ise maddeler “Bilgilenme ve Değerlerin Netliği”, “Etkili Karar Verme”, “Destek” ve “Belirsizlik” olarak dört alt boyutta yer almaktadır (16). Ölçeğin orijinal versiyonunda cronbach alfa değeri 0.86 bulunmuştur (124). Yeşilçınar ve arkadaşlarının yapmış olduğu Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında ise 0.94 olarak bulunmuştur (125).

3.5.3. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)

Gebelikte distresin (stres/anksiyete/depresyon/kaygı) belirlenmesi amacıyla 2011 yılında Pop ve ark. tarafından geliştirilmiş, ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenilirliği 2015 yılında Çapık ve Pasinlioğlu tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.83 olarak bulunmuştur (115). 12 hafta ve üzeri gebelere uygulanabilen bu ölçek, 16 maddeden oluşup, 4'lü likert şeklinde (çok sık 0 puan, oldukça sık 1 puan, ara sıra 2 puan, nadiren/hiç 3 puan) derecelendirilmiştir. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 0 ile 48 arasında değişmektedir. Kesme noktasına göre toplam puanın 28 ve üzerinde olması gebenin distres açısından risk altında olduğunu ifade etmektedir. Ölçekte yer alan 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16 numaralı maddeler ters kodlanmış olup, ölçeğin 11 maddeden oluşan "olumsuz duygulanım" ve 5 maddeden oluşan "eş katılımı" olarak 2 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 1, 2, 4, 8 ve 15 numaralı maddeler eş katılımı, diğer maddeler ise olumsuz duygulanım boyutunu göstermektedir. Ölçeğin orijinal versiyonunda cronbach alfa değeri 0.70 bulunmuştur. Ölçeğin eş katılım alt boyut puan ortalaması ile eş desteği algısı arasında zıt ilişki vardır. Eş katılımı puan ortalaması arttıkça eş desteği algısı azalmaktadır.

3.5.4. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)

Mary Muller tarafından geliştirilmiş, (56); Yılmaz ve Beji tarafından ise 2013 yılında Türkçeye uyarlanmıştır (10). Gebelik döneminde anne adayının duygu ve düşünce durumunu, bebeğine prenatal dönemde bağlanma düzeyini belirlemek için kullanılan bir ölçektir. Prenatal dönemde anne bebek bağlanmasını değerlendirmek için kullanılan bu ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1 ile 4 arasında (hiçbir zaman (1 puan), bazen (2 puan), sık sık (3 puan) ve her zaman (4 puan) puan alabilen dördümlü likert tiptedir. Ölçekten yüksek puan alınması (en yüksek 84, en düşük 21) prenatal bağlanma düzeyinin yüksek, düşük puanların ise doğum öncesi bağlanma düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Güvenirlilik katsayısı Cronbach alpha 0,84 olarak bulunmuştur (10).

3.6. Verilerin Toplanması :

Veriler, etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra polikliniğe muayeneye gelen gebelerden sözlü ve yazılı onam alınarak toplanmıştır. Görüşmeler kağıt, kalem yardımı ile gerçekleşmiş olup tanı testi önerilen gebelerin iletişim numaraları alınarak ikinci anket için yüzyüze ve de telefonla görüşülerek veriler toplanmıştır. Gebelerin formları doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Analizi:

Çalışmamızda bağımlı gruplarda t testi ölçek puanları arasındaki ilişki 'Pearson Kolerasyon Katsayısı' ile hesaplanmıştır. Katılımcıların Karar Vermede Çatışma Ölçeği ve Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin prenatal bağlanma üzerine etkisinin yordamsı regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırma Takvimi:

Yapılan Uygulamalar	Şubat- Mart 2022	Nisan- Haziran 2022	Temmuz 2022-Şubat 2023	Mart- Temmuz 20223	Ağustos- Eylül 2023
Problemin Tanımı ve Literatür Tarama					
Veri toplama formlarının hazırlanması					
Etik kurul başvurusu /kurum izinlerin alınması					

Veri toplama					
Verilerin analizi, tema ve alt temaların oluşturulması					
Rapor yazımı					
Tez savunma					

3.9. Etik İzinler:

Araştırmanın yapılabilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 24.02.2022 tarih ve 0049 karar no ile etik kurul izni alındı (Ek 7). Araştırmanın yapıldığı Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi için, Sakarya İl Sağlık Müdürlüğünden (EK 8) izin alındı.

4. BULGULAR

- 4.1 Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular
- 4.2 Prenatal Tanı Testlerine İlişkin Bazı Özelliklerin Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelere Göre Dağılımı
- 4.3 Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelere Uygulanan Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE), Karar Vermede Çatışma Ölçeği (KVÇÖ), Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)'ne İlişkin Bulgular
- 4.4 Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelerin Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular
- 4.5 Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle KVÇÖ, PBE ve TGDÖ Toplam Puanlarının
- 4.6 Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelerin TGDÖ Alt boyut Puanlarının Bazı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması
- 4.7 Tanı Testi Önerilen Gebelere Uygulanan TGDÖ1 , TGDÖ2 ve PBE1 ve PBE2'nin Karşılaştırılması
- 4.8 Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelere Uygulanan Karar Vermede Çatışma Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Prenatal Bağlanmaya Etkisininin İncelendiği Regresyon Analizi

4.1 Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	Tam Testi Önerilen Gebeler N=59 (%50.0)		Tam Testi Önerilmeyen Gebeler N=59 (%50.0)		İstatistiksel Analiz	
	\bar{X}	$\pm SS$	\bar{X}	$\pm SS$	X^2* , Z^{**}	P
Yaş	42	71,2	46	78,0	0,57	0,44
Gebelik Sayısı	3,35	1,80	2,83	1,63	5,66	0,58
Gebelik Haftası	15,47	2,30	16,2 7	2,74	5,35	0,86
	N	%	n	%		
Yaş Grubu						
19-34 yaş	42	71,2	46	78,0	0,57	0,44
35-43 yaş	17	28,8	13	22,0		
Eğitim Durumu						
Okur-yazar değil	9	15,3	9	15,3	1,52	0,82
Okur-yazar	2	3,4	2	3,4		
İlköğretim Mezunu	15	25,4	11	18,6		
Lise Mezunu	11	18,6	18	30,5		
Üniversite ve Üzeri	22	37,3	19	32,2		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	36	61,0	35	59,3	1,41	0,49
Çalışmıyor	22	37,3	24	40,7		
Gelir Düzeyi						
Düşük	4	6,8	3	5,1	3,90	0,27
Orta	13	22,0	17	28,8		
İyi	31	52,5	25	42,4		
Çok İyi	11	18,6	14	23,7		
Gebeliğin Planlanma Durumu						
Planlı	34	57,6	36	61,0	0,48	0,48
Plansız	25	42,4	23	39,0		
Gebelik Öncesi Kronik Hastalık Durumu						
Evet	11	18,6	13	22,0	0,52	0,46
Hayır	48	81,4	46	78,0		

Çalışmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.1) gebelerin 88'inin (%74.6) 19-34 yaş aralığında, 41'inin (%34,7) üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahiptir. Gebelerin 71'i (%60.2) herhangi bir işte çalışmakta olup, 56'sının (%47.5) gelir durumunun iyi düzeydedir.

Gebelerin 70'inin (%59.3) planlı bir gebelik yaşadığı bulunmuştur. Çalışmaya katılan gebelerin 94'ünün (%79.7) gebelik öncesi kronik hastalığı vardır.

Gebelerin sosyo-demografik özellikleri tanı testi önerilme durumlarına göre karşılaştırıldığında; tanı testi önerilen ve önerilmeyen kadınların yaş ortalamaları, gebelik sayısı, gebelik haftası, yaş grubu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyleri, gebeliği planlama durumu ve gebelik öncesinde kronik hastalık varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak tanı testi önerilen ve önerilmeyen kadınların küretaj ($X^2=6.799$, $P=0.009$) ve ölü doğum yaşama durumları ($X^2=6.242$, $P=0.012$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

4.2 Prenatal Tanı Testlerine İlişkin Bazı Özelliklerin Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelere Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER n=118	Tanı Testi Önerilen Gebeler n=59		Tanı Testi Önerilmeyen Gebeler n=59	
	n	%	n	%
Prenatal Tanı Testleri Hakkında Bilgi Durumu				
Evet	55	93,2	43	72,9
Hayır	4	6,8	16	27,1
Önceki Gebelikte Tarama Testi Yaptırma Durumu				
Evet	34	65,4	9	12,6
Hayır	18	34,6	57	86,4
Şimdiki Gebelikte Doğum Öncesi Tarama Testi Yaptırılma Durumu				
Evet	35	59,3	8	33,6
Hayır	24	40,7	51	66,4
Şimdiki Gebelikte Hangi Tanı Testi Yaptırıldı				
Amniyosentez	34	65,4	0	0
Koryonikvillus Örnekleme	18	34,6	0	0
Prenatal Tarama Testleri Hakkında Bilgi Alınan Kaynak				
Doktor	54	91,5	39	66,1
Hemşire	31	52,5	19	32,2
Diğer Sağlık Personeli	17	28,8	13	22,0
Medya	29	55,8	16	24,2
İnternet	35	59,3	22	37,3
Arkadaş\Akraba	24	40,7	21	35,6

Çalışmamızda tanı testi önerilen gebelerin %93.2'sinin prenatal tanı testleri hakkında bilgisi olduğu, %65.4'ünün önceki gebeliklerinde tarama testi yaptırmış olduğu, %59,3'ünün şimdiki gebeliklerinde tarama testi yaptırmış olduğu, %65,4'ünün amniyosentez yaptırmış olup, %34,6'sının koryonikvillus örnekleme yaptırmış olduğu bulunmuştur. Tanı testi önerilen gebelerin %91,5'i prenatal tanı testleri hakkındaki bilgiyi doktordan, %59,3'ü internetten, %52,5'i ise bilgiyi hemşireden almıştır.

Tanı testi önerilmeyen gebelerin %72,9'unun prenatal tanı testleri hakkında bilgisi olduğu, %86,4'ünün önceki gebeliklerinde tarama testi yaptırmamış olduğu, %66,4'ünün şimdiki gebeliklerinde tarama testi yaptırmamıştır. Tanı testi önerilmeyen gebelerin %66,1'inin prenatal tanı testleri hakkındaki bilgiyi doktordan, %37,3'ü internetten, %35,6'sı bilgiyi arkadaş / akrabadan almıştır.

4.3 Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelere Uygulanan Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE), Karar Vermede Çatışma Ölçeği (KVÇÖ), Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)'ne İlişkin Bulgular

ÖZELLİKLER	Tanı Testi Önerilen Gebeler n=59		Tanı Testi Önerilmeyen Gebeler n=59		t*	P
	Ortalama±SD	Ortalama±SD	Ortalama±SD	Ortalama±SD		
PBE	60,80	11,47	48,09	10,67	6,21	0,001
KVÇÖ	27,31	12,45	48,58	19,82	6,74	0,001
TGDÖ	26,42	3,67	30,46	5,47	-4,57	0,001
Olumsuz Duygulanım	21,13	3,30	25,25	4,67	-5,38	0,001
Eş Katılımı	5,28	2,33	5,21	2,77	0,15	0,874

Tablo 4.3’de gebelerin PBE, KVÇÖ, TGDÖ ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Buna göre; tanı testi önerilen ve önerilmeyen gebelerin PBE, KVÇÖ, TGDÖ ve TGDÖ olumsuz duygulanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Tanı testi önerilen gebelerin PBE puanları tanı testi önerilmeyenlere göre daha yüksektir. Tanı testi önerilen gebelerin KVÇÖ, TGDÖ ve TGDÖ olumsuz duygulanım puanları ise tanı testi önerilmeyenlere göre daha düşüktür. Tanı testi önerilen ve önerilmeyen gebelerin TGDÖ eş katılımı alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.4 Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelerin Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tanı Testi Önerilen Gebeler									Tanı Testi Önerilmeyen Gebeler							
N=59 (%50.0)									N=59 (%50.0)							
PBE		TGDÖ		Olumsuz Duygulanım		Eş Katılımı		PBE		TGDÖ		Olumsuz Duygulanım		Eş Katılımı		
r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	
KVÇÖ	-0,133	0,395	0,152	0,331	0,230	0,138	-0,081	0,607	0,085	0,472	0,277	0,017	0,048	0,683	0,503	<0,001
PBE			0,087	0,578	-0,312	0,041	0,555	<0,001			0,007	0,953	-0,178	0,126	0,348	0,002
TGDÖ	0,087	0,578			0,763	<0,001	0,486	0,001	0,007	0,953			0,884	<0,001	0,485	<0,001
Olumsuz Duygulanım	-0,312	0,041	0,763	<0,001			-0,194	0,213	-0,178	0,126	0,884	<0,001			0,020	0,863
Eş Katılımı	0,555	<0,001	0,486	0,001	-0,194	0,213			0,348	0,002	0,485	<0,001	0,020	0,863		

Tablo 4.4'te tanı testi önerilen ve önerilmeyen gebelerin ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular verilmiştir. Buna göre; tanı testi önerilen gebelerin PBE puanları ile TGDÖ olumsuz duygulanım toplam puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,312$, $p=0,041$). Tanı testi önerilen gebelerin PBE puanları ile TGDÖ eş katılımı toplam puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,555$, $p<0.001$). Tanı testi önerilen gebelerin TGDÖ puanları ile TGDÖ olumsuz duygulanım toplam puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=0,763$, $p<0.001$), TGDÖ puanları ile TGDÖ eş katılımı toplam puanları arasında ise pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,486$, $p=0,001$).

Tanı testi önerilmeyen gebelerin KVÇÖ puanları ile TGDÖ toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0,277$, $p=0,017$), TGDÖ eş katılımı toplam puanları arasında ise pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,503$, $p<0.001$). Tanı testi önerilmeyen gebelerin PBE puanları ile TGDÖ eş katılımı toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,348$, $p=0.002$). Tanı testi önerilmeyen gebelerin TGDÖ puanları ile TGDÖ olumsuz duygulanım toplam puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=0,884$, $p<0.001$), TGDÖ puanları ile TGDÖ eş katılımı toplam puanları arasında ise pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,485$, $p<0,001$).

4.5 Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle KVÇÖ, PBE ve TGDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.5

ÖZELLİKLER (N=118)	Tanı Testi Önerilen Gebeler N=59 (%50.0)			Tanı Testi Önerilmeyen Gebeler N=59 (%50.0)		
	PBE	KVÇÖ	TGDÖ	PBE	KVÇÖ	TGDÖ
	\bar{x} (SS)	\bar{x} (SS)	\bar{x} (SS)	\bar{x} (SS)	\bar{x} (SS)	\bar{x} (SS)
Yaş Grubu						
19-35 Yaş	61,90 (11,07)	30,69 (15,31)	26,92 (4,31)	45,54 (9,30)	46,35 (20,05)	29,95 (5,57)
35-43 Yaş	57,70 (11,77)	30,69 (17,39)	27,76 (4,78)	50,76 (10,81)	52,40 (20,67)	31,07 (4,92)
t*	1,29	-0,001	-0,65	-1,72	-0,95	-0,65
p	0,20	0,99	0,51	0,09	0,34	0,51
Eğitim Durumu						
Okur-Yazar Değil	55,77 (11,14)	25,69 (18,07)	25,33 (3,57)	51,44 (8,32)	56,07 (16,58)	33,22 (7,01)
Okur-Yazar	49,50 (0,70)	28,90 (27,62)	24,50 (3,53)	39,50 (4,94)	68,75 (6,62)	31,00 (0,00)
İlköğretim Mezunu	63,58 (10,16)	27,60 (9,66)	26,00 (4,69)	50,28 (8,01)	53,45 (17,88)	30,00 (5,54)
Lise Mezunu	63,80 (13,55)	26,40 (13,14)	26,70 (3,09)	50,94 (11,19)	52,25 (19,31)	30,63 (6,34)
Üniversite ve üzeri	61,05 (11,21)	28,20 (10,27)	27,26 (3,42)	43,63 (11,61)	37,57 (19,33)	29,45 (3,99)
Z*	1,29	0,07	0,61	0,12	3,32	0,78
p	0,28	0,98	0,65	0,88	0,016	0,54
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	60,55 (10,64)	33,15 (15,45)	27,50 (4,58)	46,14 (11,24)	46,55 (20,20)	30,31 (6,08)
Çalışmıyor	61,45 (12,63)	27,62 (15,76)	26,86 (4,21)	47,50 (7,37)	49,34 (20,45)	30,04 (4,38)
Z**	0,55	0,006	0,01	6,50	0,02	0,72
t*	1,31	1,31	0,52	-0,51	-0,51	0,18
P	0,19	0,19	0,59	0,60	0,60	0,85

4.5 (Devam) Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle KVÇÖ, PBE ve TGDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Gebelik Sayısı						
1	64,14 (5,72)	35,26 (14,37)	27,42 (5,19)	47,47 (10,03)	53,58 (19,56)	30,00 (4,92)
2 ve Üzeri	60,28 (12,08)	26,07 (11,83)	26,26 (3,43)	48,30 (10,98)	46,80 (19,81)	30,63 (5,69)
t*	0,82	1,85	0,77	-0,27	1,21	-0,40
p	0,41	0,06	0,44	0,78	0,22	0,68
Gebeliği Planlama Durumu						
Planlı	60,41 (13,04)	29,64 (15,56)	27,91 (4,36)	46,38 (10,90)	44,40 (19,80)	30,27 (6,06)
Plansız	61,08 (8,75)	32,12 (16,30)	26,16 (4,41)	47,17 (7,99)	53,12 (20,04)	30,08 (4,33)
Z**	7,70	0,02	1,24	1,95	0,04	2,91
t*	-0,22	-0,59	1,51	-0,29	-1,62	0,13
p	0,82	0,55	0,13	0,76	0,11	0,89
Gebelik Öncesi Kronik Hastalık Durumu						
Evet	64,54 (8,25)	29,40 (20,12)	29,72 (5,04)	48,23 (11,37)	43,38 (23,24)	30,69 (6,70)
Hayır	59,81 (11,83)	30,98 (14,86)	26,58 (4,11)	46,26 (9,41)	48,95 (19,30)	30,06 (5,07)
Z**	4,82	1,23	0,03	1,42	1,12	0,86
t*	1,25	-0,29	2,18	0,63	-0,87	0,36
p	0,21	0,76	0,03	0,52	0,38	0,71
Tanı Testleri Hakkında Bilgi						
Evet	60,67 (11,28)	28,32 (13,32)	26,65 (3,78)	46,32 (10,02)	41,55 (18,26)	29,76 (4,91)
Hayır	61,00 (13,95)	63,28 (10,24)	34,25 (7,13)	47,68 (9,44)	63,86 (15,83)	31,37 (6,62)
t*	-0,055	-5,12	-3,64	-0,47	-4,30	-1,01
p	0,95	<0.001	0,001	0,63	<0.001	0,31

4.5 (Devam) Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri İle KVÇÖ, PBE ve TGDÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Daha Önce Küretaj Yaşama Durumu						
Evet	59,69 (11,94)	26,36 (12,31)	26,28 (3,53)	50,52 (10,63)	46,30 (19,98)	29,91 (5,40)
Hayır	64,15 (9,57)	30,16 (12,93)	26,84 (4,20)	45,50 (10,25)	50,92 (19,69)	31,06 (5,57)
t*	-1,20	-0,95	-0,47	1,95	-0,93	-0,85
p	0,22	0,34	0,63	0,05	0,35	0,39
Ölü Doğum Varlığı						
Evet	60,62 (11,68)	21,09 (12,38)	26,37 (3,13)	49,87 (11,14)	51,36 (20,27)	30,87 (6,87)
Hayır	60,88 (11,54)	30,07 (11,61)	26,44 (3,93)	47,84 (10,68)	48,19 (19,91)	30,41 (5,32)
t*	-0,07	-2,52	-0,06	0,50	-0,93	-0,85
p	0,94	0,001	0,95	0,61	0,35	0,39

Tablo 4.5'te tanı testi önerilen ve önerilmeyen gebelerin bazı sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile KVÇÖ, PBE ve TGDÖ toplam puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre; tanı testi önerilen gebelerin yaş grubu, eğitim durumu, çalışma durumu, gebelik sayısı, gebeliği planlama durumu ve küretaj yaptırma değişkenlerine göre PBE, KVÇÖ ve TGDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tanı testi önerilen gruba bakıldığında iki ve üzeri gebeliği olan kadınların KVÇÖ toplam puanının diğer gruptan daha düşük olduğu bulunmuştur. Gebeliğin planlı olma durumuna bakıldığı zaman tanı testi önerilen gebelerin PBE toplam puanının tanı testi önerilmeyen gebeler grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Plansız gebelik durumunun ise tanı testi önerilmeyen gebelerde KVÇÖ toplam puanının diğer gruptan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tanı testi önerilen gebelerin gebelik öncesi kronik hastalık bulunma durumları ile TGDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur

($t=2,189$, $p=0.033$). Kronik hastalığı olan gebelerin TGDÖ puanları daha yüksektir. Tanı testi önerilen gebelerin tanı testleri hakkında bilgi alma durumları ile KVÇÖ puanları ($t=-5,121$, $p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tanı testleri hakkında bilgi alan gebelerin KVÇÖ puanları bilgi almayanlara göre daha düşüktür.

Tanı testi önerilmeyen gebelerin eğitim durumu, gebelik sayısı, gebeliği planlama durumu, gebelik öncesi kronik hastalık varlığı, küretaj yaptırma durumu ve gebelik öncesinde kronik hastalık varlığı değişkenlerine göre PBE, KVÇÖ ve TGDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Tanı testi önerilmeyen gebelerin eğitim durumları ile KVÇÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=3,324$, $p=0.016$). Tanı testi önerilmeyen gebelerin tanı testleri hakkında bilgi alma durumları ile KVÇÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-4,305$, $p<0,001$). Tanı testleri hakkında bilgi alan gebelerin KVÇÖ puanları bilgi almayanlara göre daha düşüktür.

Daha önce küretaj yaşayan gruplar kıyaslandığında tanı testi önerilmeyen gebelerin diğer gruba göre KVÇÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Daha önce küretaj yaşamamış olma durumuna bakıldığında ise tanı testi önerilen gebelerin diğer gruba göre PBE puan ortalamasının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Gebelerin ölü doğum yaşamış olma durumuna bakıldığında tanı testi önerilen gebelerin KVÇÖ puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,01$; $t=-2,52$). Ölü doğum yaşamış olan tanı testi önerilmeyen gebelerin KVÇÖ puan ortalaması diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

4.6 Tamı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelerin TGDÖ Alt boyut Puanlarının Bazı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER N=118	Tamı Testi Önerilen Gebeler N=59		Tamı Testi Önerilmeyen Gebeler N=59	
	Olumsuz Duygulanım	Eş Katılımı	Olumsuz Duygulanım	Eş Katılımı
	\bar{X} (SS)	\bar{X} (SS)	\bar{X} (SS)	\bar{X} (SS)
Eğitim Durumu				
Okur-Yazar Değil	21,00 (4,06)	4,33 (2,00)	26,66 (5,67)	6,55 (2,12)
Okur-Yazar	20,00 (2,82)	4,50 (0,70)	25,00 (0,00)	6,00 (0,00)
İlköğretim Mezunu	20,00 (2,98)	6,00 (2,69)	24,21 (5,92)	5,78 (2,32)
Lise Mezunu	20,90 (3,44)	5,80 (3,61)	25,15 (5,02)	5,47 (3,07)
Üniversite ve Üzeri	22,15 (3,11)	5,10 (1,28)	25,45 (3,21)	4,00 (2,81)
t*	0,87	0,84	0,37	1,91
p	0,48	0,50	0,82	0,11
Yaş Grubu				
34 yaş ve altı	21,30 (3,75)	5,61 (2,58)	25,26 (4,77)	4,69 (2,92)
35 yaş ve üstü	22,76 (4,32)	5,00 (1,62)	24,76 (4,04)	6,30 (1,84)
t*	-1,29	0,91	0,33	-2,40
p	0,91	0,36	0,73	0,002
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	22,22 (3,67)	5,27 (1,96)	25,25 (4,79)	5,05 (2,87)
Çalışmıyor	21,09 (4,36)	5,77 (2,92)	25,00 (4,37)	5,04 (2,72)
Z**	0,33	2,58	0,001	0,00
t*	1,05	-0,77	0,20	0,02
p	0,29	0,44	0,83	0,98
Gebelik Sayısı				
1	21,85 (4,56)	5,57 (1,39)	25,64 (4,38)	4,35 (2,80)
2 ve üzeri	21,02 (3,12)	5,24 (2,46)	25,12 (4,80)	5,51 (2,72)
t*	0,61	0,34	0,39	-1,49
p	0,54	0,73	0,69	0,13
Gebeliğin Planlanma Durumu				
Planlı	22,38 (4,19)	5,52 (2,69)	25,33 (4,57)	4,94 (3,08)
Plansız	20,84 (3,47)	5,32 (1,81)	24,86 (4,70)	5,21 (2,31)
Z**	4,28	2,46	0,26	3,81
t*	1,49	2,46	0,37	-0,36
p	1,49	0,73	0,70	0,71

4.6 (Devam) Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelerin TGDÖ Alt boyut Puanlarının Bazı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Daha Önce Küretaj Yaşama Durumu				
Evet	21,25 (3,15)	5,02 (2,42)	24,61 (4,25)	5,29 (2,41)
Hayır	20,76 (3,83)	6,07 (1,93)	25,93 (5,06)	5,12 (3,13)
T	0,45	-1,41	-1,14	0,24
p	0,65	0,16	0,25	0,80
Gebelik Öncesi Kronik Hastalık Durumu				
Evet	23,00 (4,62)	6,72 (2,83)	25,46 (5,45)	5,23 (3,03)
Hayır	21,43 (3,76)	5,14 (2,15)	25,06 (4,38)	5,00 (2,75)
Z**	0,04	1,65	0,52	0,62
t*	1,18	2,06	0,27	0,26
p	0,24	0,04	0,78	0,79
Tanı Testleri Hakkında Bilgi Durumu				
Evet	21,38 (3,40)	5,27 (2,29)	25,02 (3,90)	4,74 (2,83)
Hayır	26,50 (7,72)	7,75 (2,06)	25,50 (6,21)	5,87 (2,57)
t*	-2,62	-2,09	2,55	-1,83
p	0,001	0,004	0,001	0,07

Tablo 4.6'te gebelerin tanı testi önerilen ve önerilmeyen gebelerin TGDÖ ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamalarının sosyo-demografik ve obstetrik özelliklere göre karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre; tanı testi önerilen gebelerin eğitim durumu, yaş grubu, çalışma durumu, gebelik sayısı, gebeliği planlama durumu, küretaj yaptırma durumu değişkenlerine göre TGDÖ olumsuz duygulanım ve eş katılımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tanı testi önerilmeyen gebeler grubunda 34 yaş altı ve üstü gebelerde TGDÖ eş katılımı alt boyutunda anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,02 / t=-2,40$). Tanı testi önerilen gebeler grubunda gebelik öncesi kronik hastalık durumu TGDÖ eş katılımı alt boyutunda anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,04 / t=2,06$).

Tanı testi önerilen gebelerin tanı testleri hakkında bilgi alma durumları ile TGDÖ olumsuz duygulanım ($t=-2,628, p=0,011$) ve eş katılımı puanları ($t=-2,093, p=0,041$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tanı testleri hakkında bilgi alan gebelerin olumsuz duygulanım ve eş katılımı puanları bilgi

almayanlara göre daha düşüktür. Tanı testi önerilen gebelerde gebelik öncesi kronik hastalık bulunan gebelerin eş katılımı puanları kronik hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=2,069$, $p=0,043$).

Tanı testi önerilmeyen gebelerin eğitim durumu, çalışma durumu, gebelik sayısı, gebeliği planlama durumu, küretaj yaptırma durumu ve gebelik öncesinde kronik hastalık varlığı değişkenlerine göre TGDÖ olumsuz duygulanım ve eş katılımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Tanı testi önerilmeyen gebelerin yaş grupları ile TGDÖ eş katılımı puanları ($t=-2,093$, $p=0.041$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Otuz beş yaş üstü grupta olan gebelerin eş katılımı puanları 35 yaş altı kadınlara göre daha düşüktür. Tanı testi önerilmeyen gebelerin tanı testleri hakkında bilgi alma durumları ile TGDÖ olumsuz duygulanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,552$, $p=0,013$). Tanı testleri hakkında bilgi alan gebelerin olumsuz duygulanım puanları bilgi almayanlara göre daha düşüktür.

Tablo 4.6’da gösterildiği gibi elde edilen bu bulgularla birlikte TGDÖ’den alınan puan ortalamalarının diğer sosyo-demografik ve obstetrik özelliklere göre farklılaşmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

4.7 Tanı Testi Önerilen Gebelere Uygulanan TGDÖ1 , TGDÖ2 ve PBE1 ve PBE2'nin Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER	Tanı Testi Önerilen Gebelere Uygulanan TGDÖ1 ve TGDÖ2 n=58				Tanı Testi Önerilen Gebelere Uygulanan PBE1 ve PBE2 n=56			
	n	\bar{X} (SS)	t	p	n	\bar{X} (SS)	t	p
Şimdiki Gebelikte Tanı Testi Önerildi								
Evet	58	-4,08 (6,07)	- 5,16	0,00 0	56	-5,80 (12,42)	- 3,52	0,001 0,001

Çalışmaya katılan gebelere ilk etapta Karar Vermede Çıtışma Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri uygulanmış olup, tanı testi önerilen gebelere Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri ikinci kez uygulanmıştır. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ikinci defa uygulanan gruptaki gebelerin sayısı 58'dir. Tanı testi önerilen ve Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği 1 ve 2 uygulanan gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.001$). Prenatal Bağlanma Envanteri ikinci defa uygulanan gruptaki gebelerin sayısı 56'dır. Tanı testi önerilen ve Prenatal Bağlanma Envanteri 1 ve 2 uygulanan gebelerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t = -3,529$, $p = 0.001$).

4.8 Tanı Testi Önerilen ve Önerilmeyen Gebelere Uygulanan Karar Vermede Çatışma Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Prenatal Bağlanmaya Etkisininin İncelendiği Regresyon Analizi

Değişkenler	β	Standart sapma	t	R^2	r	F
Model 1 (Tanı Testi Önerilen Gebeler)						
KVÇÖ	-0.014	0.096	-0.108	0.65	0.255 ^a	0.152 ^a
TGDÖ	-0.259	0.343	1.927			
Model 2 (Tanı Testi Önerilmeyen Gebeler)						
				0.134	0.365 ^a	0.019 ^b
KVÇÖ	0.174	0.063	2.783			
TGDÖ	0.057	0.231	0.247			

Karar Vermede Çatışma Ölçeğinin ve Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin prenatal bağlanmaya etkisi incelenmektedir. KVÇÖ için $\beta=-0.014$ ve TGDÖ için $\beta=-0.259$; $R^2=0.65$, $F=0.152$ 'dir. Tanı testi önerilen gebelerin karar çatışması ve stres düzeyleri prenatal bağlanma düzeyini %65 oranında açıklamaktadır. Prenatal bağlanma düzeyini 0.014 katla KVÇÖ ve 0.259 katla TGDÖ etkilemektedir.

Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$ Tanı Testi Öncesi	$\bar{X} \pm SS$ Tanı Testi Sonrası	t*	p
PBE Toplam Puan	60,80±11,47	67,01±5,68	-5.165	<0.001
TGDÖ Toplam Puan	39,12±19,94	31,25±5,57	-3.529	0.001

* Bağımlı gruplarda t testi

Tanı testi yaptıran gebelerin test öncesi PBE puan ortalaması 60,80±11,47 test sonrası puan ort ise 67,01±5,68. Gebelerin test öncesi ve sonrası PBE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (t= -5.165, p=<0.001).

Gebelerin tanı testi öncesi TGDÖ puan ortalamaları $39,12 \pm 19,94$, tanı testi sonrası TGDÖ puan ortalamaları $31,25 \pm 5,57$ 'dir. Gebelerin test öncesi ve sonrası TGDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($t = -3.529$, $p = 0.001$). Tanı testi sonrasında gebelerin distress düzeyleri azalmıştır.

5. TARTIŞMA

Gebelik kadının vücudunda fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişime sebep olan doğal bir olaydır (129). Bu değişimlere verilen tepkiler her gebe için farklı olmakla birlikte bazı gebeler bu değişime uyum sağlarken, bazı gebelerde ise stres, anksiyete hatta depresyona sebep olabilmektedir (130). Prenatal bağlanma düzeyinin düşük olması gebenin ve fetüsün prenatal dönemde bakım almasını engeller, bu da gebelikte risk faktörlerini, doğum öncesi ve sonrasında komplikasyonları arttırır (131).

Bu çalışmada, gebelerin prenatal tanı testi önerilme ve önerilmeme durumlarına göre yaşadıkları karar çatışması ve distresin prenatal bağlanma üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları ilgili literatürle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan gebelerin yaş gruplarına göre en çok 19-34 yaş aralığında olduğu ve çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının $29,84\pm 5,77$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 değerlendirmesine göre annenin ortalama doğurganlık hızının en yüksek 25 ve 29 yaş aralığında olduğu bildirilmiştir (132). Alan Dikmen ve Çankaya'nın 2018 yılında (52) yapmış olduğu çalışmada gebelerin yaş ortalaması 28.7 ± 5.2 , Çağlayan'ın 2019 yılına yapmış olduğu (133) çalışmasında 28.79, Canlı'nın 2020 yılında (29) yapmış olduğu çalışmada ise 27.27 ± 5.00 , Coşkuner Potur ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptıkları (87) çalışmada ise 28.52 ± 5 , olarak bulunmuştur. Çalışmada gebelerin yaş ortalamasına bakıldığında, diğer çalışmalarda elde edilen yaş ortalaması ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan gebelerin prenatal tanı testleri hakkındaki bilgi durumları karşılaştırıldığında tanı testi önerilen gebelerin tanı testi önerilmeyen gebelere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2). Buna göre gebeliğinin riskli olduğunu düşünen ve olumsuz bir durum ile karşılaşma durumuna karşı hazırlıklı olmak isteyen gebelerin tanı testleri hakkında araştırma yapıp bilgi sahibi olduğunu söylebiliriz. Çalışmaya katılan tanı testi önerilen gebelerin %65.4'ü

önceki gebeliklerinde tarama testi yaptırmışken, %59.3'ü şimdiki gebeliklerinde tarama testi yaptırmıştır. Şimdiki gebeliklerinde tanı testlerinden amniyosentez yaptıran gebelerin oranı %65.4'tür (Tablo 4.6).

Çalışmamızda gebelerin tarama testi yaptırmayı isteme nedenleri; bebeğinin sağlık durumunu merak etme, sağlıksız bir durum olduğu kesinleşirse gebeliği devam ettirme yada sonlandırma düşüncesi olarak belirlenmiştir. Tarama testi yaptırmayı istemeyen gebelerin nedenleri ise; bebeklerinde hastalık olsada olmasa da doğurmayı düşünme, inançları gereği, test yaptırmaya gerek duymama ve testlerin ne olduğu hakkında bilgi sahibi olmama olarak belirlenmiştir. Literatürdeki benzer çalışmalarda da kadınların tarama testlerini yaptırmak istememe nedenleri arasında; bebeğinin zarar görmesinden korkma, kötü bir sonuç karşısında ne yapacağını bilememe, riskin yüksek çıkmasına karşın gebeliğe devam edeceklerini bildirmeleri, bebek hakkında bilgi almak istememeleri ve testlerin maddi yükünün ağır olmasıdır (140,141).

Çalışmamızda gebelerin prenatal tarama testlerine yönelik bilgi alma kaynakları incelenmiştir (Tablo 4.2). Tanı testi önerilen gebelerin nerdeyse tamamı tarama testleri hakkındaki bilgiyi doktorundan aldığını belirtmiştir. Her iki grubunda tarama testleri hakkında aldıkları bilgileri doktordan sonra en sık internetten aldıkları tespit edilmiştir. Tanı testi önerilen gebelerin hemşireden bilgi alma oranları yaklaşık %52.5 iken diğer sağlık personellerinden alınan bilgi %28.8'dir. Gebeler ile en çok iletişim halinde bulunan hemşireler ve diğer sağlık çalışanları açısından bu oran oldukça düşüktür. Yapılan bir çalışmada gebelere prenatal genetik tanı ve tarama testi danışmanlığı veren grubun büyük çoğunluğunu ebelerin oluşturduğu tespit edilmiştir (142). Thompson ve arkadaşlarının 25 gebe ile yapmış olduğu çalışmada tarama testi yaptıran ve sonucu pozitif olan gebelerin %88'inin tarama testleri hakkında bilgi sahibi olduğu ve bu gebelerin %75'inin tanı ve tarama testleri hakkındaki bilgiyi sağlık personelinde aldığı belirlenmiştir (143). Türkiye'de yapılan çalışmaların geneline bakıldığında gebeler prenatal tanı ve tarama testleri hakkındaki bilgiyi genel olarak doktordan almaktadır. Hemşireler ve diğer sağlık personellerinin prenatal tanı ve tarama testlerinin danışmanlık hizmetlerinde aktif rol almaları, gebelerin karşılaşabileceği

sorunları daha erken dönemde tanılama ve desteklemede etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Literatürde yapılan diğer çalışmalarda da Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalamaları açısından benzer sonuçlar olduğu bulunmuştur (91,144,145) ancak literatüre geçmiş bazı çalışmalarda prenatal bağlanma toplam puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur (88,146).

Literatürde yapılan diğer çalışmalarda da gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri açısından benzer sonuçlar olduğu bulunmuştur (88,91,144-146). Çalışmamızda prenatal bağlanma düzeyinin her iki grupta da yüksek olması bize çoğu anne adayının bebeğini merak etmek, hareketlerini hissetmekten hoşlanmak ve bebeğini düşündüğünde heyecanlanmak gibi bağlanma belirtilerini yaşadığını düşündürmektedir. Anne bebek arasındaki prenatal dönemde başlayıp, gebelik ve doğum sonrası dönemde katlanarak devam eden bu etkileşimin bireyin tüm hayatını etkilediği bilinmektedir. Prenatal bağlanma ile oluşan olumlu duygular, doğum sonrası dönemde annenin bebeğini sahiplenmesine, bebeğini emzirmeye istekli olmasına, bebeğinin her türlü bakımını yerine getirmesine destek sağlamada oldukça önemlidir (68,69).

Gebeler bazen prenatal dönem ve sonrası ile ilgili belirsizlik yaşadıklarında, gebeliklerinde karar çatışması yaşamaktadır. Tablo 4.3'deki veriler incelendiğinde tanı testi önerilen gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri yüksek ve karar çatışması puanları düşük bulunmuştur. Bu veriye dayanarak prenatal bağlanma düzeyi yüksek olan gebelerin karar vermede çatışma durumlarının daha düşük olduğunu söyleyebiliriz. Diğer yandan tanı testi önerilen gebelerin daha düşük düzeyde karar çatışması yaşamalarının nedeninin tanı testleri ile ilgili ayrıntılı bilgi almış olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızdan elde edilen verilere göre gebelerin distres açısından risk altında oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.3). Pottinger ve arkadaşlarının çalışmasında, gebelik boyunca depresif bozukluk oranı %25 olarak bulunmuştur (147). Vırıt ve

ark. yapmış oldukları çalışmada Malatya Devlet Hastanesi gebe polikliniğine başvuran 104 gebede gebelikte sosyal destek ile depresyon ve kaygı belirti düzeylerinin ilişkisi incelenmiştir ve gebelerin %35.6'sının depresif olduğu, %90.4'ünün ise yüksek düzeyde kaygı yaşadıklarını tespit etmişlerdir (1). Çakır ve Can'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerde anksiyete oranını %34.1 ve depresyon oranını ise %32.4 olarak bulmuşlardır (148). Dağlar ve arkadaşının yapmış olduğu çalışmada gebelerin %50.7'sinin depresyon riski altında olduğu tespit edilmiştir (149). Sonuçlarımız literatürler ile paralellik göstermektedir. Gebelikte stres varlığı anne ve fetüs açısından riskler oluşturabilir. Bu nedenle gebelikte stresin nedenlerinin erken dönemde belirlenerek gerekli müdahalelerin planlanması önemli hemşirelik girişimlerindedir.

Çalışmamızda, prenatal bağlanma düzeyi yüksek olan gebelerde olumsuz duygulanım, anksiyete, stres, depresyon ve kaygı gibi faktörlerin görülme olasılığının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Yapılan bir çalışmada stres düzeyleri düşük olan gebelerin prenatal bağlanma puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (162). Bir başka çalışmada anksiyetenin (durumluk, depresyon ve sürekli anksiyete) prenatal bağlanma ile ters orantılı olduğu, anksiyete düzeyi arttıkça prenatal bağlanma düzeyinin azaldığı sonucuna varılmıştır (163). Tanı testi önerilen gebelerde, eş desteği gören kadınların prenatal bağlanma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bebeğinde fetal anomaliler/kromozomal bozukluklar açısından yüksek risk tespit edilen kadınlara eş desteğinin artırılması önerilebilir. Çalışmamızda tanı testi önerilen gebelerin olumsuz duygulanımları arttıkça distres düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Bu nedenle gebelik sürecinde olumsuz deneyimleri olan gebelerin distres açısından daha yüksek risk altında oldukları söylenebilir. Hemşireler gebeleri mevcut durumlarına ilişkin duygularını ifade etmek konusunda cesaretlendirmeleri, antenatal kontroller sırasında uygun sorularla gebelerin duygularını değerlendirmeleri önemlidir.

Çalışmamızda tanı testi önerilmeyen gebelerin distres ölçeği eş katılımı puanları arttıkça karar çatışması puanları da arttığı bulunmuştur. Buna göre gebelik sürecinde eş katılımını tam anlamıyla hissedemeyen, destek alamayan gebelerin

karar vermede sorun yaşadığı, belirsizlikte kaldığı, tanı ve tarama testleri hakkında yeterli seçimi yapamadığı düşünülebilir. Gebelik sürecinde eşlerinden yeterli desteği alamayan, eşinin sevgi ve ilgisini hissedemeyen kadınlar annelik rolüne geçişte ve gebeliğin getirdiği değişikliklere özellikle riskli durumlara uyum sağlamada zorlanmaktadır. Eş desteği alan gebeler kendilerini daha cesaretli ve güvende hissederken depresyon, stres, anksiyete seviyeleri daha düşük olmaktadır (155). Eşler gebelik döneminde kadınlara konfor alanı sağlayarak gebeye zarar verebilecek davranışları engelleme, ev işlerine yardım etme, tüm aile ve bebeği için maddi olanak sağlama, diğer çocukların bakımında destek olmak, duygusal destek sağlama gibi konularda destek sağlarsa anne için gebelik süreci daha olumlu ve rahat sürdürülebilir.

Tanı testi önerilmeyen gebelerin algıladıkları eş desteği azaldıkça; distres düzeylerinin ve olumsuz duygulanımlarının arttığı bulunmuştur. Gebelerde doğum eylemi hakkında endişelerinin varlığı, doğum sonrası süreç ile ilgili kaygılarının olması; alacağı kararlarda emin olamaması ve gebelik süreci hakkında güven duygusunun oluşmamasına, depresyona ve strese sebep olmaktadır. Mirabzadeh ve arkadaşları Tahran'da 500 gebe ile bir çalışma yapmıştır ve eşinden ve çevresinden destek alan gebelerin depresyon ve anksiyete riskinin düşük olduğu bulunmuştur (164). Yapılan bir başka çalışmada gebelerin distres ve anksiyete puanları incelenmiş olup algıladıkları eş desteği puanlarının artmasıyla, distres puanlarının azaldığı tespit edilmiştir (165). Gebelik süresince algıladıkları eş desteği yüksek olan gebelerin psikososyal iyilik halinin arttığı, yaşam kalitesinin yükseldiği, anksiyete ve depresyona yatkınlığının azaldığı bildirilmektedir (166). Gebelikte eş desteği intrauterin dönemde kortizol değerlerini etkileyerek fetal sağlığı koruyucu etki göstermekte iken eş desteği algısının düşük olması olumsuz neonatal sonuçlar ile ilişkilendirilmiştir (166,167). Literatür incelendiğinde çalışmamızdaki bulgular ile yapılan çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Her iki gruptaki gebelerin eğitim durumları ve Karar Vermede Çatışma Ölçeği toplam puanlarına bakıldığında tanı testi önerilen gebelerde anlamlı bir sonuç elde edilmemişken, tanı testi önerilmeyen gebelerde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca varılmıştır (Tablo 4.5). Gebelerin eğitim düzeylerinin yüksek olması

daha az karar çatışması yaşamalarını sağlamıştır. Gebelerin eğitim düzeyi arttıkça tanı ve tarama testleri hakkında daha fazla bilgiye sahibi oldukları, testlerin riskleri ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmalarının da daha net karar vermelerini sağlamaya yardımcı olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda tanı testi önerilen ve önerilmeyen gebelerin tanı testleri hakkındaki bilgi düzeyleri azaldıkça karar çatışması yaşama düzeyleri artmaktadır (Tablo 4.5). Tanı testi önerilen gebelerden bu testler hakkında bilgisi olmayan gebelerin tilburg gebelikte distres ölçeği toplam puan ortalaması arasında çalışmanın sonucuna göre pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.5). Tanı testi önerilen ve bu testler hakkında bilgisi olmayan gebelerin duygulanım, anksiyete, stres, depresyon ve kaygı gibi faktörlerin görülme olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Tanı testleri hakkında bilgi sahibi olmayan, bu testlerin risklerini, yan etkilerini, testlerin çeşitlerini, testlerin ne için uygulandığını bilmeyen gebelerin karar vermede zorlandıklarını, yeterli desteği almadıklarını belirtebiliriz. Literatüre bakıldığında prenatal tarama ve tanı testlerine yönelik yapılan çalışmalarda, gebelerin bu testler hakkında bilgi sahibi olmaları karar çatışması ve anksiyete düzeylerini azaltmıştır (160,161). Bu nedenle ACOG tüm gebelere ve eşlerine prenatal dönemde danışmanlık verilerek anksiyelerinin, streslerinin ve karar çatışmalarının azaltılarak bilinçli bir seçim yapabilmelerine olanak sağlanması önerilmektedir (36).

Çalışmamızda tanı testi önerilmeyen gebeler grubunda 34 yaş ve altındaki gebelerin eş desteğinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak ise genç yaştaki gebelerin genellikle ilk gebeliklerinin olması nedeniyle eşlerinin de sürece daha fazla katılmalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Yüksekal ve Yurdakul'un yaptığı çalışmanın bulgularını incelediğimizde 19-29 yaş arasındaki gebelik yaşı 35 yaş ve üstünde gebelik yaşayan, eğitim seviyesi düşük olan, geniş aile yapısına sahip ailede yaşayan ve planlanmamış gebeliğe sahip olan gebelerin algıladıkları eş destek oranlarının düşük olduğunu bulunmuştur (153). Bernard ve arkadaşlarının 3517 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin yaş ortalaması 24'tür ve %21'ini ergenler oluşturmaktadır. Çalışmanın sonucunda gebelik yaşının küçük

olması gebelerde eş ve aile desteği algısını arttırdığı sonucuna varılmıştır (157). Sokoya ve ark.'nın gebelikte eş desteği algısını araştırmak amacıyla 200 gebe ile yapmış oldukları çalışmada gebelerin %42'sini 24-29 yaş aralığındaki kadınlar oluşturmaktadır. Gebelerin %96,5'i eşinin desteğinden cesaret aldığını, %86,5'i eşinin desteğinden memnun olduğunu, eş desteğinin bu süreçte onlar için daha az stresli hale getirdiğini ve %94,5'i ihtiyaçlarını eşlerinin karşılamasının onlara duygusal güvenlik verdiğini belirtmiştir, çalışma sonucunda eş desteği oranı çok yüksek olduğu bulunmuştur (155). Literatüre baktığımızda çalışmamızın sonuçlarını destekler nitelikte, gebelerde eş desteği ve aile desteği algısının yüksek bulunduğu çalışmalar görülmüştür.

Tanı testi önerilen grupta tanı testleri hakkında bilgi alan gebelerin distres ölçeği olumsuz duygulanım ve eş katılımı puanları yüksek bulunmuştur. Tanı testleri hakkında bilgi alan olumsuz duygulanım ve eş katılım alt boyut puanlarının yüksek çıkmasının nedeni; bu testler hakkında bilgisi olan gebelerin anksiyete, depresyon, kaygı ve stres yaşama durumlarının düşük olduğu ve buna bağlı olarak eşler arasındaki iletişimin olumlu ilerlemesine katkı sağladığını söyleyebiliriz. Arisukwu ve ark.'nın anket üzerinden yapmış oldukları bir çalışmada gebelerin %75'inden fazlası eşlerinden destek almanın gebelik sürecini, doğumu ve doğum sonrası dönemi kolaylaştırdığını belirtmiştir. Çalışma sonucunda gebelik döneminde algılanan eş desteğinin yüksek olduğu ve bu desteğin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerini olumlu yönde etkilediği sonucuna varmıştır (156). Yılmaz ve Pasinlioğlu'nun yaptığı çalışmaya baktığımızda gebelerde algılanan desteğin oranı ile, gebeliğe ve anneliğe uyumun doğru orantılı olduğu tespit edilmiştir (158). Şimşek'in yapmış olduğu çalışmada gebenin eşi ve ailesinden algıladığı sosyal desteği azaldıkça stres ve depresyon riskinin arttığı bulunmuş (159). Bu sonuçlara göre tanı testi önerilen gebelerin algıladıkları eş desteğinin yüksek olması, testler hakkında bilgi sahibi olması depresyon, anksiyete, kaygı ve stresi azalttığını söyleyebiliriz.

Tanı testi yaptıran gebelerin test öncesi PBE puan ortalaması $60,80 \pm 11,47$ test sonrası puan ort ise $67,01 \pm 5,68$. Gebelerin test öncesi ve sonrası PBE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($t = -5.165$, $p < 0.001$). Buna göre

gebelerin test sonrası PBE puanlarının yüksek olmasının nedeninin gebelik haftalarının ilerlemesinden kaynaklandığı söyleyebiliriz.

Gebelerin tanı testi öncesi TGDÖ puan ortalamaları $39,12 \pm 19,94$, tanı testi sonrası TGDÖ puan ortalamaları $31,25 \pm 5,57$ 'tir. Gebelerin test öncesi ve sonrası TGDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($t = -3.529$, $p = 0.001$). Buna göre gebelerin test sonrası distres düzeyleri azalmıştır. Test sonucunun olumlu çıkmasının distres düzeylerinde azalmaya neden olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu bölümde prenatal tanı testi yaptırması önerilen ve önerilmeyen gebelerin yaşadıkları karar çatışması ve distresin prenatal bağlanma üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla 118 gebe ile yapılan çalışmada elde edilen sonuçlara bu bölümde yer verilmiştir.

1. Çalışmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde 88'inin (%74.6) 19-34 yaş aralığında, 41'inin (%34,7) üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahiptir. Gebelerin 71'i (%60.2) herhangi bir işte çalışmakta olup, 56'sının (%47.5) gelir durumunun iyi düzeydedir (Tablo 4.1).
2. Gebelerin 70'inin (%59.3) planlı bir gebelik yaşadığı, 73'ünün (%61.9) küretaj yaptığı, 94'ünün (%79.7) ölü doğum yapmıştır. Çalışmaya katılan gebelerin 94'ünün (%79.7) gebelik öncesi kronik hastalığı vardır.
3. Gebelerin sosyo-demografik özellikleri tanı testi önerilme durumlarına göre karşılaştırıldığında; tanı testi önerilen ve önerilmeyen kadınların küretaj ($X^2=6.799$, $P=0.009$) ve ölü doğum yaşama durumları ($X^2=6.242$, $P=0.012$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.
4. Çalışmamızda tanı testi önerilen gebelerin %93.2'sinin prenatal tanı testleri hakkında bilgisi olduğu, %65.4'ünün önceki gebeliklerinde tarama testi yaptırmış olduğu, %59,3'ünün şimdiki gebeliklerinde tarama testi yaptırmış olduğu, %65,4'ünün amniyosentez yaptırmış olup, %34,6'sının koryonikvillus örnekleme yaptırmıştır. Tanı testi önerilen gebelerin %91,5'i prenatal tanı testleri hakkındaki bilgiyi doktordan, %59,3'ü internetten, %52,5'i ise bilgiyi hemşireden almıştır.
5. Tanı testi önerilmeyen gebelerin %72,9'unun prenatal tanı testleri hakkında bilgisi olduğu, %86,4'ünün önceki gebeliklerinde tarama testi yaptırmamış olduğu, %66,4'ünün şimdiki gebeliklerinde tarama testi

yaptırmamıştır. Tanı testi önerilmeyen gebelerin %66,1'inin prenatal tanı testleri hakkındaki bilgiyi doktordan, %37,3'ü internetten, %35,6'sı bilgiyi arkadaş / akrabadan almıştır (Tablo 4.2).

6. Çalışmamızda tanı testi önerilen ve önerilmeyen gebelerin PBE, KVÇÖ, TGDÖ ve TGDÖ olumsuz duygulanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.3).
7. Tanı testi önerilen gebelerin PBE puanları tanı testi önerilmeyenlere göre daha yüksektir. Tanı testi önerilen gebelerin KVÇÖ, TGDÖ ve TGDÖ olumsuz duygulanım puanları ise tanı testi önerilmeyenlere göre daha düşüktür.
8. Çalışmamızda tanı testi önerilen gebelerin PBE puanları ile TGDÖ olumsuz duygulanım toplam puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,312$, $p=0,041$). Tanı testi önerilen gebelerin PBE puanları ile TGDÖ eş katılımı toplam puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,555$, $p<0.001$).
9. Tanı testi önerilen gebelerin TGDÖ puanları ile TGDÖ olumsuz duygulanım toplam puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=0,763$, $p<0.001$), TGDÖ puanları ile TGDÖ eş katılımı toplam puanları arasında ise pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,486$, $p=0,001$) (Tablo 4.4).
10. Tanı testi önerilmeyen gebelerin KVÇÖ puanları ile TGDÖ toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0,277$, $p=0,017$), TGDÖ eş katılımı toplam puanları arasında ise pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,503$, $p<0.001$)(Tablo 4.4).
11. Tanı testi önerilmeyen gebelerin PBE puanları ile TGDÖ eş katılımı toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,348$, $p=0.002$). Tanı testi önerilmeyen gebelerin TGDÖ puanları ile TGDÖ olumsuz duygulanım toplam puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=0,884$, $p<0.001$), TGDÖ puanları ile TGDÖ eş katılımı toplam puanları arasında ise

pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,485$, $p<0,001$).

12. Tanı testi önerilen grupta iki ve üzeri gebeliği olan kadınların KVÇÖ toplam puanının diğer gruptan daha düşük olduğu bulunmuştur. Gebeliğin planlı olma durumuna bakıldığı zaman tanı testi önerilen gebelerin PBE toplam puanının tanı testi önerilmeyen gebeler grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Plansız gebelik durumunun ise tanı testi önerilmeyen gebelerde KVÇÖ toplam puanının diğer gruptan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5).
13. Tanı testi önerilen gebelerin gebelik öncesi kronik hastalık bulunma durumları ile TGDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,189$, $p=0.033$). Kronik hastalığı olan gebelerin TGDÖ puanları daha yüksektir.
14. Tanı testi önerilen gebelerin tanı testleri hakkında bilgi alma durumları ile KVÇÖ puanları ($t=-5,121$, $p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tanı testleri hakkında bilgi alan gebelerin KVÇÖ puanları bilgi almayanlara göre daha düşüktür.
15. Tanı testi önerilmeyen gebelerin eğitim durumları ile KVÇÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=3,324$, $p=0.016$). Tanı testi önerilmeyen gebelerin tanı testleri hakkında bilgi alma durumları ile KVÇÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-4,305$, $p<0,001$). Tanı testleri hakkında bilgi alan gebelerin KVÇÖ puanları bilgi almayanlara göre daha düşüktür.
16. Daha önce küretaj yaşayan gruplar kıyaslandığında tanı testi önerilmeyen gebelerin diğer gruba göre KVÇÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Daha önce küretaj yaşamamış olma durumuna bakıldığında ise tanı testi önerilen gebelerin diğer gruba göre PBE puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur.
17. Gebelerin ölü doğum yaşamış olma durumuna bakıldığında tanı testi önerilen gebelerin KVÇÖ puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,01$; $t=-2,52$). Ölü doğum yaşamış olan tanı testi

önerilmeyen gebelerin KVÇÖ puan ortalaması diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

18. Tanı testi önerilmeyen gebeler grubunda 34 yaş altı ve üstü gebelerde TGDÖ eş katılımı alt boyutunda anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,02$ / $t=-2,40$). Tanı testi önerilen gebeler grubunda gebelik öncesi kronik hastalık durumu TGDÖ eş katılımı alt boyutunda anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,04$ / $t=2,06$).
19. Tanı testi önerilen gebelerin tanı testleri hakkında bilgi alma durumları ile TGDÖ olumsuz duygulanım ($t=-2,628$, $p=0,011$) ve eş katılımı puanları ($t=-2,093$, $p=0,041$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.
20. Tanı testi önerilmeyen gebelerin yaş grupları ile TGDÖ eş katılımı puanları ($t=-2,093$, $p=0,041$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Otuz beş yaş üstü grupta olan gebelerin eş katılımı puanları 35 yaş altı kadınlara göre daha düşüktür.
21. Tanı testi önerilmeyen gebelerin tanı testleri hakkında bilgi alma durumları ile TGDÖ olumsuz duygulanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,552$, $p=0,013$). Tanı testleri hakkında bilgi alan gebelerin olumsuz duygulanım puanları bilgi almayanlara göre daha düşüktür (Tablo 4.6).

6.2. Öneriler

Bu bölümde prenatal tanı testi yaptırması önerilen ve önerilmeyen gebelerin yaşadıkları karar çatışması ve distresin prenatal bağlanma üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla 118 gebe ile yapılan yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Prenatal dönemde tarama ve tanı testlerine yönelik bilgilendirmenin olabildiğince gebeliğin ilk haftalarında yapılması,
2. Gebe ve eşine bütünsel yaklaşımla eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi ve bu süreçte eşin aktif rol almasının sağlanması,

3. Gebelerde distres oluşturan risk faktörlerinin, anksiyete, karar çatışması ve bilgi düzeylerinin sağlık personeli tarafından belirlenmesi için antenatal bakımda gebelerin değerlendirilmesi ve riskli grupta olduğu belirlenen gebelerin sağlık personeli tarafından uygun girişimlerle desteklenmesi,
4. Gebelerde prenatal bağlanmayı artıracak girişimlerin yapılmalı (gebe sınıflarına katılım sağlanması, bebeğin kalp atışlarının dinletilmesi, bebeği ile konuşması gibi), prenatal bağlanmayı olumlu ve olumsuz etkileyebilecek durumların neler olduğu bilgi verilmeli,
5. Gebelerde prenatal distres ile başa çıkma becerilerinin geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması,
6. Gebeler süreç hakkında daha donanımlı bilgiye sahip olması için günümüzde yaygınlaşmakta olan antenatal gebe eğitim sınıflarına yönlendirilmeli,
7. Tanı testi önerilen gebelerin eş desteğinin artırılması önerilmeli,
8. Tanı ve tarama testleri hakkında bilgisi olan tanı testi önerilen gebelerin streslerinin arttığı bilinmekte ve bu stresle baş edebilmeleri için uygun girişimler planlanmalı,
9. Prenatal tanı testi önerilmeyen gebelerin karar vermede çatışma yaşama durumlarını en aza indirmek için eş desteği arttırılmalı,
10. Gebelerin tanı ve tarama testleri hakkında yeterli ve etkili seçimi yapabilmeleri için eş katılımı desteklenmeli,

Sonuç olarak; prenatal tarama ve tanı testlerinin bilinirliği arttırılmalıdır. Bu da ancak tam ve etkili danışmanlık hizmetlerinin verilmesi ile gerçekleştirilebilir. Bu hizmetlerin etkili bir şekilde verilmesi ile konjenital anomali riski tanısı ve sonrasında ailelerin bilgilendirilmesi ile kendi kararlarını vermelerinde etkin rol oynamaları sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Vırit, O., Akbaş, E., Savaş, H., Serbaş G. ve Kandemir, H. (2008). Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45, 9- 14
2. Yılmaz, S. D., & Beji, N. K. (2010). Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20(3).
3. Lau, S.R., Beilby, J.M., Byrnes, M.L., Hennessey, N.W.(2012). Parenting Styles And Attachment İn School-Aged Children Who Stutter. *J Commun Disord*. 42(2), 98-110.
4. Sabuncuoğlu O, Berkem M. (2006) Bağlanma Biçemi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye’Den Bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4): 252-258.
5. Armstrong, D. (2002). Emotional Distress And Prenatal Attachment İn Pregnancy After Perinatal Loss. *Journal Of Nursing Scholars-Hip*, 34(339-345).
6. Bowlby, J. Attachment And Loss (1982; 2.Basım B.). (T. V. Soylu, Çev.) İstanbul 2013: Pinhan Yayıncılık.
7. Duyan, V., Kapısız, S. G., & Yakut, H. İ. (2013). Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri’nin Bir Grup Gebe Üzerinde Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 10(39), 1609-1614.
8. Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., Canetti, L. (2002). Attachment Style And Family Functioning As Discriminating Factors İn Eating Disorders. *Contemp Famther*, 24(4), 581-599.
9. Yesilcinar, I., Yavan, T., Karasahin, K. E., & Yenen, M. C. (2017). The İdentification Of The Relationship Between The Perceived Social Support, Fatigue Levels And Maternal Attachment During The Postpartum Period. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(10), 1213-1220.
10. Yılmaz, S., & Beji, N. K. (2013). Prenatal Bağlanma Envanteri’nin Türkçe’ye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 103-109.
11. Aydemir, H., & Hazar, H. U. (2014). Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik ve Ebenin Rolü.
12. Çiçek N. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. (2004). 1. Basım. Ankara. Öncü Basımevi; 161-9.
13. Bakır N, Ölçer Z, Oskay Ü (2014). The Levels And Affecting Factors Of Prenatal Attachment İn High Risk Pregnant. *International Refereed Journal Of Gynaecology And Maternal Child Health* 1(1):26-37
14. Mete, S. (2013). Gebenin Sağlığının Değerlendirilmesi. İçinde. Ş, Ahsen. (Ed), Kadın Sağlığı. Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul. Ss.471-487
15. Şirin A, Kavlak O (2016). Kadın Sağlığı. Genişletilmiş 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. 26.
16. Taşpınar A (2016). Normal Gebelik. Kadın Sağlığı (Genişletilmiş 2. Baskı), Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, S: 284-294

17. Erdemoğlu Ç. (2016). Fetüsün Cinsiyetinin Prenatal Bağlanma ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyi İle İlişkinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya
18. Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 2016, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
19. Özorhan, E. Y. (2014). Gebelikte Ruh Sağlığı. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi, 2014; 33-42.
20. Koçak, D. Y., Beji, N. K., & Duman, N. B. (2015). Prenatal Tanı Yöntemlerinde Etik Yaklaşım. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 1(2), 86-90.
21. Yüreğir, Ö. Ö., Büyükkurt, S., Filiz, K. O. Ç., & Pazarbaşı, A. (2012). Prenatal (Doğum Öncesi) Tanı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1).
22. Yazarbaşı K, Ilgın-Ruh H. (2006). Prenatal Tanı. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 26(6): 666-74.
23. Coşkun A. (2012). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 110-29.
24. Kuşucu, A. Ç. (2010). Fetal Kromozom Anomalisi Tarama Testleri. *Jopp Derg*, 2(2).
25. Eswi, A., & Khalil, A. (2012). Prenatal Attachment And Fetal Health Locus Of Control Among Low Risk And High Risk Pregnant Women. *World Applied Sciences Journal*, 18(4), 462-471.
26. O'connor Am. (1993). Decisional Conflict Scale, Users Manual (Document On The Internet), Ottawa Research Institute. https://Decisionaid.Ohri.Ca/Docs/Develop/User_Manuals/Um_Decisional_Conflict.Pdf.
27. Özdemir O, Özdemir Gp, Kadak Tm, Nasıroğlu S. (2012). Kişilik Gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4),566-589.
28. Austin, M. P. (2004). Antenatal Screening And Early İntervention For “ Perinatal ” Distress, Depression And Anxiety: Where To From Here? *Archive Of Women ' S Mental Health*, 7: 1 – 6
29. Canlı A. (2020). Gebelerin Beden Benlik Algılarının Prenatal Bağlanma Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
30. Fonagy, P. (2001). Introduction To Attachment Theory. In *Attachment Theory And Psychoanalysis* (Pp. 5-18).
31. O'connor, A. M., Jacobsen, M. J., & Stacey, D. (2002). An Evidence-Based Approach To Managing Women's Decisional Conflict. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing : Jognn*, 31(5), 570–581. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00083.x>
32. Coşar Çetin, F., Demirci, N., Yeşilçiçek Çalık, K., 3, Çil Akıncı, A. (2017). Gebelitede Olağan Fiziksel Yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, Cilt: 48, Sayı:4k
33. Brizot M, Noble P. (2003). Nukal Transluzensi ve Anne Serum Biyokimyası. In: Ermis H, editor. 11-14 Gebelik Haftası Ultrasonu, Fetal Anomalilerin Tanısı, p. 1-67.
34. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı (2018), Anne Dostu Hastaneler Bilgi Notu, [Anne Dostu Hastane Programı \(Saglik.Gov.Tr\)](http://AnneDostuHastaneProgrami.Saglik.Gov.Tr)

35. Yıldırım N, Kaleli B. (2001). Prenatal Tanıda Biyokimyasal Yöntemler. In: Beksaç M, Demir N, Koç A, Yüksel A, editors. Maternal Fetal Tıp & Perinatoloji., p. 201-21.
36. Goecke, T.W., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M.W., Beetz, A. (2012). The Association Of Prenatal Attachment And Perinatal Factors With Pre- And Postpartum Depression İn First-Time Mothers. Arch Gynecol Obstet 286:309–316doi 10.1007/S00404-012-2286-6).
37. Höbek Akarsu, R., Oskay, Ü. (2017). Yüksek Riskli Gebelerin Tehlike Belirtileri Hakkında Bilgi ve Prenatal Bağlanma Düzeylerinin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 33(2):16-2
38. ACOG, Ob-Gyns Release Revised Recommendations on Screening and Testing for Genetic Disorders, 2016; <https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2016/Ob-Gyns-Release-Revised-Recommendations-on-Screening-and-Testing-for-Genetic-Disorders>.
39. Coşkun, Y., & Akkaş, G. (2009). Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkisi. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 10(1), 213- 227.
40. Pisoni C, Garofoli F, Tziall C, Orcesi S, Spinillo A, Politi Pve Stronati M. (2016). Complexity Of Parental Prenatal Attachment During Pregnancy At Risk For Preterm Delivery. Journal Of Maternal Fetal And Neonatal Medicine. 29(5),771-776.
41. Rubertsson, C., Pallant, J., Sydsjöc, G., Haines, H.M., Hildingssona, I., (2015). Maternal Depressive Symptoms Have A Negative İmpact On Prenatal Attachment – Findings From A Swedish Community Sample. Journal Of Reproductive And Infant Psychology, Vol. 33, No. 2, 153–164
42. Bloom, K. C. (1998). Perceived Relationship With The Father Of The Baby And Maternal Attachment İn Adolescents. Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 27(4), 420-430.
43. Davidson M., London M., Ladewig P., (2012). Old's Maternal-Newborn Nursing & Women's Health Across The Lifespan, Ninth Edition, 271-275.
44. Baltacı,N., Başer, M., (2018). Maternal-Fetal Attachment During Pregnancy And Nursing. Health Sciences Research İn The Globalizing World, 123-131
45. Sağlık Bakanlığı, (2018) Anne Dostu Hastane Kriterleri, <https://khgmsaglikhizmetleridb.Saglik.Gov.Tr/Tr,42834/Anne-Dostu-Hastane-Kriterleri.Html>, (Son Erişim Tarihi:16.06.2021)
46. Rubin, R. (1977). Binding-İn İn The Postpartum Period. Maternal Child Nursing Journal, 6, 67-72.
47. Coşkun, A. M., Okcu, G., Arslan, S. (2019). Gebelikte Distres Durumunun Prenatal Bağlanmaya Etkisi. Perinatoloji Dergisi, 27(2):49-55.
48. Cranley, M. S. (1981). Development Of A Tool For The Measurement Of Maternal Attachment During Pregnancy. *Nursing Research*.
49. Çalışır, H., Karaçam, Z., Akgül, F., & Kurnaz, D. (2009). Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerliliği ve Güvenirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 1-8.
50. Dereli Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N. (2010). Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler Genel Tıp Dergisi, 20(3)

51. Nakash-Eisikovits, O. R. A., Dutra, L., & Westen, D. (2002). Relationship Between Attachment Patterns And Personality Pathology In Adolescents. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1111-1123.
52. Dikmen, H. A., & Çankaya, S. (2018). Maternal Obezitenin Prenatal Bağlanma Üzerine Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 118-123.
53. Çankaya, S., Yılmaz, S. D., Ruveyde, C. A. N., & Kodaz, N. D. (2017). Postpartum Depresyonun Maternal Bağlanma Üzerine Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 232-240.
54. İşler A. (2007). Prematüre Bebeklerde Anne-Bebek İlişkisinin Başlatılmasında Yeni Doğan Hemşirelerinin Rolü. *Perinatoloji Dergisi*, 15(1), 1-6.
55. Taşkın L. (2011). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 10.Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2011.
56. Muller, M. E. (1994). A Questionnaire To Measure Mother-To-İnfant Attachment. *Journal Of Nursing Measurement*, 2(2), 129-141.
57. Kaplan Hı, Sadock Bj, Grebb Ja. Synopsis Of Psichiarty Baltimore Maryland 1994;161-165.
58. Taşkın L. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 7. Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık. Ankara. 2005; 451-460.
59. Kemp, V. H., & Page, C. K. (1987). The Psychosocial İmpact Of A High-Risk Pregnancy On The Family. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 16(1), 30-35.
60. Özmert, E.N. (2006). Erken Çocukluk Gelişiminin Desteklenmesi-Iıı: Aile, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 49: 256-273.
61. Erdoğan, A. (2004). Çocuğun Psikososyal Gelişiminde Babanın Rolü, Yeni Symposium, 42 (4): 147-153.
62. Kavlak, O., & Şirin, A. (2009). Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 188-202.
63. Yılmaz, S. D. (2013). Prenatal Maternal--Fetal Attachment/Prenatal Anne--Bebek Bağlanması. *Journal Of Education And Research İn Nursing*, 10(3), 28-34.
64. Muller, M. (1992). A Critical Review Of Prenatal Attahment Research. *Scholarly Inquiry For Nursing Practice: An International Journal*, 6(1), (S. 5-22).
65. Abasi, E., Tahmasebi, H., Zafari, M. ve Nasırı, T. G. (2012). Assessment On Effective Factors Of Maternal-Fetal Atteachment İn Pregnant Women. *Life Science Journal*, 9, 68-75.
66. Lang C. (2009). Bağlanma-Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemde Bağlanmanın Güçlendirilmesi, Çeviri Edit: Uzel N, Özbalcı S. 2009; Modern Tıp Kitabevi, 1. Basım,1-13
67. Pellerone, M., Micciché, S. (2014). Prenatal Attachment And Anxiety: Women Who Decide To Try İn Vitro Fertilization And Women Who Procreate Naturally. David Publishing, Vol. 4, No. 6, 419-427
68. Aksoy, Y. E., Yılmaz, S. D., & Aslantekin, F. (2016). Riskli Gebeliklerde Prenatal Bağlanma ve Sosyal Destek. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 1(3), 163-169.
69. Çoban, A., & Saruhan, A. (2005). Anne-Bebek Etkileşiminde Hemşirenin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(2), 89-96.
70. Lucas, A. (2013). Promoting Maternal-Fetal Attachment With Women Affected By Hıv And/Or Substance Use. *National Abandoned Infants Assistance Resource Center*, 3, 1-12.

71. Buko, G., & Özkan, H. (2016). Gebelerin Duygusal Zekâları İle Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4), 217-224.
72. Güleşen, A., & Yıldız, D. (2013). Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar İle İncelenmesi. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 12(2).
73. Ryan, K. (2010). Attachment Relationships: Nurturing Healthy Bonds. *Learning Seed*. 2010; 4-10.
74. Taşkın L. (2014). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. İçinde: Daş Z. Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutu. Genişletilmiş 12. Baskı, Özyurt Matbaacılık, Ankara; 2014, S: 211-220.
75. Arabacıoğlu, C. (2012). Gebelerde Yaşam Kalitesi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi (Master's Thesis, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.).
76. Birol L. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
77. Brandon, A. R., Pitts, S., Denton, W. H., Stringer, C. A., & Evans, H. M. (2009). A History Of The Theory Of Prenatal Attachment. *Journal Of Prenatal & Perinatal Psychology & Health: Appah*, 23(4), 201.
78. Lerum, C. W., & Lobiondo-Wood, G. (1989). The Relationship Of Maternal Age, Quickening, And Physical Symptoms Of Pregnancy To The Development Of Maternal-Fetal Attachment. *Birth*, 16(1), 13-17.
79. Çınar N, Caka Sy, Topal S, Yuvacı Hu, Erkorkmaz U. (2017). The Relation Of Health Related Practices Of Pregnant Women, Fatigue And Prenatal Attachment. *Journal Of The College Of Physicians And Surgeons-Pakistan*, 27(11),693-698.
80. Heidrich, S. M., & Cranley, M. S. (1989). Effect Of Fetal Movement, Ultrasound Scans, And Amniocentesis On Maternal-Fetal Attachment. *Nursing Research*.
81. Yalçın J. (2010). Anne Bebek Arasındaki Bağlanma Olgusunun İnfantil Kolik İle İlişkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Figen Işık Esenay).
82. Şolt Kırca, A., Savaşer, S. (2017). Doğum Sayısının Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi. *Hsp*, 4(3):236-243
83. Evcen Janbakhışov, C. (2013). Gebelerde Anksiyete, Depresyon, Yetişkin Bağlanma Özellikleri, Prenatal Bağlanma Düzeyleri Ve Fetusun İntrauterin İyilik Hali İlişkisinin Değerlendirilmesi: Prospektif Bir Çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. İzmir
84. Kumcağız, H. (2012). Gebe Kadınlarda Beden Algısı ve Benlik Saygısının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *International Journal Of Human Sciences*, 9(2), 691-703.
85. Shah, M. K., Gee, R. E., & Theall, K. P. (2014). Partner Support And İmpact On Birth Outcomes Among Teen Pregnancies İn The United States. *Journal Of Pediatric And Adolescent Gynecology*, 27(1), 14-19.
86. Dereli Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N. (2013). Prenatal Bağlanma Envanterinin Türkçe'ye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16: 2

87. Potur, D. İ. L. E. K., Doğan Merih, Y., & Demirci, N. U. R. D. A. N. (2020). Primipar ve Multipar Gebelerin Prenatal Bağlanmalarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi.
88. Bekmezci H (2015). Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Prenatal Bağlanma İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Erzurum.
89. Chen, C.J., Chen, Y.C. (2011). Perinatal Attachment İn Naturally Pregnant And Infertilitytreated Pregnant Women İn Taiwan. *Journal Of Advanced Nursing*. 67 (10), 2200- 2208
90. Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T., Hanks, M. M., & Yılmaz, S. (2013). Prenatal Anne Bebek Bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim Ee Araştırma Dergisi*, 10(28-33).
91. Metin, A., Pasinlioğlu, T. (2016). Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*. 49-66
92. Topaç Tunçel, N., Kahyaoğlu Süt, H. (2019). Gebelikte Yaşanan Anksiyete, Depresyon ve Prenatal Distres Düzeyinin Doğum Öncesi Bebeğe Bağlanmaya Etkisi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, Volume: 16, Sayı: 1, Sayfa: 9-17
93. Dereli Yılmaz, S. (2013). Prenatal Anne - Bebek Bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10 (3): 28-33
94. Alhusen, J.L., Gross, D., Hayat, M.J., Rose, L., Sharps, P.W. (2013). The Role Of Mental Health On Maternal-Fetal Attachment İn Low-Income Women *Journal Of Obstetric, Gynecologic And Neonatal Nursing*, 2012; 41: 71-81.
95. Busonera, A., Cataudella, S., Lampis, J., Tommasi, M., Zavattini, G.C. (2017). Prenatal Attachment Inventory: Expanding The Reliability And Validity Evidence Using A Sample Of Italian Women. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, Vol. 35, No. 5, 462– 479
96. Tani, F., Castagna, V., Ponti, L. (2017). Women Who Had Positive Relationships With Their Own Mothers Reported Good Attachments To Their First Child Before And After Birth. *Acta Pædiatrica*.
97. Siddiqui, A., Hägglöf, B., Eisemann, M. (2000). Own Memories Of Upbringing As A Determinant Of Prenatal Attachment İn Expectant Women. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 18: 67 – 74
98. Körükcü, Ö., Kukulü, K. (2010). Perinatal Kayıp ve Ebeveynlere Yansıması. *Dicle Tıp Dergisi*. Cilt : Vol 37, No 4, 429-433
99. Koopman, L., Wilson, T., Cacciatore, J., Flenandy, V. (2013). Support For Mothers, Fathers And Families After Perinatal Death. *Cochrane Database Of Systeematic Rewiews*, 6cd000452
100. Barone, L., Lionetti, F., & Dellagiulia, A. (2014). Maternal-Fetal Attachment And Its Correlates İn A Sample Of Italian Women: A Study Using The Prenatal Attachment Inventory . *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 32(3), 230-239.
101. Hart, R., McMahan, C. A . (2006). Mood State And Psychological Adjustment To Pregnancy. *Archives Of Women ' S Mental Health*, 9: 329 - 337.
102. Koptur, A., & Emül, T. G. (2017). Fetüs ve Yenidoğanda Bağlanmanın İki Yüzü: Maternal ve Paternal Bağlanma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 138-152.

103. Doyurgan Kt., (2009). Gebelik ve Gebelik Sonrası Dönemdeki Kadınların Uyum Düzeyleri. Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun.
104. Atadağ, Y., Aydın, A., Kaya, D., Öksüz, A., Köşker, H.D. (2017). Risk Assessments Of Pregnant Women Followed Up In Primary Care, Pregnancy And Birth Processes: Retrospective Study. *Journal Of Surgery Medicine*, 1(1) :5-8
105. Janbakhishov C. (2013). Prospektif Bir Çalışma: Gebelerde Anksiyete, Depresyon, Yetişkin Bağlanma Özellikleri, Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Fetusun İntrauterin İyilik Hali İlişkisinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
106. Bekmezci, H., Özkan. H. (2016) Gebelikte Psikososyal Sağlık Bakım, Prenatal Bağlanma ve Ebe-Hemşirenin Sorumlulukları. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 50-62
107. Duman, Z. & Akçakaya, E. (2020). Engelli Bebeği Olacağını Öğrenen Kadınların Gebeliğe İlişkin Karar Verme Süreçlerini Etkileyen Faktörler . *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* , 23 (2) , 104-132 . Doi: 10.18490/Sosars.818973
108. Nussbaum RL, Mcinnes Rr, Willard Hf., (2005).Thompson & Thompson Genetics İn Medicine. 6.Baskı. Güneş Kitapevi.
109. Ilgın-Ruhi H. (2004). Dogum Öncesi Tanıda İlk 580 Olguluk Deneyim. *Optimal Tıp Dergisi*; 17:35-40.
110. O'connor Am. (1993). Decisional Conflict Scale, Users Manual (Document On The Internet), Ottawa Research Institue. https://Decisionaid.Ohri.Ca/Docs/Develop/User_Manuals/Um_Decisional_Conflict.Pdf.
111. O'connor, A. M., Jacobsen, M. J., & Stacey, D. (2002). An Evidence-Based Approach To Managing Women's Decisional Conflict. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing : Jognn*, 31(5), 570–581. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00083.x>
112. Şahin, N. , Dinç, H. & Dişsiz, M. (2009). Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler . *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* , 40 (2) , 57-62 .
113. Çiçek, N., & Mungan, M. T. (2007). Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. Güneş Tıp Kitabevleri.
114. Camarneiro, A. P. F., & De Miranda Justo, J. M. R. (2017). Prenatal Attachment And Sociodemographic And Clinical Factors İn Portuguese Couples. *Journal Of Reproductive And İnfant Psychology*, 35(3), 212-222.
115. Çapık A. (2013). Tılbürg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
116. Bahadır Yılmaz, E., Şahin, E. (2019). Gebelerin Prenatal Sıkıntı Düzeyleri İle İlgili Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(3), 197-203.
117. Cuckle H, Arbuzova S., & Spencer K, (2003). Frequency And Clinical Consequences Of Extremely High Maternal Serum Papp-A Levels. *Prenat Diagn*, 23:385-8.
118. Semerci, A. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Gebe Kadınların Prenatal Depresyon Açısından Sorgulanması, Semptomlarının Şiddetinin Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, T.C Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. İstanbul

119. Lang, C. (2018). Bağlanma-Dogum Öncesi ve Sonrası Dönemde Bağlanmanın Güçlendirilmesi (1. Baskı), N Üzel, S Özbalcı (Çeviri Editörleri) (N. Üzel, & S. Özbalcı, Çev.) 2018, Ankara: Modern Tıp Kitabevi.
120. Günalp, G. Serdar, and Z. Selçuk Tuncer. (2004). Kadın hastalıkları ve doğum: tanı ve tedavi. Pelikan Yayıncılık.
121. Kane SP. Sample Size Calculator. ClinCalc: <https://clincalc.com/stats/samplesize.aspx>. Updated July 24, 2019. Accessed December 15, 2021.
122. O'connor Am. (1995). Validation Of A Decisional Conflict Scale.;Med Decis Making. Jan-Mar;15(1):25-30.
123. Yeşilçınar İ, Güvenç G. (2019). Karar Vermede Çatışma ve Karardan Emin Olma Ölçeklerinin Türk Toplumuna Uyarlanması, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 16(2), 87-95. Doi: 10.5222/Head.2019.087
124. Metin A. (2014). Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2014, 57.
125. Yılar Erkek, Z. & Koçoğlu, F. M. (2016). Tokat İl Merkezinde Çalışan Ebelerin Üçlü Tarama Testine İlişkin Bilgi ve Uygulama Düzeylerinin Saptanması . Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 5 (3) , 16-22 .
126. Yağmur H., Yüksel A., (2008). Kordosentez. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics;1(1):82-7.
127. Zimerman, A. (2003). Conceptualizing Prenatal Attachment: Toward A Multidimensional View. *Journal Of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 18(2), 109.
128. Üzel, N, Özbalcı, S. ve Beyazova, U. (Ed.) (2018). Bağlanma. Ankara: Modern Tıp Kitabevi.
129. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT (2011). Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 21: 79-84
130. RYAN O (2010). Attachment relationships: nurturing healthy bonds. Chicago IL: Learning Seed,4-10
131. Buko G (2016). Gebelerin Duygusal Zekâları ile Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
132. TÜİK (2022). Haber Bülteni Doğum İstatistikleri-2022. Erişim adresi: [http://www.tuik.gov.tr/]. Erişim Tarihi: [12.06.2023]
133. Çağlayan N (2019). Gebelikte Prenatal Bağlanma Davranışları ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
134. http://www.sck.gov.tr/wp/content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Erişim Tarihi: [12.06.2023].
135. Yücel P., Çayır Y. ve Yücel M. (2013). Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. Klinik Psikiyatri, 16, 83-87.
136. Yalçın Gözüyeşil E., Şirin A. ve Çetinkaya Ş. (Nisan 2003). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi [Poster]. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara.
137. Çiltaş, N.Y., & Tuncer, S.K. (2019).Gebelikte Distresin Tanımlanması: Erzincan Örneği.

138. Leigh B., Milgrom J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8(24), 24-34.
139. Demiryay A. (2006). Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. Yüksek lisans tezi, Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
140. Seven M., Eroglu K., Akyüz A., Ingvaldstad C. Educational Needs of Nurses to Provide Genetic Services in Prenatal Care: A Cross-Sectional Study from Turkey. *Nurs Health Sci.* 2017 Sep;19(3):294-300. doi: 10.1111/nhs.12344. Epub 2017 Jun 7.
141. Wätterbjörk I., Blomberg K., Nilsson K., Sahlberg-Blom E. Decision-Making Process of Prenatal Screening Described by Pregnant Women and Their Partners. *Health Expectations.* 2013; 18, pp.1582–1592.
142. Martin L., Gitsels-van der Wal J. T., Pereboom M.T.R., Spelten E. R., Hutton E.K., van Dulmen S. Clients' Psychosocial Communication and Midwives' Verbal and Nonverbal Communication During Prenatal Counseling for Anomaly Screening. *Patient Education and Counseling.* 2016;99(1) 85–91.
143. Thompson, S., Noblin, S.J., Lemons, J., Peterson, S.K., Carreno, C., & Harbison, A. Perceptions of Latinas on the Traditional Prenatal Genetic Counseling Model. *Genet Counsel.* 2015; 24:675–682.
144. Yılmaz S (2012). Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebelik Üzerine Etkileri. Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul.
145. Armstrong K, Edwards H (2003). The effects of exercise and social support on mothers reporting depressive symptoms: a pilot randomized controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing* 12:130-138
146. Odabaşı E (2018). Gebelerin Prenatal Bağlanma İle Emzirme Öz-Yeterlilik Algılarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
147. Pottinger AM., Trotman-Edwards H. ve Younger N. (2009). Detecting depression during pregnancy and associated lifestyle practices and concerns among women in a hospital-based obstetric clinic in Jamaica. *General Hospital Psychiatry.* 31, 254-261.
148. Çakır L., Can H. (t.y.). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi. *Turkish Family Physician*, 3(2), 35-42. Erişim: 29 Eylül 2014,
149. Dağlar G., Nur N. (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36, 429-441.
150. Yarcheski, A. ve ark. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 708-715.
151. Ossa, X., Bustos, L. ve Fernandez, L. (2012). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery*, 28, 689- 696.
152. Elkin, N. (2015). Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *STED Dergisi.* 24(6), 230-236
153. Yüksekal Z, Yurdakul M. Gebelerin eş desteği algıları ve ilişkili faktörler *TJFMPC.* 2021;15(4): 800-808. OI: 10.21763/tjfmpe.971774.
154. Radoš S.N., Košec V., Gall V. The Psychological Effects Of Prenatal Diagnostic Procedures: Maternal Anxiety Before and After Invasive And Noninvasive Procedures. *Prenatal Diagnosis*, 2013; 33, 1194–1200.

155. Sokoya, M. Farotimi, A. ve Ojewole, F. (2014). Women's perception of husbands' support during pregnancy, labour and delivery, IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS), 3(3): 45-50.
156. Arisukwu, O., Igbolekwu, C. O., Oyekola, I. A., Oyeyipo, E. J., Asamu F. F. ve Osueke O. N. (2021). Spousal support during pregnancy in the Nigerian rural context: a mixed methods study, BMC Pregnancy and Childbirth, 21: 772- 812.
157. Bernard, O., Gibso, R.C., McCaw-Binns, A., Reece, J., Coore-Desai, C. ve Pellington S. (2018). Antenatal depressive symptoms in Jamaica associated with limited perceived partner and other social support: A Cross-Sectional study, Plos One, March 19: 1-19
158. Yılmaz, F. ve Pasinlioğlu, T. (2014). Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 1(1): 14-24.
159. Şimşek, S. (2021). Birinci Basamakta Takip Edilen Gebelerde Sosyal Destek Durumu ve Ruhsal Hastalık Riskini Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Yüksek Öğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi Tez No: 703469, Web Linki: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=RjZwH00oMG4iNa5SgvlggxLt0tRs19PDRuelStEjTcGbuFOMrv8Br-gGMtqLuWRC> (Erişim Tarihi: 15.04.2022).
160. Schoonen M., Wildschut H., Essink-Bot M.-L., Peters I., Steegers E., de Koning H. The Provision of Information and Informed Decision-Making on Prenatal Screening for Down Syndrome: A Questionnaire- and Register-Based Survey in a Non-Selected Population. Patient Education and Counseling 87. 2012; 351–359.
161. Cuturilo G., Vucinic O.K., Novakovic I. Ignjatovic S., Mijovic M., Sulovic N., Vukolic D., Komnenic M., Tadic J., Cetkovic A., Belic A., Ljubic A. Clients' Perception of Outcome of Team-Based Prenatal and Reproductive Genetic Counseling in Serbian Service Using the Perceived Personal Control (PPC) Questionnaire. J Genet Counsel. 2016; 25:189–197 DOI 10.1007/s10897-015-9857-1.
162. Öztürk, B. (2021). Gebelerde prenatal bağlanma ve durumluk anksiyete düzeyinin belirlenmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(3), 873-882.
163. Hart, R., McMahan, C. A . (2006). Mood State And Psychological Adjustment To Pregnancy. Archives Of Women ' S Mental Health, 9: 329 - 337.
164. Mirabzadeh, A., Dolatian, M., Forouzan, A. S., Sajjadi, H., Majd, H. A. ve Mahmoodi, Z. (2013). Path analysis associations between perceived social support, stressful lifeevents and other psychosocial risk factors during pregnancy and pretermdelivery, Iranian Red Crescent Medical Journal, 15(6): 507-14.
165. Doğrul, E. (2020). Gebelerde Eş Desteğinin Annelik Rolü, Beden Algısı ve Distres Düzeyi ile İlişkisi (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Öğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi Tez No: 648726. Web Linki: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=f10Kw4p1rmMDotyKRdYv1As6Mfnw1O7LPDk8ohafa4C62JODGv_-kYDxMrwoIgep (Erişim Tarihi: 13.10.2021).
166. Yurdakul M, Beşen MA, Alıcı D. Gebelikte eş desteği algısı ölçeği'nin (GEDAÖ) geliştirilmesi: güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2020, 17: 258-266.

167. Luecken LJ, Lin B, Coburn SS, MacKinnon DP, Gonzales NA, Crnic KA. Prenatal stress, partner support, and infant cortisol reactivity in low-income Mexican American families. *Psychoneuroendocrinology*, 2013, 38: 3092-3101.

EKLER

EK 1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın Katılımcı; bu çalışma, prenatal tarama ve tanı testlerine yönelik karar çatışmasının ve distresin prenatal bağlanma üzerindeki etkisini araştırmak üzere yapılmaktadır. Verdiğiniz bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak ve başka kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında kendi isteğinizle ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Kişisel bilgi formunda yer alan her soruyu cevaplamanız çalışmaya önemli katkı sağlayacaktır. Araştırmaya sağladığınız katkıdan dolayı teşekkür ederim.

- | | |
|---|--|
| 1) Doğum tarihiniz: | Varsa sayısı: |
| 2) Boyunuz: | 10) Ölü doğum var mı? : |
| 3) Kilonuz: | a) Evet b) Hayır |
| 4) En uzun yaşadığınız yer: | 12) Gebelik haftası: |
| a) Köy b) İlçe c) İl | 13) Kronik hastalığınız var mı? : |
| 5) Eğitim durumunuz: | a) Evet b) Hayır |
| a) Okur-yazar değil | Varsa nedir? : |
| b) Okur-yazar (Seviyeniz: | 14) Bu gebelikte sağlık sorunu yaşadınız mı? |
| 6) Çalışma durumunuz: | a) Evet b) Hayır |
| a) Çalışıyor b) Çalışmıyor | Yaşadıysanız nedir? : |
| 7) Gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz? | |
| a) Düşük b) Orta | 15) Sigara kullanıyor musunuz? |
| c) İyi d) Çok iyi | a) Evet b) Hayır |
| 8) Bu gebeliğiniz planlı mıydı? | 16) Sigara kullanma sıklığınız nedir? |
| a) Planlı b) Plansız | a) Günde 1-2 adet b) Günde 3-4 adet |
| 9) Küretaj var mı? : | c) Günde 5-10 adet d) Günde 10 ve üzeri adet |
| a) Evet b) Hayır | |

17) Doğum öncesi tanı testleri hakkında bilginiz var mı?

a) Evet b) Hayır (19. Soruya geçiniz.)

18) Doğum öncesi tanı testleri ile ilgili bilginiz varsa bu bilgiyi kimden/kimlerden aldınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Doktorumdan b) Hemşireden
c) Diğer sağlık personelinden
d) Medyadan e) İnternette
f) Arkadaşlarımdan/Akrabalarımdan

19) Doğum öncesi tarama testi yaptırdınız mı (ikili test, üçlü test, anne kanında bebeğe ait hücrelerin incelenmesi)?

a) Evet b) Hayır (22. Soruya geçiniz.)

20) Doğum öncesi tarama testi yaptırdıysanız sonucunuz nasıl çıktı?

- a) Riskim yüksek çıktı, tanı testi önerildi. (Sonucunuzu yazınız)
b) Riskim düşük çıktı, tanı testi yaptırmam önerilmedi.

21) Şimdiki gebeliğinizde doğum öncesi tanı testi yaptırmanız önerildi mi?

a) Evet b) Hayır

22) Şimdiki gebeliğinizde doğum öncesi tanı testi yaptırdınız mı?

a) Evet b) Hayır (25. Soruya geçiniz.)

23) Şimdiki gebeliğinizde doğum öncesi tanı testi yaptırdıysanız hangisini yaptırdınız?

- a) Amniyosentez
b) Koryonikvillus örneklemesi

24) Doğum öncesi tanı ya da tarama testi yaptırdıysanız yaptırmayı isteme nedeniniz nedir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Bebeğimin sağlık durumunu merak ettiğim için
b) Bebeğimin sağlıksız olduğu kesinleşirse gebeliğimi sonlandırmayı düşündüğüm için
c) Şu an gebeliğimi devam ettirme ya da sonlandırma konusunda kararsız olduğum için

25) Doğum öncesi tanı ya da tarama testi yaptırmadıysanız yaptırmayı istememe nedeniniz nedir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Bebeğimde hastalık olsa da olmasada doğurmayı düşündüğüm için
b) İncancım gereği
c) Gerek duymuyorum
d) Ne olduğunu bilmiyorum
e) Korkuyorum

EK 2. KARAR VERMEDE ÇATIŞMA ÖLÇEĞİ (KVÇÖ)

Bu anket karar verme sürecinizde yaşayabileceğiniz çatışmalara yöneliktir. Lütfen her bir soruya sizin için en iyi olanı çarpı işareti koyarak işaretleyiniz. Eğer emin değilseniz lütfen verebildiğiniz en iyi cevabı veriniz. Lütfen aşağıdaki soruları seçtiğiniz prenatal tarama yöntemi doğrultusunda cevaplandırınız.

1. Hangi (girişim/tarama) seçeneği tercih edersiniz? Lütfen bir tanesini işaretleyiniz?

- 2 li test
- 3 lü test
- NIPT
- Amniosentez
- Cvs
- Emin değilim

2. Sorulara lütfen tercih ettiğiniz seçeneği göz önünde bulundurarak cevap veriniz.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Benim için hangi seçeneklerin uygun olduğunu biliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Herbir seçeneğin yararlarını biliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Herbir seçeneğin risklerini ve yan etkilerini biliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hangi faydanın benim için önemli olduğu konusunda netim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Benim için en çok hangi risklerin ve yan etkilerin önemli olduğu konusunda netim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Benim için neyin daha önemli olduğu konusunda netim(yararları veya riskleri ve yan etkileri).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Seçim yapmak için yeterli destek aldım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Başkalarından baskı görmeden seçimimi yapıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bir seçim yapmak için yeterli tavsiye aldım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Benim için en iyi seçim konusunda netim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Neyi seçeceğim konusunda eminim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bu kararı almak benim için kolaydır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Konu hakkında bilgilendirilmiş bir şekilde seçim yaptığımı düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kararım benim için neyin önemli olduğunu gösteriyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kararıma sadık kalacağımı umuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Kararımdan memnunum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK 3. TILBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ (TGDÖ)

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

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

EK 4. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ (PBE)

Aşağıda belirtilen ifadeler kadınların hamilelikte yaşayabileceği düşünceleri, duyguları ve durumları tanımlamaktadır. **Son bir ayda** yaşadığınız deneyimle ilgileniyoruz. Lütfen size uygun kelimenin yanındaki harfi yuvarlak içine alınız.

	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1. Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.	a	b	c	d
2. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.	a	b	c	d
3. Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.	a	b	c	d
4. Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.	a	b	c	d
5. Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.	a	b	c	d
6. Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.	a	b	c	d
7. Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.	a	b	c	d
8. Bebeğimin içimde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşıyorum.	a	b	c	d
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	a	b	c	d
10. Bebeğimin ne zaman uyduğunu bilirim.	a	b	c	d
11. Bebeğimi hareket ettirebilirim.	a	b	c	d
12. Bebeğim için bir şeyler satın alırım ya da yaparım.	a	b	c	d
13. Bebeğimi sevdiğimi hissedirim.	a	b	c	d
14. Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım.	a	b	c	d
15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.	a	b	c	d
16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.	a	b	c	d
17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.	a	b	c	d
18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.	a	b	c	d
19. Bebeğimle sırlarımı paylaşıyorum.	a	b	c	d
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.	a	b	c	d
21. Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.	a	b	c	d

EK 5. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kullanma İzni

K 6. Prenatal Bağlanma Envanteri Kullanım İzni

EK 7: Etik Kurul Kararı

EK 7: Etik Kurul Kararı (Devamı)

EK 7: Etik Kurul Kararı (Devamı)

EK 7: Etik Kurul Kararı (Devamı)

EK 8. Kurum İzni

ÖZGEÇMİŞ

