



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**PRENATAL TARAMA TEST SONUCUNA
GÖRE RİSKİ DÜŞÜK VE YÜKSEK DÜZEYDE
OLAN GEBELERİN PSİKOSOSYAL SAĞLIK
DURUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI**

Selma Nur ESKİHELLAÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Songül AKTAŞ

TRABZON 2022



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**PRENATAL TARAMA TEST SONUCUNA
GÖRE RİSKİ DÜŞÜK VE YÜKSEK DÜZEYDE
OLAN GEBELERİN PSİKOSOSYAL SAĞLIK
DURUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI**

Selma Nur ESKİHELLAÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Songül AKTAŞ

TRABZON 2022

ONAY

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Selma Nur ESKİHELLAÇ'ın hazırladığı “Prenatal Tarama Test Sonucuna Göre Riski Düşük ve Yüksek Düzeyde Olan Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumunun Karşılaştırılması” başlıklı çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17/02/2022

Y. Doç. Dr. Ersan KALAY
Enstitü Müdürü

Y. Doç. Dr. Ersan KALAY
Enstitü Müdürü

Y. Doç. Dr. Ersan KALAY
Enstitü Müdürü

Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne/...../20..... tarihinde teslim edilen bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../20..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

17/02/2022

Selma Nur ESKİHELLAÇ

İthaf

*Yüksek lisans tezimi, varlıklarından güç aldığım kızlarım Eslem Ece ve Ebrar 'a
ithaf ediyorum...*



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın tüm süreçlerinde bilgisini ve deneyimlerini benimle paylaşan, mesleki değerlere yaklaşımıyla bana öncülük eden, birlikte çalışmaktan onur ve gurur duyduğum, her daim kadına ve anneye verdiği değeri hissettiren ve verdiği destekle her zaman minnettar olduğum tez danışmanım KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Akademik Kurul Üyesi ve KTÜ SBF Ebelik Bölüm Başkanı sayın Doç. Dr. Songül AKTAŞ'a

Lisansüstü eğitimimde emeği geçen Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri Sayın Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Buğra YÜCESAN hocalarıma, tez savunma sınavımda tezime yapmış olduğu katkılarından dolayı Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Aslı Sis ÇELİK hocama ve KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Ruveyde AYDIN hocama,

Veri toplama sürecinde desteklerini esirgemeyen KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet Armağan OSMANAĞAOĞLU hocama ve bu birimde çalışan tüm öğretim elemanlarına, ebe ve hemşire meslektaşlarıma,

Her zaman yanımda olan başta servis sorumlu hemşirem Ayşe BAŞKAN ve çok değerli mesai arkadaşlarıma,

Araştırmayı kabul eden tüm gebelere,

Bu günlere gelmemi sağlayan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım aileme, destekleriyle her zaman yanımda olan sevgili eşimin ailesine,

Hayatımın her döneminde yanımda olan ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Mehmet ESKİHELLAÇ' a ve bana dünyanın en güzel duygusu olan anneliği tattıran canım kızlarım Eslem Ece ve Ebrar' a

Sabır, destek ve güvenleri için sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Selma Nur ESKİHELLAÇ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebelik	4
2.2. Düşük ve Yüksek Riskli Gebelik	5
2.2.1. Düşük Riskli Gebelik	5
2.2.2. Yüksek Riskli Gebelik	5
2.3. Prenatal Tarama Testleri Sonucuna Göre Gebelik Riskini Değerlendirme	6
2.3.1. Prenatal Tarama	6
2.4. Gebeliğin İlk Trimesterındaki Prenatal Tarama Testleri	7
2.4.1. İkili Tarama Testi	7
2.4.2. İlk Trimesterde Ultrasografik Tarama	7
2.4.2.1. Nukal Kalınlık (NT)	7
2.4.2.2. NazalKemik Ölçümü	8
2.4.3. Kombine Test	8
2.4.4. Maternal Kanda Serbest Fetal Dna(Cell Free Fetal DNA-NIPT)	8
2.5. Gebeliğin İkinci Trimesterındaki Tarama Testleri	9
2.5.1. Üçlü Tarama Testi	9
2.5.2. Dörtlü Tarama Testi	10
2.5.3. Gebeliğin İkinci Trimesterındaki Fetal Anomali Tarama İçin Ayrıntılı Ultrasonografisi	10
2.6. Sağlık Ve Psikososyal Sağlık	10

2.7. Gebelikte Psikososyal Sağlık	11
2.8. Gebelikte Psikososyal Değişiklikler ve Uyum	12
2.8.1. Gebeliğin Birinci Trimesterında Psikososyal Değişikler ve Uyum	12
2.8.2. Gebeliğin İkinci Trimesterında Psikososyal Değişikler ve Uyum	13
2.8.3. Gebeliğin Üçüncü Trimesterında Psikososyal Değişikler ve Uyum	14
2.8.4. Babanın Gebeliğe Psikososyal Tepkisi ve Uyum	15
2.9. Gebelikte Psikososyal Sağlığın Korunması ve Sürdürülmesinde Ebe ve Hemşirenin Rolü	16
3.GEREÇ ve YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Tipi	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri	18
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	18
3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	20
3.5. Verilerin Toplanması	20
3.5.1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)	20
3.5.2. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ)	21
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.7. Araştırmanın Etiği	22
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	49
7. KAYNAKLAR	53
EKLER	66
Ek 1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)	67
Ek 2. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ)	69
Ek 3. Kurum İzinleri	71
Ek 4. Etik Kurul Onayı	73
Ek 5. Ölçek İzini	76
Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu	77
ÖZGEÇMİŞ	78

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Prenatal tarama test sonucuna göre düşük ve yüksek risk grubunda olan gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması	23
Tablo 2. Prenatal tarama test sonucuna göre düşük ve yüksek risk grubundaki gebelerin tarama testlerine ilişkin bilgi ve bulgularının karşılaştırılması	27
Tablo 3. Prenatal tarama test sonucuna göre düşük ve yüksek risk grubunda olan gebelerin gebelikte psikososyal sağlık ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamasının karşılaştırılması	29
Tablo 4. Prenatal tarama test sonucuna göre düşük riskli gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	31
Tablo 5. Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	34
Tablo 6. Prenatal tarama test sonucuna göre düşük risk grubundaki gebelerin tarama testlerine ilişkin bilgi ve bulgularının gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği toplam puan ortalaması ile karşılaştırılması	35
Tablo 7. Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek risk grubundaki gebelerin tarama testlerine ilişkin bilgi ve bulgularının gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği toplam puan ortalaması ile karşılaştırılması	38
Tablo 8. Covid 19 pandemisinin prenatal tarama test sonucuna göre düşük riskli ve yüksek riskli gebelerin ruh sağlığını etkileme algısının karşılaştırılması	40

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa

Şekil 1. Gebelikte prenatal tarama test sonucuna göre risk düzeyleri

26



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

PAPP-A	Pregnancy Associated Plasma Protein-A
NT	Nukal Kalınlık
BHCG	Human Chrionic Gonadotropin
NIPT	Non Invaziv Prenatal Test
AFP	Alfa Feta Protein
UE3	Unkonjuge Estriadiol 3
MoM	Multiples of median
AIUM	Amerika Medikal USG Enstitüsü
ACR	Amerika Radyoloji Derneği
ACOG	Amerika Obstetri ve Jinekoloji Derneği
USG	Ultrasonografi
AUSG	Ayrıntılı Ultrasonografi
GPSDÖ	Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği
LSD	Least Significant Difference

Simgeler

T	Bağımsız Örneklem t Testi
χ^2	Ki Kare Testi
SS	Standart Sapma

ÖZET

Prenatal Tarama Test Sonucuna Göre Riski Düşük ve Yüksek Düzeyde Olan Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumunun Karşılaştırılması

Çalışma, prenatal tarama test sonucuna göre riski düşük ve yüksek olan gebelerin psikososyal sağlığını karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırma Ocak 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Obstetri Polikliniğine başvuran gebelik haftası 11-22 arası olan gebelerle yapılmıştır. Çalışmanın örneklem büyüklüğünü openepi programında ortalamalar arası farkın karşılaştırılmasına göre %90 güçte belirlenen gebeliği yüksek riskli 165, düşük riskli 165 olmak üzere toplam 330 gebe oluşturmaktadır. Prenatal tarama testlerinden (ikili, üçlü, dördü, nifty vb.) herhangi birinde risk saptanan (kesin veya şüpheli) gebeler “yüksek riskli”, risk saptanmayanlar “düşük riskli” olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın verileri; gebe tanıtıcı bilgi formu ve Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme ölçeği (GPSDÖ) formlarıyla yüz yüze toplanmıştır. Veriler SPSS programında Student t, Mann Whitney U, Varyans ve Kruskal Wallis analiziyle değerlendirilmiştir. Çalışmada gebelerin prenatal tarama testlerinin sonucu; yüksek riskli gebelerin %64.2’sinde “şüpheli risk”, %35.8’inde “yüksek risk”, düşük riskli gebelerin ise tamamında “düşük risk” şeklindedir. Yüksek riskli gebelerde GPSDÖ toplam puan ortalaması, düşük riskli gebelere göre “daha düşük” saptanmış ancak puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). GPSDÖ’nin üç alt boyutu olan “kaygı ve strese, gebelik ve eş ilişkisine ve psikososyal destek gereksinimine ait özellikler” puan ortalaması; yüksek riskli gebelerde, düşük riskli gebelere göre “daha düşük” bulunmuş, fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0.05$). Düşük ve yüksek riskli gebelerde GPSDÖ’nin “aile içi şiddet, ailesel özellikler, gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler” e ait özellikler alt boyutlarının puan ortalaması karşılaştırması, anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Sonuç olarak prenatal tarama testi sonucuna göre yüksek riskli gebelerin; “gebelik ve eş ilişkisine”, “kaygı ve strese” ve “psikososyal destek gereksinimine” ait özellikler açısından psikososyal sağlığının bozulma (negatif etkilenme) riski, düşük riskli gebelerden daha fazla saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Düşük risk, gebe, prenatal tarama testleri, psikososyal sağlık, yüksek risk

ABSTRACT

Comparison of Psychosocial Health Status of High and Low Risk Pregnant Women According to Conclusion of Prenatal Screening Test

This study was conducted in a descriptive type to compare the psychosocial health of women with low-risk pregnancies and high-risk pregnancies according to prenatal screening test results. The study was carried out with pregnant women with a gestational age of 11-22, who applied to the Karadeniz Technical University Farabi Hospital Obstetrics Clinic between January 2021 and February 2022. The sample size in the study comprised 330 pregnant women in total, 165 of whom had high-risk pregnancies, and 165 had low-risk pregnancies, determined at 90% probability according to the comparison of the difference between the averages in the Openepi program. Pregnant women with a risk (definite or suspicious) in any of the prenatal screening tests (double, triple, quadruple, nifty, etc.) were considered as "high risk", and those without risk were considered as "low risk". The data were collected face to face through "the pregnant descriptive information form", and "The Pregnancy Psychosocial Health Assessment Scale (PPHAS)". The data were evaluated by Student-t, Mann Whitney U, Variance, and Kruskal Wallis analysis in the SPSS program. In the study, the results of prenatal screening tests of pregnant women show "suspicious risk pregnancy" in 64.2% of women with a high-risk pregnancy, "high risk pregnancy" in 35.8%, and "low-risk pregnancy" in all women with low-risk. The mean PPHAS total score in women with high-risk pregnancies was found to be "lower" than in low-risk ones, but the difference in the mean score was not statistically significant ($p>0.05$). The mean score of "anxiety and stress, pregnancy and spousal relationship, and the need for psychosocial support", which are three sub-dimensions of PPHAS, was found to be "lower" in high-risk pregnancies than in low-risk pregnancies, and the difference was statistically significant ($p<0.05$). The comparison of the sub-dimensions, "domestic violence, familial characteristics, physical-psychosocial changes related to pregnancy", of PPHAS in low-risk and high-risk pregnancies was not found significant ($p>0.05$). As results, according to the results of prenatal screening test, the risk of deteriorating psychosocial health (negative impact) of women with high-risk pregnancies is higher than those with low-risk pregnancies in terms of the characteristics of "pregnancy and spousal relationship", "anxiety and stress" and "need for psychosocial support".

Keywords: Low risk, Pregnant, prenatal screening tests, psychosocial health, high risk

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelik kadın yaşamını önemli bir şekilde etkileyen, psikososyal ve fizyolojik değişimlere neden olan doğal bir süreçtir. Gebelik doğal bir süreç olmasının yanında gebe ve fetus sağlığını tehdit eden riskler bulunmaktadır (1). Bu risklerin (Down sendromu, konjenital anomali, nöral tüp defektleri vb.) gebeliğin erken döneminde tespit edilmesi anne, fetus-yenidoğan ve toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır (2). Gebelik öncesi ve gebelik döneminde gebenin sağlığı anemi, kan uyuşmazlığı, enfeksiyon, diyabet, talasemi, kalp hastalıkları gibi durumlar yönüyle değerlendirilirken, anne karnındaki fetusun sağlığı kromozal anomaliler, nöral tüp defektleri ve konjenital anomaliler vb. yönünden değerlendirilmektedir. Fetal sağlığı değerlendirmek amacıyla son yıllarda ikili, üçlü, dördü, kombine gibi tarama testleri ve doppler ultrasonografi, amniyosentez, koryonik villus örneklemesi ve fetoskopi gibi tanı yöntemleri geliştirilmiştir. Bu tanı ve test yöntemleri, gelişen tıbbi ve teknolojik değişimlerle sağlık alanında etkin bir biçimde kullanılması beklenmektedir (1, 2).

Prenatal tarama testlerinin amacı; fetüste oluşabilecek herhangi bir sağlık problemini belirleyerek riskli gebelikleri prenatal tanı yöntemlerine sevk etmektir. Tanı testlerinden farklı olarak hastalık taşıyan kişileri belirlemek için kullanılır (3). Toplumda tanı testi yapılması gereken, genetik hastalık için yüksek risk taşıyan bireyleri ortaya çıkarmaktadır (2, 3). Özellikle gebeliğin birinci ve ikinci trimesterında yapılan biyokimyasal testler son zamanlarda sıkça kullanılmaktadır. Biyokimyasal testler içerisinde ikili, üçlü ve dördü tarama testleri mevcuttur. İkili tarama testi gebeliğin 11-14. haftalar arasında yapılır. Üçlü tarama testi, gebeliğin 15 ile 22. haftaları arasında yapılır. Dördü tarama testi için ideal zaman aralığı ise 16-18. haftalar arasındır. Fetal anomali ultrasonografisi ise (ayrıntılı ultrason) 18-22. gebelik haftaları arasında yapılması önerilmektedir (4, 5) .

Literatürde prenatal tarama testlerinin gebelerde ve ailelerinde kaygıyı ve korkuyu arttırdığı, gebenin psikososyal sağlığını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (6). Psikososyal sağlık kavramının çeşitli tanımları bulunmaktadır (7-10). Bu tanımlardan biri; kişinin sosyal çevresine ayak uydurması ve bu sosyal çevrede herhangi olumsuz bir durumun olmaması ve yaşanmaması şeklindedir (7, 8). Bir başka tanım ise psikososyal sağlığı, kişinin ruhsal problemlere sahip olmaması ve bu sorunlarla başa çıkabilecek tam bir sosyal desteğe sahip olması şeklindedir (9, 10). Gebelikteki psikososyal sağlığın bozulması; stres,

kaygı, depresyon gibi ruh sağığı ve anksiyete bozukluklarına neden olmaktadır (11, 12). Oluşan bu durum gebelikte fetüs ve annenin iyilik halinin azalmasına ve gebenin doğum sonrası da postpartum depresyona zemin hazırlamaktadır (12, 13). Ayrıca gebelikte bozulmuş bir psikososyal sağığın postpartum dönemde de devam ederse anne bebek bağlanmasında yetersizlik, duygusal ve davranış problemlerinde artış gibi çocuğun ileri yaşam dönemlerinde de olumsuz etkilere neden olabileceğı göz önünde bulundurulmalıdır (14-16). Bu etkileşimleri nedeniyle gebelikte psikososyal sağık önemle üzerinde durulması gereken bir konudur.

Gebelikte yaşanan korku, stres, kaygı, mutluluk, heyecan gibi duygu durumları gebelerin psikososyal sağığını etkilemektedir (17, 18). Gebelerin psikososyal sağığını etkileyen faktörler çokludur (19-21). Bu faktörlerin başlıcaları; gebenin yaşı, eğitim, düzeyi, gebeliğı planlama durumu, eşiyle ilişkisi, sosyal destek durumu, gebelikte kronik hastalıkların varlığı, geçmiş doğum deneyimi, çocuk sayısı, yaşanan afet, pandemi ve travmalar vs. gibidir (22-28). İlâveten gebelikte yapılan prenatal tarama testleri, bu testlerin sonucunu bekleme zamanı ve test sonucunda gebeliğın risk düzeyi (riski düşük veya yüksek gebelik) gebelerin psikososyal sağığını etkileyebilmektedir (29, 30). Yüksek riskli (riski yüksek) gebelik; gebenin veya fetusun yaşamını ve sağığını tehdit eden, hastalık ve ölüm riskin artıran bir etken/durumun olmasıdır. Bu etken, gebeliğın seyrini olumsuz etkilemektedir (31). Düşük riskli (riski düşük) gebelik ise; gebeliğı komplikasyon riskine sokan maternal veya fetal faktörlerin olmadığı, aktif komplikasyonların olmadığı gebeliktir. Gebelik boyunca anne adayı herhangi bir komplikasyon taşımasa dahi gebelik riski düşük kabul edilir (5, 32). Yüksek riskli gebeliklerde anne ve fetüsün sağığı düşük riskli gebeliklere oranla tehdit altında olup, fetal mortalite ve morbidite riski yüksek orandadır (31, 33).

Doğum öncesi bakım hizmetini sağılamak gibi temel sorumluluğı bulunan ebe ve hemşirelerin, riski düşük veya yüksek olan gebelere psikososyal bakım vermesi; gebelerin psikososyal ve mental sağığının yükselmesi, gebeliğı uyum ve adaptasyonunun artması, pozitif gebelik deneyimi sağılama, antenatal bakım kalitesinin yükselmesi gibi olumlu sağık sonuçları sağılayacaktır (34). Bu olumlu sonuçlar gebelik, doğum ve lohusalık dönemindeki kadın ve fetüs/yenidoğanın; hem ruhsal hem de fiziksel sağığının korunmasına ve yükseltilmesine katkı sağılayacaktır (35).

Gebelerle yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu gebelerin fiziksel sağlığı ile ilgilidir. Literatürde gebelerin psikososyal sağlığının prenatal tarama testleri sonuçları ile ilişkisine yönelik yapılan çalışmalar az sayıdadır. Araştırma, böyle bir ihtiyaçtan yola çıkılarak planlanmıştır. Çalışmada amaç; prenatal tarama test sonucuna göre riski düşük ve yüksek düzeyde olan gebelerin psikososyal sağlık durumunu karşılaştırmaktır. Bu çalışmanın literatürdeki boşluğu dolduracağına ve gebelikte psikososyal sağlığın önemi konusunun görünürlüğünü artırmaya katkı sağlayacağı inanılmaktadır. Ayrıca bu çalışmanın gebelikte psikososyal bakımın gerekliliğini görünür kılmada, Dünya Sağlık Örgütünün “pozitif gebelik deneyimi” hedeflerine ve Sağlık Bakanlığımızın “Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin” geliştirilmesi politikalarına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Araştırma soruları:

1. Prenatal tarama test sonucuna göre riski düşük ve yüksek olan gebelerin psikososyal sağlık ölçeği toplam puan düzeyleri nasıldır?
2. Prenatal tarama test sonucuna göre riski düşük ve yüksek olan gebelerin psikososyal sağlık puan düzeyleri karşılaştırılması sonucunda iki grup arasında istatistiksel fark var mıdır?
3. Prenatal tarama test sonucuna göre riski düşük ve yüksek olan gebelerin psikososyal sağlık puan düzeyleri üzerine sosyo-demografik ve obstetrik faktörlerin etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Kadın yaşamı boyunca bir neslin devamlılığını sağlayabilmek amacıyla doğum yapar. Fertilizasyonla (döllenme) başlayan bu süreç yaklaşık olarak 40. hafta ile son bulur. Fertilizasyon; ovulasyonla birlikte sekonder oositin tubalara ulaşmasıyla başlar (36). Tubalarda bulunan yapı olarak saçaksı olan ‘fimbriyalar’ sekonder oositi çekerek tubalara ulaştırır. 12-36 saat arası yaşam süresi olan sekonder oosit bu süre içerisinde sperm ile karşılaşmazsa canlılığını kaybeder. Ancak bu süre içerisinde tubaların ampulla kısmında bulunan sekonder oosit döllenme için uygun özellikte sperm ile karşılaşırsa fertilizasyon gerçekleşir (36, 37). Fertilizasyon sonrası oluşan zigot peristaltik özelliklere sahip tuba kas tabakası tarafından uterin kaviteye taşınır. Zigot hücre sayısı olarak önce blastomer daha sonra morula ve son olarak blastokist olarak gelişimini sürdürür. Gelişen blastokist besin ve sıvı ihtiyacını karşılamak amacıyla endometriyumun üst tabakasına yerleşir. Fertilizasyondan yaklaşık 7 gün sonra gerçekleşen bu olay implantasyon adını alır. İmplantasyon sonrası kişi için gebelik süreci başlamış olur (37, 38). Gebeliği oluşturan üçer aylık periyotlar trimester olarak adlandırılır. I.trimester gebeliğin 1-12 haftaları arasını, II. trimester 13-26 haftalar arasını ve III.trimestir 27-40 haftalar arasını kapsamaktadır (39). Her bir trimester, gebenin farklı fiziksel ve psikososyal değişim yaşamasına neden olmaktadır. Birinci trimesterde gebe, adaptasyon dönemine girer ve yaşadığı fiziksel değişimlere (bulantı, kusma vb.) ayak uydurmaya çalışır (40). Gebeliğin planlı veya plansız olmasına bakılmaksızın kadınlar Ambivalan (zıt) duygular içerisine girer. İkinci trimesterde bebeğin hareketlerinin hissedilmesiyle birlikte kendi bedeninde bir canlı olduğunu hisseden kadın gebeliğe adaptasyonu artar. Üçüncü trimesterde fiziksel olarak değişen gebenin hareket kısıtlanması oluşur ve günlük hayatında yapması gerekenleri daha yavaş bir biçimde gerçekleştirir. Ayrıca gebe bu periyotta doğum ile ilgili sorularına yanıt aramaya başlar. Bu dönemde sorularına cevap alamaz ve sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmezse gebede doğum korkusu oluşabilir (40-43).

Bir gebeliğin sağlıklı olabilmesi için; gebe ve fetüsün hayatında herhangi bir risk faktörü oluşturmaması, önceki gebelik öyküsünde herhangi bir sağlık komplikasyonunun bulunmaması, annenin tıbbi bir hastalığa sahip olmaması ve fetüsün sağlıklı bir biçimde büyümesi gerekir (44).

2.2. Düşük ve Yüksek Riskli Gebelik

Gebelik insan hayatının doğal bir parçası olup, kişinin biyolojik, psikolojik ve fizyolojik olarak değişime uğratan bir süreçtir (38). Kişinin yaşam standartlarına, sosyodemografik yapısına, algılanan sosyal desteğe, depresyona yatkınlık durumuna ve anneliğe uyum sürecine göre değişimler gösterir (40). Prenatal dönemde yapılan düzenli kontrollerde gebenin risk durumu belirlenir. Yapılan bu kontrollerde öykü alma, fiziksel muayene, laboratuvar sonuçları ve fetal iyilik halini belirlemek için yapılan muayenelerle risk durumları belirlenebilmektedir. Prenatal risk tanınması, gebeliğin erken döneminden başlamak üzere doğuma kadar belli aralıklarla yapılan kontrollerle sürdürülmelidir (44). Gebelikte maternal ve fetal faktörlerin komplikasyon riski oluşturma durumuna göre gebelikler riski düşük (düşük riskli) veya riski yüksek (yüksek riskli) gebelikler olarak kategorize edilmektedir (45).

2.2.1. Düşük Riskli (Riski Düşük) Gebelik

Gebeliği komplikasyon riskine sokan maternal veya fetal faktörlerin olmadığı, aktif komplikasyonların olmadığı gebeliktir. Gebelik durumu her daim potansiyel bir risk taşıdığından gebeliğe ait herhangi bir komplikasyon olmasa dahi bu gebelik düşük riskli kabul edilmektedir. Düşük riske sahip gebelerin gebelikleri boyunca tarama testleri ve laboratuvar bulguları normaldir (34).

2.2.2. Yüksek Riskli (Riski Yüksek) Gebelik

Gebenin veya fetusun yaşamını ve sağlığını tehdit eden, hastalık ve ölüm riskin artıran bir etken/durumun olmasıdır. Bu etken, gebeliğin seyrini olumsuz etkilemektedir (46). Bir gebelik belirlenen izlemlerinden daha sık bir biçimde takip edilmesi gerekiyorsa, o gebelik riskli olarak kabul edilmektedir. Yüksek riskli gebeliklerde anne ve fetüsün sağlığı düşük riskli gebeliklere oranla tehdit altındadır. Fetal mortalite ve morbidite oranı düşük riskli gebeliğe göre artmıştır (45, 47).

Yüksek riskli gebelikler iki alt grupta incelenir. Bunlar; gebelikte oluşan komplikasyonlar ve gebelik öncesinde var olan sağlık durumlarıdır (34, 47). Gebelikte oluşan komplikasyona; hiperemesis gravidarum, gebelik kanamaları (abortus, plesenta previa vb.) , membranların erken açılması ve çoğul gebelik örnekleri verilebilir (48). Gebelik öncesi var olan durumlar ise gebelikten bağımsız anne adayının hayatını normal zamanlarda tehdit eden sağlık unsurlarıdır. Bunlar kalp hastalığı, diyabet, cinsel yolla

bulaşan hastalıklar ve Rh uyuşmazlığı gibi sağlık komplikasyonlarıdır. Riskli bir gebelik geçiren bir anne adayının sosyal ve emosyonel sağlığı da olumsuz olarak etkilenmektedir (48, 49).

Riskli gebelikler tüm gebeliklerin yaklaşık %6 ile %8'ini oluşturmaktadır. Anne ve fetüsün sağlığını olumsuz yönde etkileme açısından yüksek riskli gebelikler düşük riskli gebeliklere göre daha çok önem taşımaktadır. Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları riskli gebelikleri önleyerek anne bebek ölümlerinin azalmasını hedeflemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün "Güvenli Annelik" programı riskli gebeliklerin önlenmesini ve dolayısıyla anne yenidoğan ölümlerinin azaltılmasını amaçlamaktadır. Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı bu doğrultuda 2019-2023 stratejik planı ile "Sağlık hizmetlerinde bütünleşik sağlık hizmet modelini hayata geçirmek" amacıyla (Amaç 4) "anne sağlığına yönelik koruyucu tedbir ve destek sağlayacak sistem geliştirerek anne ölümlerini en aza indirmek" hedefini koymuştur (50).

2.3. Prenatal Tarama Testleri Sonucuna Göre Gebelik Riskini Değerlendirme

2.3.1. Prenatal Tarama

Prenatal dönemde yapılan tarama testleri sonucunda gebeliğin seyri düşük veya yüksek riskli gebelik olarak takibi yapılmaktadır (1).

Prenatal tarama; gebelik döneminde yapılan, fetüste var olan veya olması ihtimali olan genetik geçişli hastalıkları erken belirlemek ve var olan risklere karşı tanı yöntemlerine sevk etmektir (51). Yapılan laboratuvar testlerinden prenatal tarama testi sonucunda cut off değeri 1:250 ve altında olanlar 'riskli/ yüksek riskli'; cut off değeri 1:250-1:1000 arasında olanlar 'şüpheli riskli' ve 1:1000 ve üzeri olanlar 'düşük riskli' olarak kabul edilmektedir (52). Gebelik sırasında yapılan bu testler, amniyosentez ve diğer obstetrik açıdan yapılabilecek invaziv girişimler için gebeleri tespit etmek amacıyla kullanılır. Tarama testleri erken tanı olanağı sunarak ailenin doğum şekli konusunda karar vermelerini sağlayarak fetüsün sağlığını korumayı hedeflemektedir (1). Böylelikle fetal morbidite ve mortalite oranları azalacaktır. Tarama testlerinde bazı aranan özellikler olmalıdır. Bunlar; test gebe tarafından kabul edilebilir, kolay ulaşılabilir, ucuz, güvenilir, aranan hastalık nadir ve ciddi olmalı, hastalığın önlemi veya tedavisi olmalı, , yalancı pozitiflik oranı yüksek olmamalı ve duyarlılığı yüksek olmalıdır (1, 51-53).

Prenatal tarama testleri birinci trimester tarama testleri ve ikinci trimester tarama testleri olarak uygulanmaktadır. İlk trimester tarama testleri ikili tarama testi, ultrasonografik tarama, kombine test ve maternal kanda serbest fetal DNA testi (cell free fetal DNA) olarak uygulanmaktadır. İkinci trimester tarama testleri ise üçlü test, dördümlü test ve fetal anomali tarama ultrasonografisi (ayrıntılı ultrason) dir (1, 3, 52).

2.4. Gebeliğin İlk Trimesterındaki Prenatal Tarama Testleri

2.4.1. İkili Tarama Testi

Gebeliğin 11-14. haftaları arasında, kromozom anomalilerini saptamaya yönelik yapılan tarama testidir. İkili tarama testinde maternal serumda “gebelikle ilişkili plazma proteini PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein-A)” ve “serbest koryonik gonadotropin-HCG” olmak üzere iki hormon bakılmaktadır. PAPP-A gebelikte büyük molekülümlü bir glikoprotein olup trofoblast hücrelerden salgılanır. Gebeliğin başlarında düşük olan PAPP-A seviyesi gebelik ilerledikçe maternal serumda seviyesi artar. Bu nedenle anomaliye sahip bebeklerde PAPP-A seviyesi düşük olmaktadır (52, 53). Bu testin duyarlılığını arttırmak amacıyla nukal kalınlık (NT) ve BHCG ile birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir (1, 53).

İkili tarama testinde bakılan bir diğler hormon BHCG (human chrionic gonadotropin)’dir. Bu hormon plasentadan salgılanan karbonhidrat yan zinciri taşıyan glikoprotein yapısındadır. HCG’nin gebelik esnasında bilinen en önemli fonksiyonu, plasenta oluşumu tamamlanana kadar korpus luteumun fonksiyonlarını devam ettirebilmesi için gerekli hormonal uyarımı sağlamaktır (54, 55). Wald ve ark (1987) yaptıkları bir çalışmada BhCG değeri ve anne yaşının kombine olarak baktıklarında Down sendromunun %60 oranında tespitinin mümkün olduğı görülmüştür (56). BHCG düzeyinin normal değerinden daha yüksek olduğı durumlarda Down sendromu, hidrops fetalis ve turner sendromu görülebilir. Düşük olduğı durumlarda ise trizomi 18 ve fetal ölüm görülebilmektedir (57).

2.4.2. İlk Trimesterde Ultrasonografik Tarama

2.4.2.1. Nukal Kalınlık (NT)

İlk kez 1866 yılında Dr. Langdon Down tarafından belirlenen Down sendromlu çocuklarda ense kalınlığının gövdelerine göre fazla olması ve sonrasında 1876 yılında Fraser ve Mitchel’in bu durumun ileri anne yaşıyla ilgili bir durum olduğunu

bildirmeleriyle ortaya çıkmıştır. Fakat 20. Yüzyıl sonlarında teknolojik gelişmelerle bu durumun klinik inceleme altına alınması gerektiği görülmüştür (1, 52, 57).

NT artışı olduğu durumlarda otozomal Trizomi durumları arttığı için bu yöntem Nicolaides tarafından 11-14. gebelik haftaları arasında bir tarama testi olarak kullanılması gerektiğini söylemiştir. Nukal kalınlığının 3.5 mm'nin üzerinde tespit edildiği durumlarda serum serbest beta HCG ve PAPP-A değerlerinin normal bulunsa dahi kromozomal anomali mevcut olma durumu devam etmektedir (58). Bu nedenle NT artışı 3.5 mm üzerinde olduğu durumda aile bilgilendirme yapılmalı ve tanısal testlere (amniyosentez, koryonik villus örnekleme) yönlendirilmelidir (59). Weinans ve ark. (2004) NT ölçümünü esas alarak gebelerin kaygı durumlarına yaptıkları çalışmada gebelerin %90 lık kısmının kaygılı olduğunu görmüşlerdir. NT kalınlığının yüksek olduğu durumların başlıca nedenleri; kromozomal bozukluklar (Trizomi13, Trizomi 18 ve Turner sendromu), fetal kardiyovasküler ve pulmoner malformasyonlar, iskelet bozuklukları, böbrek anomalileri, karın duvarı anomalileri, kistik higroma ve baş ve boyun konjesyonlarıdır (60).

2.4.2.2. Nazal Kemik Ölçümü

İlk trimesterde (11-14. hafta) bakılan ultrasonografide nazal kemik oluşumunun varlığının araştırılması durumudur. Nazal kemiğin varlığının olmaması veya hipoplazisi (yetersiz hücre sayısı) Down sendromuna sahip fetüslerin 2/3 ünde tespit edilmiştir. Ultrasonografi ile elde edilen bu bulgu Trizomi 21 kromozom anomalisi tespitinde yüksek duyarlılığa sahiptir (1, 53). Ancak yine de gebelik yüksek riskli kabul edildiğinde ikinci basamak bir tarama testi olarak kullanılması uygun görülmüştür (54).

2.4.3. Kombine Test

Tarama programının bir diğer parçası olan kombine test, gebeliğin 11-14. haftaları arasında fetal ense kalınlığı ve ikili tarama testinin kombine olarak kullanılması sonucu ortaya çıkmıştır. Her iki test değerlendirilirken anne yaşı ve gebelik süresi esas alınır (61).

2.4.4. Maternal Kanda Serbest Fetal DNA (Cell Free Fetal DNA-NIPT)

Maternal kanda serbest fetal değerlendirme annenin serum plazmasından elde edilen serbest DNA kullanılarak gerçekleştirilen bir tarama testidir. Gebeliğin 10. haftasından itibaren yapılan bu testin fetüs ve anne için birçok avantajı mevcuttur (62). Erken gebelik haftasında yapılabilmesi, bir hafta içinde test sonucunun alınması, duyarlılık ve seçiciliğinin yüksek olması, cinsiyet kromozom bozukluklarının değerlendirilebilmesi

ve invaziv bir işlem olmaması avantajları arasındadır. Ancak maliyet açısından bakıldığında yapılan diğer tarama testlerine göre maliyetli olması da dezavantajları arasındadır (63). Serbest fetal DNA testi 35 yaş üstü gebeler, aile öyküsünde ve fetal ultrasonografisinde kromozomal anomali riski taşıyan gebeler, ölü doğumu bulunan gebeler ve ikili ve üçlü tarama testinde yüksek risk tespit edilen gebeler tarafından tercih edilebilir. Obez gebelerde yanıltıcı sonuçlar verebilmektedir. Çünkü obez gebelerde plazma hacmi artışına ve maternal dokuların fazlalığına bağlı olarak sabit miktarda bulunan serbest fetal DNA seyrekleşir (63, 64). Doğan ve Kaya (2021) serbest fetal DNA (nıpt) Trizomi 21 açısından riske sahip olan gebelere uygulanabilecek etkin ve yeni yöntem olduğunu, erken gebelik haftasında yapılabilmesi ve sonuçlarının yüksek oranda doğru olmasının bu testin avantajları arasında görmüşlerdir. Sağlık profesyonelleri gebeleri serbest fetal DNA tarama yöntemine yönlendirirken tanı testi olmadığı konusunda ayrıca bilgilendirmeleri gerekmektedir (62).

2.5. Gebeliğin İkinci Trimesterındaki Tarama Testleri

2.5.1. Üçlü Tarama Testi

Maternal serum içerisinde bulunan Alfa feta protein (AFP), serbest BHCG ve Unkonjuge Estriadiol 3 (uE3) seviyelerine bakılarak yapılan tarama testidir. Gebeliğin 15-20. haftaları arasında yapılan bu test sayesinde Trizomi 21, Trizomi 18 ve nöral tüp defektlerinin varlığı tespit edilebilir. Üçlü tarama testi sonucunda laboratuvar ortamında belirlenen ortalamanın katları MoM (multiples of median) olarak belirtilir. Trizomi 21 açısından risk içeren gebelerde AFP değeri ve uE3 değeri ortalama 0.74 MoM a düştüğü görülmüştür (65). BHCG değeri ise ortalama 2.06 MoM un üzerine çıktığı görülmüştür. Üçlü tarama testinde yüksek AFP değeri nöral tüp malformasyonu, batın ön duvarı defekti ve kromozom anomalileri görülebilmektedir (66). Ancak bu durumların dışlandığı gebelerde düşük doğum kilosu, oligohidroamnioz, gebelik hipertansiyonu, intra uterin gelişme geriliği ve fetal ölüm riski arttığı görülmüştür. BHCG değerinin yüksek olduğu ancak kromozom anomalisi bulunmayan durumların gebelik hipertansiyonu, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, intra uterin gelişme geriliği gibi gebelik komplikasyonlarına neden olacağı öngörülmüştür. UE3 seviyesi düşük olan gebelerde intrauterin fetal ölüm, intra uterin gelişme geriliği ve gebelik hipertansiyonu ile ilgili olduğu görülmüştür. Üçlü tarama testi özgün bir test olup (%80) yalancı pozitifliği ise %5 olarak görülmüştür (65-68).

2.5.2. Dörtlü Tarama Testi

Dörtlü tarama testi üçlü tarama testine oranla başarı oranı yüksek bir testtir. Üçlü teste ek olarak maternal serumda inhibin A değerine de bakılır. İnhibin-A değeri normal gebeliklerde ilk trimesterde korpus luteumdan daha sonra plasentadan salgılanır. İnhibin-A düzeyi gebeliğin 8-10. haftalarında en yüksek düzeye çıkar, 14-30. haftalar arasında düşer ve gebeliğin son haftalarında tekrar yükselir. Bu nedenle gebeliğin 16-18. Haftalar arasında yapılan dörtlü test sonucunda inhibin-A seviyesi 1.3-2.5 MoM üzerinde olduğu durumlarda Down sendromu riski düşünülmektedir (1, 61). Diyabetik gebelerde başarı oranı yüksek olan bu test üçlü tarama testiyle birlikte değerlendirildiğinde Down sendromu belirleme açısından başarı oranı çok daha yüksek olduğu görülmüştür (61, 68).

2.5.3. Gebeliğin İkinci Trimesterindeki Fetal Anomali Tarama İçin Ayrıntılı Ultrasonografisi

Gebeliğin 18-22. haftaları arasında yapılan bu taramada fetal gelişim, ağırlık, plasenta yerleşimi, amniyon mayi miktarı ve fetal anomali saptanması amacıyla yapılır. Amerika Medikal USG Enstitüsü (AIUM), Amerika Radyoloji Derneği (ACR) ve Amerika Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) standart USG kullanım rehberi oluşturarak fetal anomalisi taraması yapılmasını sağlamıştır. Bu rehber gere USG ile taramada fetüsün fetal baş, yüz, spinal kord, abdomen, kalp ve ekstremiteler bölgeleri detaylıca değerlendirilir. Yapılan bu USG sonucunda gebe ve sağlık profesyoneli gebeliğin seyri konusunda büyük ölçüde bilgiye sahip olması amaçlanmıştır (69).

2.6. Sağlık ve Psikososyal Sağlık

Dünya sağlık örgütünün tanımına göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumudur. Sağlık kişilerin yaşama amacı olmayıp; insan hayatının her yönden kaliteli yaşamalarını sağlar (16). Ottawa sözleşmesine göre bütüncül sağlık anlayışı içinde huzur, maddi imkân, gıda ve barınma, istikrarlı bir çevre ve sürdürülebilir kaynak kullanımının yerine getirilmesi, sosyal ve ekonomik koşullar, fiziksel çevre, bireysel yaşam tarzları ve sağlık arasındaki ilişkiyi ön plana çıkarmaktadır (70).

Psikososyal sağlık; kişinin sosyal çevresiyle bir bütün içerisinde yaşaması ve sağlığını olumsuz etkileyecek durumların olmaması halidir (71-73). Maxson ve ark (2016) psikososyal sağlığı; depresyon, sosyal destek, öz yeterlilik ve stresi içinde barındıran,

kişinin ruhsal ve sosyal alanlarını içine alan çok boyutlu bir kavram olarak tanımlamaktadır (74).

Gebeliğin oluşturduğu endişe ve depresyon gibi durumlarda gebelerin psikososyal sağlığı olumsuz olarak etkilenmektedir (75, 76). Gebelikte oluşan depresyon ve kaygının nedenleri gebenin fiziksel yönden değişimini, anneliğe ne kadar hazır oluşluğu ve sosyal destek olgusunun ne kadar ve nasıl olduğu ile bağlantılıdır (77, 78). Ayrıca gebelerin eğitim seviyesi, sosyokültürel gelişimi, çalışma hayatında var oluşu ve sorumlulukları depresyon oranının etkileyen faktörlerdir (75, 79).

2.7. Gebelikte Psikososyal Sağlık

Gebelik sürecinde anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkileyecek birçok faktör bulunabilir. Yapılan çalışmalarda gebelikte psikososyal sağlığın, gebeliğin seyri açısından doğrudan ilişkili olduğu görülmüştür (71, 74). Gebelikte meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler gebenin psikososyal sağlığını etkilemektedir. Ayrıca gebeliğe ait herhangi bir risk faktörünün varlığı da gebenin psikososyal sağlığını doğrudan etkilemektedir (71, 74, 80).

Psikososyal değişiklikler gebeliğin başlamasıyla ortaya çıkar ve kadın yaşamının önemli bir kısmını oluşturur. Bu dönemde psikososyal sağlık birden fazla risk faktörlerinden etkilenir (75, 77). Bu faktörlerin başlıcaları; evlilik-eş ilişkisi, gebeliğin planlanma durumu, ailesel durumlar, olumsuz gebelik deneyimleri, tekrarlayan düşüklükler, gebelikte ortaya çıkan bulantı kusma, düşük sosyoekonomik düzey, travmatik doğum öyküsü, gebelikte sigara kullanımı, algılanan sosyal ve duygusal destek, medeni durum, düşük özsaygı, sosyal izolasyon ve sürekli olumsuz düşünme eğilim vb.'dir (71, 76, 78, 81, 82).

Maxson ve ark (2016) üç ayrı gebe grubuyla yaptıkları çalışmada sosyal desteği az, eş desteği olmayan, düşük öz yeterliliğe sahip ve yüksek düzeyde depresif belirti gösteren gebelerin, iyi ve orta düzeye ait olan gebelere göre psikososyal sağlık durumları daha düşük ve erken doğum oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (74). Psikososyal sağlık durumu yükseldikçe anne ve bebek sağlığı da olumlu yönde etkilenmektedir (72, 75). Anksiyete ve depresyon yaşayan gebelerin bebeklerinde doğum sonrası komplikasyonların (düşük apgar skoru, düşük doğum ağırlığı gibi) arttığı, gebelerde natal, prenatal ve postnatal komplikasyon (preterm eylem, preeklampsi gibi) oluşmasını arttırdığı

görülmüştür (79, 83, 84). Kadının gebelikte yaşadığı olumsuz durumlar doğum sonrası dönemde yaşanan depresyona zemin hazırladığı görülmüştür (85, 86).

Gebenin geçmişinde; geçirilmiş depresyon, stres ve kaygı var olan gebelikte depresyonu oluşturabilecek önemli bir neden olarak görülmektedir. Silva ve ark. (2010) tarafından Brezilya'da yapılan çalışmada gebelerin %21.2'sinde depresyon bulguları görülürken bu gebelerin %26'sının tıbbi öyküsünde geçirilmiş depresyon, anksiyete ve stres yaşadığı görülmüştür (87). Jeong ve ark. (2013) tarafından Kore'de yapılan çalışmada da gebelerin %20.2'sinde depresyon bulguları görülürken ve bu gebelerin %8.2'sinin geçirilmiş depresyon öyküsünün bulunduğu görülmüştür (88). Bilgin ve ark. (2010) Down sendromu açısından yüksek riskte olan gebelerin kaygı oranlarının daha yüksek olduğunu görmüşlerdir (52).

Gebeliğe ait her trimesterde anne ve fetus sağlığını olumsuz olarak etkileyecek psikososyal sağlık durumlarına adaptasyon (uyum) süreci vardır (40, 41). Gebeliğin her döneminde yaşanan psikososyal soruna yönelik gebenin verdiği cevap farklı olabilmektedir (71, 89, 90). Gebe takibi yapılırken; anne adayının fiziksel ve tıbbi değerlendirme ve tedavisinin yanında, psikososyal sağlığını değerlendirmeye yönelik uygulamalar ve girişimler yapılmalıdır. Gebenin psikososyal sağlık düzeyi ne kadar iyi ise, şimdiki ve gelecek neslin sağlığı da korunmuş ve yükselmiş olacaktır (71, 73, 74, 89).

2.8. Gebelikte Psikososyal Değişiklikler ve Uyum

2.8.1. Gebeliğin Birinci Trimesterında Psikososyal Değişikler ve Uyum

Gebeliğin ilk 13. haftasını içeren ilk trimesterde gebeler davranışsal ve duygusal değişimler yaşamaktadır. Bu değişimler aşağıda kısaca belirtilmiştir.

- **Belirsizlik:** Gebe kadının gebeliğine yönelik belirsizlikler yaşayabilmektedir. Kimi gebeler gebe olduğunu kanıtlama çabası içinde olabilmekte, kimi gebeler gebe olduğuna inanamamakta ve hatta gebe olduğunu birilerinde duymak istememektedir. Bu dönemde bazı gebeler gebelik konusunda yakın çevresiyle iletişim içindedir (40, 41, 71).
- **Ambivalan duygular;** Gebenin bu dönemde sahip olduğu sosyal mevki, gebeliğin neden olduğu fiziksel değişimler, ekonomik durum, gebeliğin ortaya çıkardığı engeller ve gebeliğe hazıroluşluk durumu gebenin zıt duygu yaşamasına neden olabilmektedir (40, 41, 89, 90).

- **Primer odaklı benlik;** Birinci trimesterde gebe kadının vücudunda dışardan gözle görülebilecek değişiklikler olmadığından, gebe kendine odaklı yaşamaktadır. Gebelikle beraber artan hormon seviyesi gebenin ruhsal yönden etkilenmesine ve diğer aile fertlerinin etkilenmesine neden olmaktadır (40, 41, 71, 89, 90).

Birinci trimester sonunda anne adayları gebeliği hakkında olumlu duygu ve tutum içerisine girmiş, yaşadığı fiziksel değişimleri olumlu olarak kabul edebiliyor, gebeliği ve doğumu hakkında özgüvenli bir şekilde konuşabiliyorsa bebeği ve gebeliği kabul etmiş sayılmaktadır. Bu durumların tam tersi durumlar yaşıyorsa, gebeliğin kendisi için bir tehdit unsuru olduğunu düşünüyorsa bu durum gebeliğin reddedildiği olarak kabul edilebilir.

2.8.2. Gebeliğin İkinci Trimesterında Psikososyal Değişikler ve Uyum

Gebeliğin 14 ile 27. haftalar arasını kapsayan ikinci trimesterde; anne adayının fetüsü her anlamda hissetmesi, büyüyen uterus gebenin özgüvenini arttırmaktadır. Gebe bu dönemde karnındaki bebeğin bir birey olduğunu fark etmekte ve bebeğini ultrasonda daha net görmesiyle birlikte bebeği olacağı duygusuna tam anlamıyla alışmaktadır. Bu dönemde gebelikle ilgili deneyimli kişilerden, internet ortamından, dergi, kitap gibi basılı kaynaklardan bilgi almaya ve araştırmalar yapmaya başlamıştır. Bu dönemin başlıca değişimleri aşağıdaki özetlenmiştir (90-92).

- **Gebeliğin fiziksel olarak algılanması:** İkinci trimesterde hızla büyüyen fetüsle birlikte gebenin fiziksel olarak değişimler yaşadığı, kendine bağımlı bir bireyin varlığını kabulü ve gebeliğe yönelik her türlü bilgi ve tecrübenin öğrenilmeye çalışıldığı bir dönemdir (40, 41, 90).
- **Primer odak olarak fetüs:** Birinci trimesterde kendine odaklanan anne adayları bu dönemde bebeğine odaklanmaya başlamıştır. Bebeğini sağlıklı bir şekilde nasıl doğurabileceği konusunda düşünmeye başlamıştır (40, 41, 90).
- **Narsizm ve içe dönme:** Odak noktası bebek olan anne adayları bebeğinin sağlığı konusunda endişelenmeye başlamıştır. Bu endişe nedeniyle narsizm ve içe dönme gibi tepkiler verebilmektedir. Yaptığı tüm uygulama ve etkinlikler fetusun sağlığını korumaya ve geliştirmeye yöneliktir. Yediği yiyeceğe, giydiği kıyafete kadar dikkat etmekte, yaptığı her uygulamanın fetusun sağlığını etkilediğini düşünmektedir (41, 92).

- **Beden imajı:** Birinci trimestera göre bu dönemde vücut kitle endeksinde ve vücudun diğer bölgelerinde belirgin olarak fark edilen değişimler sonucu gebe bu değişimlerden etkilenmektedir. Gebenin duygu ve düşünceleri doğrultusunda bazen utanma bazen de gurur gibi duygular yaşanabilmektedir (40, 92).
- **Cinsel yaşamdaki değişimler:** Gebelik döneminde fetüs ve annenin tıbbi bir komplikasyon bulunmadığı müddetçe cinsel ilişki normal kabul edilmektedir. Anne adaylarının duygu ve düşüncesi her konuda olduğu gibi bu konuda da farklılıklar gösterebilmektedir. Gebeliğin ilk trimesterında yaşanan bulantı kusma gibi olumsuz fiziksel değişimler nedeniyle anne adayı cinsel ilişkiye karşı çıkabilmektedir. Bu durum eş tarafından daha az ilgi görmeye neden olabilmekte ve böylelikle annenin ruhsal durumunu da etkilemektedir (40, 89, 92).

2.8.3. Gebeliğin Üçüncü Trimesterında Psikososyal Değişikler ve Uyum

Gebeliğin üçüncü trimesteri annelik rolü kazanımının başladığı ve doğumun yaklaştığı dönemdir. Gebe bu dönemde, bebeğine yönelik bir takım hazırlıklar içerisinde. İsim bulma, kıyafet alma, oda yapma ve doğum hakkında bilgiler öğrenmeye devam ettiği bu dönemdir (92, 93). Gebeliği oluşturan bu üç trimesterde yaşanan duygusal ve fiziksel değişimler (abdomenin büyümesi, doğumun yaklaşmasına bağlı korku, solunum güçlüğü yaşama vb) anne adayının gebelik seyrini ve psikososyal sağlığını doğrudan etkilemektedir. Bu dönemde yaşanan başlıca değişimler aşağıdaki açıklanmıştır (40, 41, 92).

- **Duyarlılık:** Bu dönemde gebe kadın bebeğine zarar gelebileceği ve onu kaybedebileceği düşüncesiyle hareketlerine dikkat etmektedir. Bu durum anne adayının daha duyarlı olmasına sebep olmaktadır (92).
- **Bağımlılığın artması:** Gebe kadın bu dönemde özellikle eşinden fiziksel ve duygusal olarak destek almak istemektedir. Telefon veya farklı yollarla her an kendinden haberdar olunmasını ister. Başka bir deyişle bağımlılığı artmaktadır (15, 93-95).
- **Doğum korkuları:** Gebeliğin son dönemlerinde vajinal muayene olma, preterm eylem riski taşıma, doğum sırası ve sonrasında yaşanabilecek olumsuz durumların, acil sezaryen olma, hastanede kalma süresinin uzaması, anne adayının doğum hakkında net bilgilere sahip olmaması durumu gibi çoklu

nedenler gebelerin doğum korkusu yaşamasına ve doğum korkularının artmasına neden olabilmektedir (9, 92). Doğum tarihinin net olarak bilinmemesi nedeniyle gebelerin doğum için hastaneye yetişememe gibi korkuları bulunmaktadır. Gebenin ruh sağlığının ve sosyal desteğinin yetersiz oluşu da doğum korkusu arttıran başka bir sebeptir (96, 97). Bunun yanında anne adaylarının düşük öz yeterlilik algısının, gebelik ile ilgili tıbbi sorunların, emosyonel sorunların, gebeliğin riskli olup olmadığının ve kötü doğum tecrübelerinin doğum korkusu yaşamada diğer faktörler arasında olduğu görülmüştür (93, 98-100). İlk kez gebelik yaşayan kadınlarda doğum ağrılarının nasıl olduğu ve nasıl tepki vermesi gerektiği konusunda tecrübesiz oluşu doğum korkusunun oluşmasına neden olmaktadır. Multigravidalarda ise geçmiş olumsuz gebelik ve doğum deneyimleri de bu gebeliğinde doğum korkusuna neden olmaktadır (101).

2.8.4. Babanın Gebeliğe Psikososyal Tepkisi ve Uyumu

Gebelik serüveni anne adaylarının birebir yaşadığı ve sürdürdüğü, yaşamlarını önemli bir bölümünü kapsayan bir dönemdir. Bu dönemde anne adayları kadar baba adaylarının da sürece dahil olması gebeliğin psikososyal yönünü etkilemektedir (92). Geçmişte baba adayları gebeliğin sadece oluşumunda yer aldığını düşünse de artık günümüzde gebeliğin seyrini değiştiren önemli bir faktördür. Gebenin sosyal destek unsurlarının başında gelen baba sürece dahil olursa gebelik psikososyal açıdan olumlu etkilendiği görülmüştür (89). Babanın öncelikle gebeliği sadece bir tanı olmadığını anlaması gerekmektedir. Gebelik döneminde baba adaylarından destek gören annelerin doğum korkusunun daha az olması, doğumda oluşan komplikasyonların daha az olduğu ve postpartum anne bebek uyumunun daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (89, 92). Bazı baba adayları annelerin gebelik boyunca yaşadığı gebelik semptomlarının benzerlerini yaşadığı ve tıbbi yardım almak zorunda kaldıkları bir sendrom geçirebilirler. Couvade (kuvad) sendromu da denilen bu sendromda gebelikte annenin yaşadığı bulantı-kusma, iştahsızlık, karın ağrısı gibi belirtiler anne adayının gebeliği ile başlayıp doğum ile son bulur. Sebebi bilinmeyen bu sendromun genellikle babalıkla ilgili anksiyete ve belirsizliğin sebep olduğu düşünülmektedir. Babaların gebelik ile ilgili soruları dinlenmeli, merak ettikleri sorular cevaplanmalı ve gebelik sürecine katılımı artırılmalıdır (92, 93, 98).

2.9. Gebelikte Psikososyal Sağlığın Korunması ve Sürdürölmesinde Ebe ve Hemşirenin Rolü

Gebelikte fizyolojik ve biyolojik değişiklikler kadar psikososyal değişikliklerde gebenin ve fetusun/ yenidoğanın fiziksel, ruhsal ve psikososyal sağlığı için önem taşımaktadır. Gebeliğe yönelik birçok çalışma gebenin fiziksel sağlığına (bulantı kusma, kanama, mide yanması vb.) odaklanmaktadır (7, 8, 17). Oysaki sağlığa bütüncöl baktığımızda gebenin fiziksel sağlığı kadar psikososyal sağlığı da önemlidir. Bu nedenle gebelerin fiziksel durumu değerlendirilirken psikososyal sağlık durumlarının da değerlendirilmesi, riskin erken tespit edilmesi ve önlenmesi gerekmektedir (35, 49, 74). Gebelerin psikososyal sağlıklarının yükseltilebilmesi için ebe-hemşirelerin başlıca sorumlukları aşağıda belirtilmiştir.

Ebe ve hemşireler:

- Tarama testleri yapılırken gebenin psikososyal sağlığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Gebeliğin oluşturacağı psikolojik, sosyal ve fizyolojik değişimlerin kişiler üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabilmek ve çözüm bulabilmek gerekmektedir (102, 103, 104, 105).
- Prenatal bakım hizmetleri doğum öncesi dönemde alınan, bebek ve annenin sağlığını koruyucu yönde olan sağlık hizmetleridir. Bu nedenle bu dönemde bakım veren ebe ve hemşireler prenatal bakım basamaklarını yeri ve zamanında uygulamalıdır (59).
- Ebe ve hemşireler gebenin ihtiyaçlarına karşılık verebilecek eğitimlerle fiziksel ve ruhsal olarak gereksinimlerini karşılayabilmedir (66).
- Birinci basamak sağlık personeli ebe ve hemşirelerin gebeliğin her trimestrinde gebeye psikososyal sağlık taraması yapması gerekmektedir (90).
- Birinci trimesterde amaç gebenin psikososyal durum becerilerini arttırmaktır.
- Gebeye; gebeliğin seyri, gebelikte oluşan değişimler ile ilgili bilgi vermeli ve bakıma sosyal destek unsurları olan aile üyelerini de katmalıdır (71).
- Gebelikte potansiyel olarak risk taşıyan gebelerin tespit ve takibi dikkatli bir şekilde yapılmalı gerekirse ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevki yapılmalıdır (92).
- İkinci trimesterde; gebenin psikososyal durumu değerlendirilmeye devam edilmeli, risk tespit edildiğinde psikolojik destek alması sağlanmalıdır (83, 92).

- Gebeler gebeliğe ait değişimler konusunda bilinçlendirilmeli ve doğuma hazırlık sınıflarına teşvik edilmelidir (9, 81, 100).
- Üçüncü trimesterda; eş ve aile değerlendirilmeye devam edilmelidir (92).
- İçinde bulunduğumuz Covid-19 pandemisi nedeniyle bakım hizmeti alamayan gebelere yönelik tele-sağlık, e-sağlık, mobil-sağlık hizmetleri arttırılarak gebelerin psikososyal sağlık hizmeti almalarını sağlanmalıdır (106).
- Bu nedenle gebelik boyunca birincil bakım veren ebe ve hemşirelerin prenatal bakım içerisinde bu değişimleri bilmeleri ve bunlara yönelik anne adayına bakım vermeleri gerekmektedir (66).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, prenatal tarama test sonuçlarına göre riski düşük ve yüksek gebelerin psikososyal sağlık durumlarını karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Bu araştırma Ocak 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın verileri Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Obstetri Polikliniğinde toplanmıştır. Farabi Hastanesi Doğu Karadeniz Bölgesi'nin en büyük üçüncü düzeyde sağlık kuruluşu olup 800 yatak kapasitesine sahiptir. İlgili hastanenin Obstetri, Jinekoloji Servisleri ile Obstetri ve Jinekoloji Poliklinikleri bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın örneklem büyüklüğü openepi version 3 programının ortalamalar arası farkın karşılaştırılması esasına göre belirlenmiştir. Bu hesaplama göre çalışmadaki örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında, %90 güçte, örneklem büyüklüğü oranı 1, ortalamalar arası 0.1 farkla; tarama testi sonucu yüksek riskli olan 165 gebe, tarama testi sonucu düşük riskli olan 165 gebe olmak üzere toplam 330 gebe çalışmanın örneklemi oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Çalışmada hem düşük hem yüksek riskli gebelerin tamamı şu özellikleri kapsamaktadır:

- 20 yaş ve üzeri olanlar
- Türkçe konuşabilenler
- Gebe polikliniğine başvuran gebeler
- Gebeliği 11 ila 22 haftalar arasında olanlar
- Prenatal tarama testlerinden en az 1 tanesini yaptırmış olmak (ikili, üçlü, dördü, ayrıntılı USG, nifty tarama testleri) ve bu bilgileri kanıtlayan resmi belgelerinin olması
- Bu gebeliğinde psikiyatrik tanı almamış ve ruhsal anlamda tıbbi tedavi görmeyen gebeler

- Bilinen psikiyatrik bir hastalığının olmaması
- Görme engeli olmayan gebeler

Çalışma prenatal tarama testlerinde ikili tarama testinin en erken 11. haftada yapılması, fetusta konjenital anomali taraması için ayrıntılı ultrasonun 18-22. haftalar arasında yapılması nedeniyle 11 ila 22. haftalar arasında olan gebeleri kapsamaktadır.

Çalışma kapsamına alınan düşük riskli gebe grubunun örnekleme alınma kriterleri şunlardır:

- Yaptırdığı prenatal tarama test / testleri sonucunda (ikili, üçlü, dördü, ayrıntılı USG, nifty tarama testleri) “riskli düşük” olan gebeler
- Bu çalışmada laboratuvar testlerinde ikili, üçlü ve dördü tarama test sonucu cut off değeri 1:250 ve altında olanlar “riskli/ yüksek riskli”; cut off değeri 1:250-1:1000 arasında olanlar “şüpheli riskli” ve cut off değeri 1:1000 üzeri olanlar “düşük riskli” olarak kabul edilmiştir.
- Çalışmada gebenin yaptırdığı en az bir tarama testi sonucunda cut off değeri 1:1000 üzeri olan gebeler “düşük riskli” gebe olarak değerlendirilmiştir.
- Çalışmada tarama testi “şüpheli” ve “yüksek riskli” olan gebeler, düşük riskli gebe kategorisine alınmamıştır.
- Çalışmada gebeliğe ait abortus tehdidi, ektopik gebelik, servikal yetmezlik, çoğul gebelik gibi obstetrik komplikasyonları olmayan gebeler düşük riskli gebe kategorisinde değerlendirilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan yüksek riskli gebe grubunun örnekleme alınma kriterleri şunlardır:

- Çalışmada gebenin yaptırdığı laboratuvar testlerinden prenatal tarama testi sonucunda cut off değeri 1:250 ve altında olanlar “riskli/ yüksek riskli”; cut off değeri 1:250-1:1000 arasında olanlar “şüpheli riskli” olarak değerlendirilmiştir.
- Bu çalışmada prenatal tarama testi yaptıran gebelerden yaptırdığı testlerden en az biri yüksek riskli veya şüpheli riskli olanlar; “yüksek riskli gebe” olarak değerlendirilmiştir.
- Bu çalışmada gebenin USG’sinde herhangi bir patoloji tespiti durumunda da (fetal ekojen odak, ventrikülomegali vb.) bu gebe yüksek riskli gebe olarak değerlendirilmiştir.

3.4.2. Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri

- Çoğul gebelik
- Adölesan gebelikler
- Tamamlanmamış (inkomplet) ya da tanımlanmış düşük (komplet) yaşama sürecinde olma
- Türkçe konuşmama

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Ocak 2021-Ağustos 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmada verileri toplamak için “Gebe Tanıtıcı Bilgi, Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği” olmak üzere 2 form kullanılmıştır. Bu formlar aşağıda açıklanmıştır.

Çalışmanın verileri ilgili hastanenin gebe polikliniğine başvuran gebelerden toplanmıştır. Polikliniklerin bulunduğu katta bir boş oda bulunmaktadır. Veriler bu odada toplanmıştır. Veri toplama formları gebelere araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle sunulmuştur. Covid-19 pandemisi dolayısıyla gebe ve fetüsü korumak amaçlı bu çalışmanın verilerini toplamak için araştırmacı tarafından gebeye 2 seçenek sunulmuştur. Bu seçeneklerden biri ‘kâğıt üzerine yazılı anket formunu’ gebenin kalem ile doldurması, diğeri ise gebenin ‘bireysel cep telefonundan whatsapp üzerinden Google survey’ şeklinde anket formunun gebeye gönderilerek doldurulmasıdır. Bu çalışmada gebelerin sadece yaklaşık %5’i (15 gebe) whatsapp üzerinden verileri doldurmayı tercih etmiştir.

Geri kalan 315 gebeler yüz yüze görüşme yöntemiyle yazılı şekilde formlar üzerinde verileri doldurmuştur. Veriler ortalama 10-15 dakikada toplanmıştır. Bu çalışmada gebelerle yapılan yüz yüze görüşmeler, Covid-19 pandemisi korunma kurallarına uyularak yapılmıştır.

3.5.1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)

Bu form araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanmıştır (6, 17, 21, 23). İlgili form gebenin sosyo-demografik (gebelerin yaşı, gebenin ve eşin öğrenim durumu vb.), obstetrik özelliklerini (gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası vb.) ve prenatal tarama testlerini yaptırma durumlarını kapsayan sorulardan oluşmaktadır (Ek 1).

3.5.2. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ)

GPSDÖ, Yıldız tarafından (2011) geliştirilmiştir (72). GPSDÖ 46 maddeden oluşmakta olup, altı alt boyu bulunmaktadır. GPSDÖ' nin alt boyutları 'gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler', 'kaygı ve strese ait özellikler', 'aile içi şiddete ait özellikler', 'psikososyal destek gereksinimine ait özellikler', 'ailesel özellikler' ve 'gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler' dir. Ölçekten elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve 1 ile 5 arasında sonuç elde edilir. Sonuçta toplam puan 5 ten uzaklaşıp 1 e yaklaştıkça gebelikte psikososyal sağlıkta o düzeyde problem olduğunu gösterir ve 1 puan psikososyal sağlığın çok kötü olduğunu ifade eder. Alt boyutlarda da aynı değerlendirme söz konusudur. Puan 1 e yaklaştığı ölçüde o faktöre ait problem olduğunu gösterir. Puanlardaki artış gebelikte psikososyal sağlığa ilişkin olumlu, azalma yani puan 1 e yaklaştıkça belirtilen özelliğe ilişkin sorun olduğunu göstermesi açısından maddeler ifade tarzına, negatif ve pozitiflik durumuna göre farklı şekilde kodlanmıştır. 29 maddede çok fazla ifadesi 1, hiç ifadesi 5 ile puanlandırılarak (çok fazla 1, fazla 2, orta 3, az 4, hiç 5), kalan 17 madde de (1, 2, 3, 5, 6, 8, 16, 17, 18, 19, 20, 31, 32, 33, 34, 35, 42 maddeler) çok fazla ifadesi 5, hiç ifadesi de 1 ile (çok fazla 5, fazla 4, orta 3, az 2, hiç1) puanlandırılarak kodlanmıştır. GPSDÖ ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0.938 saptanmıştır. Bu çalışmada ise 0.879 olarak belirlenmiştir (Ek 2).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaları kapsayan tanımlayıcı analizler ile bazı istatistiksel testlerle yapılmıştır.

Bu çalışmada normal dağılan iki grubun karşılaştırılmasında Bağımsız gruplarda t testi, çoklu grupların karşılaştırılmasında Varyans Analizi kullanılmıştır. 3 ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında istatistiksel fark anlamlı bulunmuşsa bu farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için varyansların homojenliğine bakılmıştır. Varyansların homojen olması durumunda LSD (Least Significant Difference), değilse Dunnet C kullanılmıştır. Normal dağılmayan bağımsız 2 grup karşılaştırıldığında Mann Whitney U analizi, 3 ve daha fazla bağımsız grup karşılaştırıldığında Kruskal Wallis Analizi kullanılmıştır. 3 ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunması durumunda ileri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır. Sürekli veriler arasındaki

ilişkiyi belirlerken veriler normal dağılıma uyuyorsa pearson korelasyon, uymuyorsa Spearman korelasyon analizi yapılmıştır (107-109).

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için çalışmanın yapıldığı kurumdan (02.11.2020 tarihli ve 27863166-399-E.1990) sayılı ile yazılı kurum izini ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı (11.01.2021 tarih ve 24237859-47 sayılı) alındı (Ek 4). Araştırmada kullanılacak ölçeğin kullanım izinleri çalışmaya başlamadan önce araştırmacıdan elektronik posta yoluyla alınmıştır (Ek 5). Uygulama öncesi araştırmaya katılan gebelere araştırmanın amacı açıklanmış, gönüllü ve istekli olmalarına önem gösterilmiş yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Ayrıca gebelere; kendilerine ait verilerin gizli tutulacağı, sadece bilimsel amaçla kullanılacağı konusunda açıklama yapıldı ve 'gizlilik ilkesine' bağlı kalındı (Ek 6).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- 11-22. Haftalar arasındaki gebelerle yapılmış olması
- Verilerin Covid-19 pandemi süresinde toplanmış olması
- Araştırma bulgularının yalnızca bu çalışmaya katılan gebeler için genellenebilir olmasıdır.

4. BULGULAR

Prenatal tarama test sonucuna göre riski düşük ve yüksek düzeyde olan gebelerin psikososyal sağlık durumlarının karşılaştırılması amacıyla 165 düşük riskli gebe 165 yüksek riskli gebe ile yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 1. Prenatal tarama test sonucuna göre gebelerin düşük ve yüksek risk grubunda olma durumlarına göre sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Düşük Risk		Yüksek Risk		Önemlilik
	n	%	n	%	
Eğitim düzeyi					
İlköğretim	23	13.9	31	18.8	$\chi^2=8.137$ $p=0.087$
Lise	43	26.1	59	35.8	
Önlisans	25	15.2	18	10.9	
Lisans	63	38.2	52	31.5	
Lisansüstü	11	6.6	5	3.0	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	95	57.6	111	67.3	$\chi^2=4.072$ $p=0.131$
Çalışmıyor	70	42.4	54	32.7	
Medeni durum					
Evli	165	100	165	100	
Bekâr	-	-	-	-	
Aile tipi					
Çekirdek	156	94.5	136	82.4	$\chi^2=11.896$ $p=0.001$
Geniş	9	5.5	29	17.6	
Yaşanan yer					
Köy	8	4.8	11	6.6	$\chi^2=4.645$ $p=0.187$
İlçe	52	31.6	67	40.7	
İl Merkez	105	63.6	87	52.7	
Gelir algısı					
Kötü	3	1.8	3	1.8	$\chi^2=3.388$ $p=0.184$
Orta	94	57.0	110	66.7	
İyi	68	41.2	52	31.5	
Eş eğitim düzeyi					
İlköğretim	24	14.5	23	13.9	$\chi^2=17.811$ $p=0.003$
Lise	41	24.8	67	40.6	
Önlisans	23	13.9	9	5.5	
Lisans	64	38.8	61	37	
Lisansüstü	10	6.2	2	1.2	
Diğer	3	1.8	3	1.8	
Eş çalışma durumu					
Çalışmıyor	160	97.0	155	93.9	$\chi^2=1.746$ $p=0.186$
Çalışıyor	5	3.0	10	6.1	
Gebelik sayısı					
1	80	48.5	57	34.5	$\chi^2=12.249$ $p=0.016$
2	46	27.9	42	25.5	
3	28	17	42	25.5	
4	8	4.8	14	8.4	
5 ve üzeri	3	1.8	10	6.1	

Tablo 1. (Devam)

Gebe kalma şekli							
Doğal yol	155	93.9	149	90.3	$\chi^2=1.846$ $p=0.397$		
Tüp gebelik (IVF)	9	5.5	13	7.9			
Aşılama (İnseminasyon)	1	0.6	3	1.8			
Gebeliği isteme durumu							
Ben ve eşim istedi	146	88.5	141	85.4	$\chi^2=0.670$ $p=0.715$		
Ben ve eşim istemedi	7	4.2	9	5.5			
İkimizden biri istedi	12	7.3	15	9.1			
Yaşayan çocuk sayısı							
Bu ilk gebeliğim	88	53.3	65	39.4	$\chi^2=16.717$ $p=0.002$		
1 çocuğum var	54	32.7	48	29.1			
2 çocuğum var	21	12.7	41	24.8			
3 çocuğum var	2	1.1	9	5.5			
4 ve üzeri var	-	-	2	1.2			
Doğum öncesi sağlık hizmeti alma durumu							
Evet alıyorum	151	91.5	157	95.2	$\chi^2=3.526$ $p=0.171$		
Hayır almıyorum	3	1.8	4	2.4			
Kısmen alıyorum	11	6.7	4	2.4			
Eş ile Akraba Olma Durumu							
Hayır	155	93.9	148	89.7	$\chi^2=1.977$ $p=0.160$		
Evet	10	6.1	17	10.3			
Gebelikte sorun yaşama durumu							
Abortus imminens			Hiperemesis gravidarum				
		n	%			n	%
Düşük risk		-	0			26	15
Yüksek risk		35	21			31	18
Sürekli değişkenler	Düşük Risk			Yüksek Risk			Önemlilik
	n	Ort	SS	n	Ort	SS	
Yaş	165	29.19	4.21	165	31.88	5.55	t=-4.960, p=0.000
Evlilik süresi	165	4.56	3.54	165	6.9	5.1	t=-4.945, p=0.000
Gebelik haftası	165	20.65	4.43	165	19.72	3.60	U=11366.000, p=0.009

Tablo 1’de görüldüğü gibi prenatal tarama test sonucuna göre düşük riskli gebelerin; %38.2’si lisans mezunu, %57.6’sı çalışmakta ve tamamı evlidir. Gebelerin %94.5’i çekirdek ailede, %63.6’sı il merkezinde yaşamakta ve %57’sinin gelir algısı “orta” düzeydedir. Gebelerin %38.8’inin eşi lisans mezunudur, %97’sinin eşi çalışmaktadır. Gebelerin %48.5’inin 1 gebeliği mevcut, %93.9’u doğal yolla, %88.5’i isteyerek gebe kalmış ve %53.3’ünün yaşayan çocuk sayısı 1’dir. Gebelerin %91.5’i düzenli antenatal hizmet almış, %93.9’unun eşiyle akrabalığı yoktur.

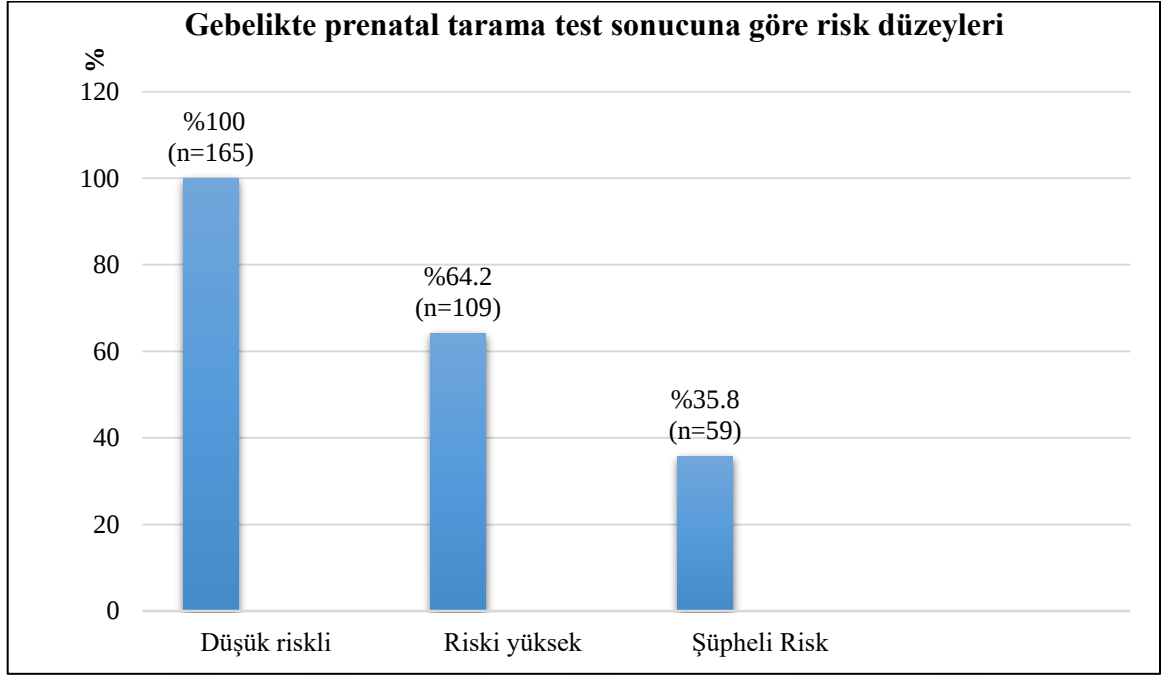
Tablo 1’de görüldüğü gibi, prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerin %35.8’i lise mezunu, %67.3’ü çalışmakta ve tamamı evlidir. Gebelerin %82.4’ü çekirdek ailede, %52.7’si il merkezinde yaşamakta ve %66.7’si ‘orta’ gelir düzeyine sahiptir. Gebelerin %40.6’sının eşi lise mezunudur, %93.9’unun eşi çalışmaktadır, %34.5’inin 1 gebeliği mevcut, %90.3’ü doğal yolla , %85.4’ü isteyerek gebe kalmış ve %39.4’ünün yaşayan çocuk sayısı 1’dir. Gebelerin %95.2’si düzenli antenatal hizmeti almış ve %89.7’sinin eşiyle akrabalığı yoktur.

Tablo 1’de görüldüğü gibi prenatal tarama test sonucuna göre düşük ve yüksek riskli gebeler; eğitim düzeyi, yaşanan yer, medeni durum çalışma durumu, eşin çalışma durumu, düzenli antenatal hizmet alabilme, gebe kalma şekli, gebeliği isteme durumu, eşi ile akraba olma durumu özellikleri ile benzer bulunmuştur. Gruplar arası istatistiksel farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Prenatal tarama test sonucuna göre düşük ve yüksek riskli gebeler; yaş, aile tipi, eş eğitim düzeyi, gebelik sayısı, gebelik haftası, yaşayan çocuk sayısı bakımından benzer özellikte olmayıp, gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebe grubunda, düşük riskli gebe grubuna göre geniş aile, eşin lise mezunu olma durumu, gebelik ve yaşayan çocuk sayısı daha fazla orandadır. Prenatal tarama test sonucuna göre düşük riskli gebelerde; gebenin yaşı ortalaması 29.19 ± 4.21 ve gebelik haftası ortalaması 20.65 ± 4.43 iken yüksek riskli gebelerde; gebelik yaş ortalaması 31.88 ± 5.55 ve gebelik haftası ortalaması 19.72 ± 3.60 değerinde saptanmıştır. Gruplar arası farklılık, istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır ($p<0.05$).

Prenatal tarama test sonucuna göre düşük ve yüksek riskli gebelerin yaşadığı sorunlara bakıldığında; düşük risk grubundaki gebelerin %15’inin hiperemesis gravidarum sorunu yaşadığı görülmüştür. Abortus imminens geçiren düşük riskli gebelikler araştırma

kapsamı dışında bırakılmıştır. Yüksek risk grubundaki gebelerin ise %21 oranında abortus imminens riski, %18 oranında ise hiperemesis gravidarum yaşadıkları görülmüştür. Gruplar arası yüzdelik farkı, istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).



Şekil 1. Gebelikte prenatal tarama test sonucuna göre risk düzeyleri (n=330)

Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerin %64.2'sinin yaptırdıkları prenatal tarama testleri sonucu (ikili, üçlü, nifty, dörtlü tarama testleri gibi) 'şüpheli riskli' (kesin olmayıp, ileri tanı yöntemlerine ihtiyaç olan), %35.8'inin ise 'kesin riskli' şeklindedir.

Tablo 2. Prenatal tarama test sonucuna göre düşük ve yüksek risk grubundaki gebelerin tarama testine ilişkin bilgi ve bulgularının karşılaştırılması

Bilgi ve Bulgular	Düşük Risk		Yüksek Risk		Önemlilik
	n	%	n	%	
İkili tarama testi yaptırma durumu					
Evet	125	75.8	136	82.4	$\chi^2=2.217$
Hayır	40	24.2	29	17.6	$p=0.136$
Üçlü tarama testi yaptırma durumu					
Evet	16	9.7	26	15.8	$\chi^2=2.728$
Hayır	149	90.3	139	84.2	$p=0.099$
Dörtlü tarama testi yaptırma durumu					
Evet	3	1.8	1	0.6	$p=0.623^*$
Hayır	162	98.2	164	99.4	
Ayrıntılı ultrasonografi (usg)yaptırma durumu					
Evet	111	67.3	93	56.4	$\chi^2=4.160$
Hayır	54	32.7	72	43.6	$p=0.041$
Nifty yaptırma durumu					
Evet	8	4.8	10	6.1	$\chi^2=0.235$
Hayır	157	95.2	155	93.9	$p=0.628$
Herhangi bir tarama testini kendi isteğiyle yaptırma durumu					
Evet	141	85.5	125	75.8	$\chi^2=5.703$ $p=0.058$
Hayır	5	3.0	5	3.0	
Kısmen	19	11.5	35	21.2	
Başka birinin isteğiyle tarama testi yaptırma					
Eş	2	7.7	-	-	$\chi^2=6.393$ $p=0.041$
Sağlık profesyoneli	22	84.6	40	100	
Diğer	2	7.7	-	-	
Tarama testinde risk tespit edilme durumu**					
Evet	-	-	165	100	-
Hayır	165	100	-	-	
İkili tarama testinde risk varlığı**					
Evet	-	-	79	47.9	-
Hayır	165	100	86	52.1	
Üçlü tarama testinde risk varlığı**					
Evet	-	-	11	6.7	-
Hayır	165	100	154	93.3	
Ayrıntılı ultrasonda risk tespit varlığı**					
Evet	-	-	80	48.5	-
Hayır	165	100	85	51.5	
Tarama testlerinde risk düzeyleri					
Normal	165	100	-	-	$\chi^2=322.096$ $p=0.000$
Şüpheli	-	-	106	64.2	
Kesin Riskli	-	-	59	35.8	
Prenatal tanı yöntemleri yapılma durumu**					
Evet	-	-	40	24.2	-
Hayır	-	-	125	75.8	
Yapılan prenatal tanı işlemi**					
Amniosentez	-	-	30	75	-
Koryonik villus örnekleme	-	-	10	25	
Önceki gebeliklerde tarama testlerine yönelik risk varlığı					
Test Yaptırmadı	30	18	35	21.2	$\chi^2=2.625$ $p=0.246$
Yok	120	72.7	108	65.4	
Var	15	9.3	22	13.4	

* Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldığı için χ^2 değeri bulunmamaktadır.

** İstatistiksel test uygulanmamıştır.

Tablo 2’de görüldüğü gibi prenatal tarama test sonucuna göre düşük riskli gebelerin; %75.8’i ikili tarama testi, %9.7’si üçlü, %1.8’i dördü, %67.3’ü ayrıntılı USG, %4.8’i Nifty testi yaptırmıştır. Gebelerin %85.5’i tarama testini kendi istekleri ile yapmıştır. Düşük riskli gebelerin %9.3’ü önceki gebeliklerinde tarama testlerine yönelik “risk” olduğunu belirtmektedir.

Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerin; %82.4’ü ikili tarama testi, %15.8’i üçlü, %0.6’sı dördü, %56.4’ü ayrıntılı USG, %6.1’i Nifty yaptırmıştır. Gebelerin %75.8’i tarama testini kendi istekleri ile yapmış, başka birinin isteği ile yaptıranların tamamı sağlık profesyonelinin isteği ile yaptırmıştır. Gebelerin %24.2’üne tanı işlemi yapılmış olup yapılan işlem ise %75 oranında amniyosentezdir. Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerin %13.4’ü, önceki gebeliklerinde tarama testlerinde ‘risk’ olduğunu belirtmektedir.

Prenatal tarama test sonucuna göre düşük ve yüksek riskli gebeler; ikili, üçlü, dördü tarama ve nifty testini yaptırma, herhangi bir tarama testini kendi isteğiyle yaptırma, önceki gebeliklerinde risk varlığı özellikleri yönünden karşılaştırıldığında gruplar arası fark istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Prenatal tarama test sonucuna göre düşük ve yüksek riskli gebeler; ayrıntılı USG yaptırma, başka birinin isteği ile tarama testi yaptırma bakımından ise gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Prenatal tarama test sonucuna göre düşük riskli gebe grubunda ‘tarama testinin sağlık profesyoneli isteği ile yaptırma’ ve ‘ayrıntılı USG yaptırma’ oranı, yüksek riskli gebelerden daha fazla bulunmuştur.

Tablo 3. Prenatal tarama test sonucuna göre düşük ve yüksek risk grubunda olan gebelerin gebelikte psikososyal sağlık ölçeği toplam ve alt boyut ortalamasının karşılaştırılması

Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği	Düşük Riskli Gebeler			Yüksek Riskli Gebeler			Test ve p değerleri
	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	
Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları							
Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler	165	4.56	0.41	165	4.45	0.40	t=2.300 p=0.022
Kaygı ve strese ait özellikler	165	3.90	0.67	165	3.74	0.60	t=0.893 p=0.037
Aile içi şiddete ait özellikler	165	4.80	0.28	165	4.84	0.18	U=12949.000 p=0.426
Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler	165	4.30	0.59	165	4.19	0.47	U=10904.000 p=0.002
Ailesel özellikler	165	4.51	0.50	165	4.50	0.48	U=13092.000 p=0.534
Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler	165	4.30	0.58	165	4.42	0.50	U=12076.500 p=0.074
Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı	165	4.39	0.34	165	4.36	0.22	U=12618.500 p=0.251

Tablo 3’de görüldüğü gibi çalışmada GPSDÖ toplam puan ortalaması prenatal tarama test sonucuna göre düşük riskli gebelerde 4.39 ± 0.34 , yüksek riskli gebelerde 4.36 ± 0.22 saptanmıştır. Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerde GPSDÖ toplam puan ortalaması, düşük riskli gebelere göre “daha düşük” saptanmış ancak puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

GPSDÖ’nin ‘psikososyal destek gereksinimine ait özellikler’ alt boyutundan prenatal tarama test sonucuna göre düşük riskli gebeler 4.30 ± 0.59 , yüksek riskli gebeler 4.19 ± 0.47 puan almış olup, puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

GPSDÖ’nin ‘gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler’ alt boyut puan ortalaması prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerde 4.45 ± 0.40 , düşük riskli gebeliklerde 4.56 ± 0.41 olup puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

GPSDÖ'nin 'kaygı ve strese ait özellikler' alt boyut puanı prenatal tarama test sonucuna göre düşük riskli gebeler 3.90 ± 0.67 , yüksek riskli gebeler 3.74 ± 0.60 olup, puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

GPSDÖ'nin 'aile içi şiddete ait özellikler' alt boyutu puan ortalaması prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerde 4.80 ± 0.28 , düşük riskli gebelerde 4.84 ± 0.18 olup gruplar arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

GPSDÖ'nin 'ailesel özellikler' alt boyutu puan ortalaması prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerde 4.51 ± 0.50 , düşük riskli gebelerde 4.51 ± 0.50 olup gruplar arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

GPSDÖ'nin 'gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler' alt boyutu puan ortalaması prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerde 4.30 ± 0.58 , düşük riskli gebelerde 4.42 ± 0.50 olup gruplar arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4. Prenatal tarama test sonucuna göre düşük riskli gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine ile gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	n	GPSDÖ Toplam	
		Ort.	SS.
Eğitim durumu	İlköğretim	23	4.24
	Lise	43	4.33
	Önlisans	25	4.44
	Lisans	63	4.48
	Lisansüstü	11	4.41
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=15.530$ $p=0.004$
Çalışma durumu	Çalışıyor	95	4.37
	Çalışmıyor	70	4.43
	Test ve Önemlilik		$U=3088.500$ $p=0.436$
Aile tipi	Çekirdek	156	4.41
	Geniş	9	4.20
	Test ve Önemlilik		$U=474.000$ $p=0.102$
Yaşanılan yer	Köy	8	4.30
	İlçe	53	4.37
	İl merkez	105	4.41
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=3.386$ $p=0.184$
Gelir algısı	Kötü	3	3.83
	Orta	94	4.36
	İyi	68	4.47
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=8.060$ $p=0.018$
Eş eğitim düzeyi	İlköğretim	24	4.31
	Lise	41	4.36
	Önlisans	23	4.41
	Lisans	64	4.45
	Lisansüstü	10	4.36
	Diğer	3	4.42
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=8.289$ $p=0.141$

Tablo 4. (Devam)

Eş çalışma durumu	Çalışmıyor	160	4.40	0.32
	Çalışıyor	5	4.08	0.78
	Test ve Önemlilik		U=309.500 p=0.390	
Gebelik sayısı	1	80	4.42	0.36
	2	46	4.41	0.31
	3	28	4.34	0.32
	4	8	4.29	0.40
	5 ve üzeri	3	4.30	0.19
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=3.751$ p=0.441	
Gebe kalma şekli	Doğal yol	155	4.39	0.34
	IVF	9	4.49	0.32
	Aşılama	1	4.71	-
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=1.903$ p=0.386	
Gebeliği isteme durumu	Evet	146	4.43	0.30
	Hayır	7	3.95	0.67
	İkisinden biri istedi	12	4.16	0.34
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=12.149$ p=0.002	
Çocuk sayısı	İlk gebelik	88	4.41	0.36
	1 çocuğum var	54	4.41	0.29
	2 çocuğum var	21	4.29	0.35
	3 çocuğum var	2	4.21	0.23
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=4.328$ p=0.228	
Sağlık hizmeti alma durumu	Evet	151	4.42	0.30
	Hayır	3	3.90	1.02
	Kısmen	11	4.15	0.38
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=6.340$ p=0.042	
Akrabalık durumu	Hayır	155	4.40	0.34
	Evet	10	4.31	0.33
	Test ve Önemlilik		U=629.000 p=0.319	

Tablo 4’de görüldüğü gibi, prenatal tarama test sonucuna göre düşük riskli gebelerin eğitim düzeyi, gelir algısı, eş eğitim düzeyi, gebeliği isteme durumu, antenatal bakım alma durumuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0.05$). İstatistiksel farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); ilköğretim mezunu olan gebe ve eşlerinin, lise, lisans ve lisansüstü eğitimde olanlara göre; gelir algısı ‘kötü’ düzeyde olanların, ‘orta’ ve ‘iyi’ düzeyde olanlara göre, bu gebeliğini kendi ve eşi de isteyenler istemeyenlere göre, doğum öncesi hizmet alanlar almayanlara göre GPSDÖ toplam puan düzeyi daha düşük saptanmıştır. Farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4’de görüldüğü gibi prenatal tarama test sonucuna göre düşük riskli gebelerde; çalışma durumu, aile tipi, eşin çalışma durumu, yaşanılan yer, gebe kalma şekli, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, akrabalık durumuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 5. Prenatal tarama test sonucuna göre düşük risk grubundaki gebelerin tarama testlerine ilişkin bilgi ve bulguları ile GPSDÖ toplam puan ortalamasının karşılaştırılması

Prenatal tarama testlerine ilişkin bilgi ve bulgular		n	GPSDÖ Toplam	
			Ort.	SS.
İkili tarama testi yaptırma	Evet	125	4.42	0.36
	Hayır	40	4.31	0.25
	Test ve Önemlilik		U=1716.500 p=0.003	
Üçlü tarama testi yaptırma	Evet	16	4.09	0.43
	Hayır	149	4.43	0.31
	Test ve Önemlilik		U=540.000 p=0.000	
Dörtlü tarama testi yaptırma	Evet	3	4.29	0.43
	Hayır	162	4.40	0.34
	Test ve Önemlilik		U=199.000 p=0.592	
Ayrıntılı USG yaptırma	Evet	111	4.45	0.29
	Hayır	54	4.29	0.41
	Test ve Önemlilik		U=2315.500 p=0.018	
Nifty yaptırma	Evet	8	4.35	0.24
	Hayır	157	4.40	0.34
	Test ve Önemlilik		U=523.000 p=0.426	
Tarama testini kendi isteğiyle yapma	Evet	141	4.41	0.35
	Hayır	5	4.35	0.17
	Kısmen	19	4.31	0.32
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=3.106$ p=0.212	

Tablo 5’de görüldüğü gibi, prenatal tarama test sonucuna göre düşük riskli gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalaması, ikili tarama testi yaptıranlarda yaptırmayanlara göre; üçlü tarama testi yaptıranlarda yaptırmayanlara göre; ayrıntılı USG yapılmayanlarda yapılanlara göre “düşük” saptanmış, fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 5’de görüldüğü gibi, Düşük riskli gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalaması; dörtlü tarama testi, nifty testi, tarama testinin kendi isteğiyle yaptırma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 6. Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile GPSDÖ toplam puan ortalamasının karşılaştırılması

Özellikler	n	GPSDÖ Toplam		
		Ort.	SS	
Eğitim düzeyi	İlköğretim	28	4.18	0.33
	Lise	59	4.39	0.22
	Önlisans	18	4.33	0.34
	Lisans	52	4.46	0.25
	Lisansüstü	5	4.57	0.20
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=21.344$ p=0.001	
Çalışma durumu	Çalışıyor	111	4.34	0.28
	Çalışmıyor	54	4.43	0.29
	Test ve Önemlilik		U=2291.000 p=0.014	
Aile tipi	Çekirdek	136	4.40	0.27
	Geniş	29	4.25	0.34
	Test ve Önemlilik		U=1416.000 p=0.017	
Yaşanılan yer	Köy	8	4.25	0.26
	İlçe	70	4.35	0.26
	İl merkez	87	4.40	0.31
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=5.850$ p=0.054	
Gelir algısı	Kötü	3	3.87	0.08
	Orta	110	4.35	0.26
	İyi	52	4.45	0.32
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=16.013$ p=0.000	
Eş eğitim düzeyi	İlköğretim	23	4.20	0.27
	Lise	67	4.32	0.29
	Önlisans	9	4.52	0.17
	Lisans	61	4.46	0.27
	Lisansüstü	2	4.65	0.09
	Diğer	3	4.52	0.26
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=26.527$ p=0.000	
Eş çalışma durumu	Çalışmıyor	155	4.39	0.26
	Çalışıyor	10	4.03	0.38
	Test ve Önemlilik		U=288.000 p=0.001	

Tablo 6. (Devam)

Gebelik Sayısı	1	57	4.39	0.24
	2	42	4.46	0.31
	3	42	4.34	0.27
	4	14	4.26	0.14
	5 ve üzeri	10	4.17	0.48
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=15.741$ p=0.003	
Gebe Kalma Şekli	Doğal yol	149	4.37	0.29
	IVF	13	4.34	0.29
	Aşılama	3	4.49	0.21
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=0.582$ p=0.748	
İsteyerek Gebe Kalma Durumu	Evet	141	4.42	0.26
	Hayır	9	3.92	0.39
	ikisinden biri istedi	15	4.23	0.19
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=22.977$ p=0.000	
Çocuk Sayısı	İlk gebelik	65	4.41	0.24
	1 çocuğum var	48	4.46	0.28
	2 çocuğum var	41	4.29	0.28
	3 çocuğum var	9	4.05	0.37
	4 ve üzeri	2	4.16	0.48
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=21.510$ p=0.000	
Düzenli Antenatal Hizmet Alma Durumu	Evet	157	4.39	0.27
	Hayır	4	3.89	0.53
	Kısmen	4	4.10	0.32
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=8.930$ p=0.012	
Eşi ile akraba olma durumu	Hayır	148	4.38	0.29
	Evet	17	4.31	0.25
	Test ve Önemlilik		U=1014.000 p=0.191	

Tablo 6’da görüldüğü gibi, prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerin eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, gelir algısı, eş eğitim düzeyi, eş çalışma durumu, gebelik sayısı, gebeliği isteme durumu, düzenli antenatal hizmet alma durumu, yaşayan çocuk sayısına göre GPSDÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0.05$).

Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalaması; çalışan gebelerde çalışmayanlara, geniş ailede yaşayanlar çekirdek ailede yaşayanlara, eşi çalışanlarda çalışmayanlara göre daha düşük saptanmıştır ($p<0.05$).

Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); ilköğretim mezunlarının GPSDÖ toplam puanların lise, lisans ve lisansüstü mezunlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir algısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); iyi gelir düzeyinde olanların GPSDÖ toplam puanlarının, orta gelir düzeyindekilerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eş eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); eşi ilköğretim mezunu olanların GPSDÖ toplam puanlarının, eşi ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

İsteyerek gebe kalma durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); ‘eşim ve ben birlikte istedik ’ yanıtı verenlerin GPSDÖ toplam puanlarının, ‘ikimizde istemedik’ ve ‘ikimizden biri istemedi’ yanıtı verenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin düzenli antenatal hizmet alma durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U); ‘antenatal hizmet aldım’ yanıtı verenlerin GPSDÖ puanlarının, ‘sağlık hizmeti almıyorum’ ve ‘kısmen alıyorum’ yanıtı verenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7. Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek risk grubundaki gebelerin tarama testlerine ilişkin bilgi ve bulgularının gebelikte GPSDÖ toplam puan ortalaması ile karşılaştırılması

Prenatal Tarama Testlerine ilişkin bilgi ve bulgular		n	GPSDÖ Toplam	
			Ort.	SS.
İkili tarama testi yaptıurma durumu	Evet	136	4.39	0.27
	Hayır	29	4.31	0.36
	Test ve Önemlilik		U=1805.000 p=0.475	
Üçlü tarama testi yaptıurma durumu	Evet	26	4.33	0.29
	Hayır	139	4.38	0.29
	Test ve Önemlilik		U=1598.000 p=0.350	
Dörtlü Tarama testi yaptıurma durumu	Evet	1	4.25	.
	Hayır	164	4.37	0.29
	Test ve Önemlilik		U=48.000 p=0.475	
Ayrıntılı USG yaptıurma durumu	Evet	93	4.41	0.30
	Hayır	72	4.32	0.26
	Test ve Önemlilik		U=2552.000 p=0.009	
Nifty yaptıurma durumu	Evet	10	4.51	0.16
	Hayır	155	4.36	0.29
	Test ve Önemlilik		U=544.500 p=0.115	
Tarama testini kendi isteğiyle yapma durumu	Evet	125	4.37	0.29
	Hayır	5	4.20	0.37
	Kısmen	35	4.42	0.26
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=2.129$ p=0.345	
İkili tarama test testinde risk varlığı	Evet	79	4.30	0.28
	Hayır	86	4.44	0.28
	Test ve Önemlilik		U=2288.000 p=0.000	
Üçlü tarama testinde risk varlığı	Evet	11	4.42	0.20
	Hayır	154	4.37	0.29
	Test ve Önemlilik		U=799.500 p=0.756	
Ayrıntılı Ultrasonda risk tespiti	Evet	80	4.32	0.30
	Hayır	85	4.43	0.26
	Test ve Önemlilik		U=2470.000 p=0.002	
Tarama testlerinde risk düzeyi	Şüpheli	106	4.42	0.28
	Kesin Riskli	59	4.29	0.27
	Test ve Önemlilik		U=2127.000 p=0.001	
Prenatal tanı işlemi yapılma durumu	Evet	40	4.17	0.30
	Hayır	124	4.44	0.25
	Test ve Önemlilik		U=27.561 p=0.000	
Yapılan tanı işlemi	Amniosentez	30	4.12	0.32
	Koryonik V. örnekleme	10	4.21	0.13
	Test ve Önemlilik		U=99.000 p=0.816	

Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebeliklerde; tarama testi risk varlığı kesin olanlarda, şüpheli olanlara göre, ikili tarama testinde riskli olanlarda olmayanlara göre, ayrıntılı USG’de risk tespit edilenlerde edilmeyenlere göre, prenatal tanı işlemi yapılanlarda yapılamayanlara göre GPSDÖ toplam puan ortalaması “düşük” saptanmıştır. Puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Prenatal tarama testi sonucuna göre yüksek riskli gebelerin prenatal tarama testlerinden ikili, üçlü, dördü, nifty testlerini yaptıрма, tarama testlerini kendi isteğiyle yaptıрма, üçlü tarama testlerinde risk varlığı durumları ile GPSDÖ toplam puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerin; ikili tarama, üçlü tarama ve ayrıntılı USG yaptıрма durumuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0.05$). İkili tarama ve ayrıntılı USG yaptıranların yaptırmayanlara göre, üçlü tarama yaptırmayanların, yaptıranlara göre puan ortalaması daha yüksektir. Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerin; dördü tarama, nifty, tarama testini kendi isteğiyle yapma, önceki gebeliklerde tarama testi risk düzeyi ve pandeminin ruh sağlığını etkilemesi durumuna göre GPSDÖ ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerin; ikili tarama, üçlü tarama, dördü tarama, nifty, tarama testini kendi isteğiyle yapma, üçlü test, tapılan tanı işlemine, önceki gebelik risk düzeyine GPSDÖ puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerin; tarama testi şüpheli çıkanların puanlarının, tarama testi riskli çıkanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 8. Covid 19 pandemisinin prenatal tarama test sonucuna göre düşük riskli ve yüksek riskli gebelerin ruh sağlığını etkileme algısının karşılaştırılması

		Düşük		Yüksek		$\chi^2=6.576$ $p=0.037$
Covid 19 pandemisinin Ruh Sağlığını Olumsuz Etkileme Algısı	Çok olumsuz etkiledi	36	21.8	56	33.9	
	Kısmen olumsuz etkiledi	94	57.0	84	50.9	
	Olumsuz etkilemedi	35	21.2	25	15.2	

Tablo 8’de görüldüğü gibi covid 19 pandemisinin ruh sağlığını etkileme algısının düşük ve riskli gebeliklere göre karşılaştırılması gösterilmektedir.

Gebeliğin prenatal tarama test sonucuna göre düşük ve yüksek riskli olmasının gebelerin covid 19 pandemisinden olumsuz etkilenme yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerde çok olumsuz etkilenme oranı %33.9 iken, düşük riskli gebelerde %21.8 saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Literatürde prenatal tarama test sonucuna göre bu çalışmadaki gibi gebeleri düşük ve yüksek riskli gruplara ayırarak psikososyal sağlık düzeyini araştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. Özellikle şimdiye kadar yapılan ulusal literatür taramasında bizim çalışmamızla benzer amaçlı yapılan bir çalışmayla henüz karşılaşılmamıştır. Bu durum araştırmamızın özgün değeridir. Bu nedenle bu çalışmanın bazı bulguları çalışma içindeki değişkenlerle yorumlanarak yapılacaktır. Ayrıca bu çalışmanın gebelik haftası 11-22 arası olan gebelerle yapılmış olması ve verilerin Covid-19 pandemisinin aktif devam ettiği sürede toplanmış olması bu çalışmadaki tartışmanın kapsamını belirleyen ana özelliklerdendir.

Çalışmamızda GPSDÖ toplam puan ortalaması prenatal tarama test sonucuna göre düşük riskli gebelerde 4.39 ± 0.34 , yüksek riskli gebelerde 4.36 ± 0.22 saptanmıştır. Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli gebelerde GPSDÖ toplam puan ortalaması, düşük riskli gebelere göre “daha düşük” saptanmış ancak puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak GPSDÖ’nin üç alt boyutu olan ‘kaygı ve strese, gebelik ve eş ilişkisine ve psikososyal destek gereksinimine ait özellikler’ puan ortalaması; yüksek riskli gebelerde, düşük riskli gebelere göre ‘daha düşük’ bulunmuş, fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p < 0.05$). Bir başka ifadeyle prenatal tarama testine göre yüksek riskli gebelerde ‘gebelik ve eş ilişkisine’, ‘kaygı ve strese’ ve ‘psikososyal destek gereksinimine’ ait özellikler açısından psikososyal sağlığının bozulma (negatif etkilenme) riski, düşük riskli gebelerden daha fazla olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda GPSDÖ ‘nin ‘kaygı ve strese ait özellikler’ alt boyut puanı yüksek riskli gebelerde, düşük riskli gebelere göre daha düşük bulunmuştur. Yani yüksek risk taşıyan gebelerin yaşadığı kaygı ve stres düşük riskli gebelerin yaşadıklarına oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada prenatal tarama testinde risk tespit edilen gebelerin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu görmüşlerdir (110). Bilgin ve ark. (2010) gebelerin kaygı düzeylerini karşılaştırdıkları çalışmada kaygısı yüksek olan gebelerin %66.5’nin Down sendromu açısından yüksek risk grubunda olduklarını görmüşlerdir (52). Akbaş ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada tarama testinde risk varlığı yüksek olan/ pozitif olan gebelerin üçüncü trimesterde anksiyete düzeyleri arttığı ve uyku kalitelerinin düştüğünü tespit etmişlerdir. Çalışmanın bu bulgusu prenatal tarama testi yüksek riskli tespit edilen gebelerin kaygısının daha yüksek olduğunu göstermektedir (111).

Ayrıca gebelikte uyku kalitesinin düşmesi gebenin psikososyal sağlığını da olumsuz olarak etkileceğini düşündürebilir. Bizim çalışmamızda uyku kalitesi hakkında herhangi bir sorgulama yapılmamıştır. Ancak çalışmayla benzer olarak prenatal tarama testi açısından yüksek riske sahip olan gebelerin kaygılarının arttığı söylenebilir. Gebe kadınların prenatal tarama testlerini kendi isteği ile yaptırıp yaptırmama durumları, testler hakkında gebenin bilgi düzeyi, test-tanı öncesi ve sonrası bilgilendirme ve danışmanlık yapılma durumu, bilgi kaynağına erişebilme, antenatal hizmetlerden faydalanma gibi birçok durum gebelerin kaygı, stres, psikososyal destek gereksinimi gibi psikososyal sağlığını etkileyebilmektedir (90, 102). Bizim çalışmamızda gebenin prenatal tarama testleri hakkında bilgi düzeyini ortaya koyan veri yoktur. Ancak çalışmada prenatal tarama testlerini kendi isteğiyle yaptıran gebelerin oranı düşük riskli gebelerde %85.5, yüksek riskli gebelerde %75.8'dir. Yüksek riskli gebelerde kendi isteği dışında test yaptıranların hepsi sağlık profesyonellerinin, düşük riskli gebelerde ise sağlık profesyoneli (%24.2) ve eşinin yönlendirmesi sonucunda (%7.7) testi yaptırdığını belirtmiştir. Çalışmanın bu bulgusu; gebelerin prenatal tarama testleri konusunda otonomik tutum ve davranış sergileme durumlarını, prenatal tarama testleri hakkında bilgi düzeylerini, sağlık arama davranışlarını, gebe haklarını, karar vermede ailesel ve dışsal faktörlerini, prenatal tarama testleri arasında yaşadığı ikilemler gibi çoklu durumları akla getirmektedir. Prenatal tarama testlerinin zorunlu olmadığı ve gebenin tercihine bırakılması gerektiğini savunan çalışmalar mevcuttur (58). Prenatal tarama testlerinin gebelere yapılan rutin bir uygulama gibi sunulması da gebenin kaygı ve stresini arttırdığı görülmüştür (59).

Yapılan bazı çalışmalarda gebelik süresince yapılan testlerin öncesi ve sonrasında sağlık personelleri tarafından verilen bilgilerin gebenin kaygı ve stresini azalttığı; gebeliğin daha mutlu ve sağlıklı geçtiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (61, 68, 101, 104). Çotur ve ark. (2009) 37 gebe ile yaptıkları çalışmada prenatal tarama testleri hakkında verilen bilgiler konusunda %18.92'si tüm açıklamaların yapıldığını ifade ederlerken, %16.3'ü açıklamalar yeterli olmadığını, %8.11'i bilgi vermediler derken yine %8.11'i ise yeterli bilgi aldığını tespit etmişlerdir. Tarama testleri için verilen danışmanlık hizmetlerinde eksik veya yanlış bilgi verilmesi durumunda olumsuz durumlar oluşabilmektedir (30). Kleinveld ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada test sonucu yanlış bildirilen gebelerde anksiyete düzeylerinin etkilendiği belirtmişlerdir (112). Bu durumun sağlık profesyonellerine olan güveni azaltabileceği düşünülebilir.

Yapılan bir çalışmada prenatal tarama testlerinin tanı koymak için zorunlu olduğunu ve çalışmaya katılan %41.5 gebenin de bu testleri baskı altında yaptırdığını belirtmişlerdir (113). Berg ve ark. (2005) Hollanda da yaptıkları çalışmada bilinçli olarak tarama testi yaptıran gebelerin psikolojik açıdan kendilerini daha iyi hissettikleri belirlenmiştir (114).

Çalışmamızda prenatal tarama testleriyle ilişkili dini inanç konusunda herhangi bir sorgulama yapılmamıştır. Karakuş ve ark. (2015) ve Desdicioğlu ve ark. (2017) de yaptıkları çalışmalarda dini inançlarına göre tarama testlerini reddeden ve tarama test sonucuna göre kürtaj yapılacağını düşünen gebeler olduğunu belirtmektedir (29, 65). Ancak bizim çalışmamız kapsamında gebelerin tarama testlerinden en az birini yaptırma zorunluluğu olduğundan tarama testlerini reddetme durumu olmamıştır. Bu da gebenin bir zorunluluk altında olduğunu ve dini inançlarına ters olsa da tarama testini yaptırmak zorunda olduğunu gösterebilir. Bu durumun bu çalışmadaki gebelerin kaygı ve stres durumunu artırmış olabileceği akla getirmektedir.

Çalışmamızda önceki gebeliklerinde yaptırdığı prenatal tarama testinde risk çıkan yüksek riskli gebelerin oranı %13.4 olarak bulunmuştur. Stefansdottir ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada gebe kadınların daha önce yaptırdıkları tarama testlerinde ortaya çıkan konjenital anomaliler hakkındaki tecrübeleri prenatal testlere katılmadaki isteklerini arttırdığını belirtmişlerdir (115). Koçak ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada önceki gebeliklerinde test sonuçlarında risk bulunan gebelerin kaygı durumlarının risk bulunmayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (6). Bu durumun yaşanan deneyim sonrası karşılaşılabilecek sonuçları bilmesi nedeniyle kaygı durumunu arttırabileceği düşünürebilir.

Yapılan bu çalışmada gebelerin verileri Covid-19 pandemisinin ilk dalgalarında toplanmış olmasına bağlı; pandemi döneminde gebelerin kendisine ve fetusuna yönelik kaygı ve stres, ölüm korkusu, sosyal destek azlığı, ekonomik sıkıntılar, antenatal hizmetlerden yeterince faydalanamama gibi durumlarında kaygı ve stres üzerinde etkili olabileceğini akla getirmektedir. Yüksek riskli gebelerde çok olumsuz etkilenme oranı %33.9 iken, düşük riskli gebelerde %21.8 saptanmıştır. Aktaş ve Aydın'ın (2021), Karavadra ve ark.'ın (2020), Effati-Daryani ve ark.'ın (2020) çalışmasında, COVID-19 pandemisinde gebelerin stres ve anksiyetelerinin arttığı, yakın temasa bağlı kendisine ve bebeğine virüs bulaşma korkusuyla gebelik kontrollerine gitmediği, pandemiye bağlı

gebelerin fiziksel ve psikososyal sağlıklarının bozulduğu belirtilmektedir (28, 116, 117). Bu dönemde gebelerin test sonuçlarını öğrenme ve takipli olduğu sağlık kuruluşuna bulaş nedeniyle gitmek istememesi kaygıyı arttıran bir diğerk faktör olmuş olabileceği düşünölmektedir. Cheng ve ark. (2008) yaptığı çalışmada, prenatal tarama test sonuçları randevu öncesi mesaj yoluyla ve randevu sırasında yüz yüze bildirilmiş, prenatal tarama testi negatif çıkıp mesaj yoluyla bilgilendirilen gebelerin kaygı düzeyi tarama test sonucunu randevuda öğrenenlere göre azalmış olarak belirlenmiştir. Diğerk yandan aynı çalışmasında prenatal tarama test sonucu pozitif çıkan gebeleri mesaj yoluyla erken bilgilendirmenin, kaygıyı azaltmada istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (118). Bu bulgunun aksine Sözen'in (2018) alışmasında ise, prenatal tarama test sonucunu mesaj ile bildirmenin kaygıyı azalttığını görmüşür (61). Gebenin psikososyal sağlık durumunun iyi olması anne, fetüs ve toplum sağlığının yükseltilmesinde önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin pandemi, afet, göç gibi durumlarda gebelere ve eşlerine gerek tele-danışmanlık gerekse mobil uygulamalarla fiziksel ve emosyonel destek sağlayarak gebelikte psikososyal sağlık durumunu yükseltmesi temel sorumluluklarındandır(106, 116, 117).

Yüksek riskli gebeliklerde; ayrıntılı USG'de risk tespit edilenlerde edilmeyenlere göre, prenatal tanı işleminin yapılanlarda yapılamayanlara göre GPSDÖ toplam puan ortalaması "düşük" saptanmış; ikili, üçlü, dörötlü, nifty testlerini yaptıрма, tarama testlerini kendi isteğiyle yaptıрма, üçlü tarama testlerinde risk varlığı durumları psikososyal sağlık durumunu etkilemediği görölmüşür. Bu durum da gebelerin kaygı ve stresini arttırdığını düşündörmektedir (119). Cheuh ve ark. (2007) nın yaptığı çalışmada prenatal tarama testinde NT kalınlığı artmış ve NT kalınlığı normal olan iki gebe grubunun kaygıları karşılaştırıldığında test sonucu pozitif çıkanların kaygı düzeyleri ciddi oranda yüksek bulunmuşür (120). Bilindiği üzere NT kalınlığı ikili tarama testi ile değerlendirilen invaziv bir yöntemdir. Bizim alışmamızda da prenatal tarama testi yüksek çıkan gebelerin %82 si ikili tarama testini yaptırmışür. Prenatal tarama test sonucuna göre yüksek riskli olan gebelerin kaygı oranı düşük riskli olan gebelere göre daha fazladır. Bu yönüyle bulgularımız çalışmayla benzerdir.

Çalışmamızda prenatal tarama testi yüksek riskli tespit edilip invaziv tanı işleminin yapılan gebe oranı %24.4 olarak bulunmuşür. Bu gebelerin %18 i tanı işlemlerinden amniyosentez yaptıırken, %6.4'ü Koryonik Villus Örnekleme işlemini yaptırmışür.

Akbaş ve ark. (2008) ve Dönmez ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada amniyosentez öncesi gebelerin kaygı durumunun çok yüksek oranda olduğunu (%76.3) tespit etmişlerdir (21, 119). Amniyosentez  ncesi yaşanan kaygı ve stresin nedenini Milic ve ark. (2010) ve yapılan başka bir çalışmada gebeliğin düşükle sonlanması, fetüsün sağlığına ilişkin korku ve amniyosentez sonucunun belli bir süre beklenilmesi olarak görmüşlerdir (121, 122). Kowalcek ve ark. (2007) artan gebelik haftası ile nedeniyle annenin fetüse daha güçlü bağlanması nedeniyle amniosentez yaptıranların Koryonik Villus  rneklemeesi yaptıranlara göre kaygısının daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (123). Sanhal ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada Koryonik Villus  rneklemeesi ve amniosentez yapılan gebelerde iki grupta kaygı durumlarının benzerlik olduğunu ancak işlem öncesi kaygı durumunun arttığını tespit etmişlerdir (124). Sözen (2018) yaptığı çalışmada işlem öncesi kaygı durumunun benzer olarak arttığı görülmüştür (61). Bizim  alışmamızda da bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmüştür. Tanı işlemleri öncesi ve sonrası yapılan danışmanlık hizmetiyle kaygı ve stres durumunun azaltılabileceği düşünülebilir. Bu durumun sağlık profesyonelleri tarafından yapılan işlem öncesi danışmanlık hizmetinin yeterli olmadığının göstergesi olarak kabul edilebilir.

Ultrason taraması yapılan gebelerde herhangi bir risk tespiti durumunda stres ve kaygı durumunun arttığını gösteren birçok çalışma mevcuttur. Literatürde yapılan iki ayrı çalışmada ultrason taramasından hemen önce gebe kadınlarda kaygının yüksek olduğunu ancak fetüsün gelişiminin normal olduğuna dair geri bildirim aldıklarında kaygı stres seviyesinin azaldığını görmüşlerdir. Aynı çalışmalarda herhangi bir risk tespiti durumunda gebe kadınlarda kaygı düzeylerinin doğuma sonrasına kadar yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (125, 126). Api ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada gebeleri Usg ve maternal serum taraması ile düşük ve yüksek riskli olarak kategorize etmişlerdir. İki grup arasındaki kaygı oranlarının USG  ncesi ve sonrasında benzer olduğunu görmüşlerdir (127). Bu durumun çalışmanın gebelik haftası 18-22. haftalar arasında olması ve maternal-fetal bağlanması bu haftalarda arttığının bir sonucu olmuş olabileceği düşünülebilir.

Gebelikte psikososyal sağlık gereksinim ihtiya ı, normal bir kadındaki göre artmıştır (16, 17, 35). Çalışmamızda da prenatal tarama testlerinde risk düzeyi yüksek olan gebelerin psikososyal sağlık gereksinimine; prenatal tarama testlerinde risk düzeyi düşük olanlara göre daha fazla ihtiyaç duyduğu gözlenmiştir. Bu durumla birlikte yüksek riske sahip olan gebelerin gebelik ve eş ilişkilerine bakıldığında, düşük riske sahip olan gebelere

göre psikososyal sağlık durumu açısından daha düşük seviyede olduğu görülmüştür. Bu nedenle gebenin psikososyal sağlık gereksinimini önemli düzeyde karşılayacak olan baba adayının antenatal bakım içerisinde yer alan prenatal tarama testleriyle ilgili doğru bilgi ve tutum içerisinde olması oldukça önemlidir. Prenatal tanı için başvuran gebenin ve eşinin beklentileri gebelikle ilgili belirsizlik durumlarının en kısa sürede azaltılmasına yönelik olmalıdır. Prenatal tanıya mümkün olduğuca erken dönemde başlanması ve olası bir risk durumunda gebeliğin erken sonlandırılmasının tıbbi risk, fiziksel ve psikolojik olarak gebeye daha az stres yaşattığı görülmüştür (59). Anormal bir fetüse sahip olacağını öğrenen anne-baba bu durumu inkr edebilir. Bu durum anne ve baba için çok olumsuz bir etkiye sahiptir. Ayrıca bu anormallik gebeliğin seyrini değiştiriyorsa ifte ağır bir yük yüklenmiş olur ve bu durumun üstesinden gelemeyebilir (128). Prenatal dönemde yapılan ultrason anne ve baba adayının stresini azaltıcı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür (129). Yapılan bir çalışmada ultrasonografiyle bebeğini gören baba adaylarının stresinin azaldığı tespit edilmiştir (130). Prenatal tarama testleri sonucunda anormal bir fetüse sahip olacağı belirlenen gebenin bakımı hem fiziksel hem de psikolojik yönden multidisipliner olmalıdır (6, 30, 31, 35). Gebeliğin prognozu ve seyri ifte birlikte tartışılmalı verilecek kararlar öncesi ayrıntılı bilgi verilmelidir. Özbaş (2018) yaptığı çalışmada gebelerin %53  yapılan prenatal tarama testleri hakkında bilgilendiklerini, testin nasıl neden yapıldığı ve teste dair risk ve sonuçların neler olduğunu bildiklerini tespit etmiştir. Ancak aynı çalışmada gebelerin bazıları işlem öncesi ve sonrasında neler olabileceği hakkında kendisinin bilgilendirilmediği ve verilen danışmanlık hizmetinin psikososyal sağlık gereksinimini karşılamadığını ifade etmişlerdir (51). Yavan (2004) te yaptığı çalışmada gebelerin %57 sinin eş ve refakatçisinin bilgilendirilmesini istediği belirlenmiştir (59). Gebenin eş ve yakının tarama testlerine ilişkin bilgilendirilmesi gebe ve ailesinin psikososyal destek gereksiniminin karşılanmasına katkı sağlayarak (61, 71, 82, 85); gebe ve eşinin evlilik uyumu, eş ilişkisi üzerinde olumlu etkisinin olabileceği ve bu durumun gebenin kayđı ve stresini azaltabileceği akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızda prenatal tarama testi sonucuna göre yüksek riskli gebelerin eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, gelir algısı, eş eğitim düzeyi, eş çalışma durumu, gebelik sayısı, gebeliği isteme durumu, düzenli antenatal hizmet alma durumu, yaşayan ocuk sayısı arttıca psikososyal sağlık düzeyinin daha iyi olduğu görülmüştür. Akbaş ve ark (2008) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi azaldıca, evlilik süresi arttıca ve yaşanılan aile tipi geniş aile olanlarda psikososyal sağlığın daha kötü olduğu tespit edilmiştir (21). Dağlar

ve Nur'un (2014) te yaptığı çalışmada gelir durumu iyi olanların gelir durumu az olanlara göre psikososyal sağlığı daha iyi iken, eğitim düzeyi düşük ve çalışmayan gebelerin psikososyal sağlığı daha kötü olduğu belirtilmektedir (25). Bulut ve Yiğitbaş'ın (2018) yaptıkları çalışmada gebelerin gelir durumu, yaşı ve eğitim düzeyinin psikososyal sağlık durumlarıyla herhangi bir ilişki bulunmadığı, Çakır ve Can'ın (2012) yaptıkları çalışmada ise gelir düzeyi arttıkça psikososyal sağlığı arttığını tespit etmişlerdir (23, 24). Derman (2020) çalışmasında evlilik süresi daha az ve gelir durumu daha yüksek olan gebelerde psikososyal sağlık durumunun daha iyi olduğu, öte yandan eğitim düzeyi, yaş, yaşadığı yer, aile tipi, çalışma durumu ve evlilik yaşının psikososyal sağlık düzeyi ile bir ilişkisinin olmadığını tespit etmiştir (131). Küçükaya ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada yaş arttıkça gebelerin psikososyal sağlığının daha iyi olduğu tespit edilmiştir (90). Bödecs ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada genç yaşta olup çalışmayan gebelerin psikososyal sağlık durumlarının kötü düzeyde olduğu belirtilmektedir (22). Çalışmamızda gelir algısı ve eğitim seviyesi arttıkça psikososyal sağlık durumunun daha iyi olduğu görülmüştür. Çalışmanın bu bulgusu eğitim seviyesi ve gelir algısı arttıkça ulaşılabilen refah düzeyi daha yüksek olması ve bu durumun gebelerde yaşam kaygısını azaltarak hissedilen stresin daha az olmasına katkı sağlamış olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca bu çalışmada prenatal tarama test sonucuna göre düşük ve yüksek riskli gebeler; eğitim düzeyi, yaşanan yer, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, gebe kalma şekli, eşi ile akraba olma durumu özellikleri ile benzer olup, gruplar arası istatistiksel fark anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Yapılan bu çalışmada yüksek riskli gebelerde GPSDÖ toplam puan ortalaması, düşük riskli gebelere göre “daha düşük” saptanmış ancak puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). İlaven bu çalışmada GPSDÖ'nin ‘ailesel özellikler’ alt boyutu puan ortalaması, ‘aile içi şiddete ait özellikler’ ve gebelerde ‘gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler’ alt boyutu puan ortalaması yüksek riskli gebelerle düşük riskli gebeler ile karşılaştırıldığında psikososyal sağlık durumları açısından bir fark görülmemiştir.

Çalışmamızda yüksek riskli gebelerin her 10'undan 6'sında riskin “şüpheli” düzeyde saptanmış olması, iki gebe grubunun da gebelik haftasının gebeliğin ikinci trimestirinin orta zamanında olması ve buna bağlı bazı gebelerde gebeliğe bağlı fiziksel yakınmaların benzerliği, çalışmanın sosyo-kültürel yönden benzer coğrafyada yapılması

gebelikte psikososyal saęlıęı deęerlendirme ۆlçeęi toplam puanının ve bu ۆlçeęin “ailesel ۆzellikler, aile içi řiddete ait ۆzellikler ve gebelięe iliřkin fiziksel-psikososyal deęiřikliklere” ait alt boyut puan ortalamasının dűřűk ve yűksek riskli gebe grubunda da benzer olmasında etkisinin olabileceęi akla gelmektedir.



6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Prenatal tarama test sonucunu göre riski düşük ve yüksek düzeyde olan gebelerin psikososyal sağlık düzeylerini karşılaştırmak amacı ile yapılan bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Düşük riskli gebelerde; gebenin yaşı 29.19 ± 4.21 ve gebelik haftası 20.65 ± 4.43 iken Yüksek riskli gebelerde; gebenin yaşı 31.88 ± 5.55 ve gebelik haftası 19.72 ± 3.60 ortalama değerde saptanmıştır ($p < 0.05$).
- Gebelerin prenatal tarama testlerinin (ikili, üçlü, dördü vb.) sonucu; yüksek riskli gebelerin %64.2'sinde “şüpheli risk”, %35.8'inde “kesin risk”, düşük riskli gebelerin ise tamamında “düşük risk” şeklindedir.
- Düşük riskli gebelerin %75.8'i ikili tarama testi, %9.7'si üçlü, %1.8'i dördü, %67.9'ü ayrıntılı USG, %4.5'i Nifty testi yaptırmıştır. %85.5'i tarama testini kendi istekleri ile yapmıştır.
- Yüksek riskli gebelerin %82.4'ü ikili tarama testi, %15.8'i üçlü, %0.6'sı dördü, %56.4'ü ayrıntılı USG, %6.1'i Nifty yaptırmışlardır. Gebelerin %75.8'i tarama testini kendi istekleri ile yapmış, başka birinin isteği ile yaptıranların tamamı sağlık profesyonelinin isteği ile yaptırmıştır.
- Düşük ve yüksek riskli gebeler; ikili, üçlü, dördü tarama ve nifty testini yaptırma, herhangi bir tarama testini kendi isteğiyle yaptırma, önceki gebeliklerinde risk varlığı özellikleri yönünden fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).
- Düşük ve yüksek riskli gebeler; ayrıntılı USG yaptırma, başka birinin isteği ile tarama testi yaptırma bakımından fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Düşük riskli gebe grubunda “tarama testinin sağlık profesyoneli isteği ile yaptırma” ve “ayrıntılı USG yaptırma” oranı, yüksek riskli gebelerden daha fazla bulunmuştur.
- Hem düşük hem yüksek riskli olan gebelerin psikososyal sağlığı; GPSDÖ toplam puan ortalamasına göre “iyi” düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Yüksek riskli gebelerde GPSDÖ toplam puan ortalaması, düşük riskli gebelere göre “daha düşük” saptanmış ancak puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

- GPSDÖ'nin üç alt boyutu olan “kaygı ve strese, gebelik ve eş ilişkisine ve psikososyal destek gereksinimine ait özellikler” puan ortalaması; yüksek riskli gebelerde, düşük riskli gebelere göre “daha düşük” bulunmuştur.
- GPSDÖ'nin “aile içi şiddete ait özellikler”, “ailesel özellikler”, “gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler” alt boyut puan ortalaması düşük ve yüksek riskli gebelerde istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
- Prenatal tarama testi sonucuna göre yüksek riskli gebelerin; “gebelik ve eş ilişkisine”, “kaygı ve strese” ve “psikososyal destek gereksinimine” ait özellikler açısından psikososyal sağlığının bozulma (negatif etkilenme) riski, düşük riskli gebelerden daha fazla olduğu saptanmıştır.
- Düşük riskli gebelerin GPSDÖ toplam puanı, ikili tarama testi yaptıranlarda yaptırmayanlara göre; üçlü tarama testi yaptıranlarda yaptırmayanlara göre; ayrıntılı USG yapılmayanlarda yapılanlara göre “düşük” saptanmıştır ($p<0.05$).
- Yüksek riskli gebeliklerde GPSDÖ toplam puanı, tarama testi risk varlığı kesin olanlarda, şüpheli olanlara göre, ikili tarama testinde riski olanlarda olmayanlara göre, ayrıntılı USG’ de risk tespit edilenlerde edilmeyenlere göre, prenatal tanı işlemi yapılanlarda yapılamayanlara göre “düşük” saptanmıştır ($p<0.05$).
- Düşük riskli gebelerin; eğitim düzeyi, gelir algısı, eş eğitim düzeyi, gebeliği isteme durumu, düzenli antenatal bakım alma durumuna göre GPSDÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0.05$).
- Yüksek riskli gebelerin; eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, gelir algısı, eş eğitim düzeyi, eş çalışma durumu, gebelik sayısı, gebeliği isteme durumu, düzenli antenatal hizmet alma durumu, yaşayan çocuk sayısı, göre GPSDÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0.05$).
- Düşük riskli gebelerin; eğitim düzeyi, gelir algısı, eş eğitim düzeyi, gebeliği isteme durumu, düzenli antenatal bakım alma durumu GPSDÖ toplam puanını etkilemektedir ($p<0.05$).
- Yüksek riskli gebelerin; eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, gelir algısı, eş eğitim düzeyi, eş çalışma durumu, gebelik sayısı, gebeliği isteme durumu,

düzenli antenatal hizmet alma durumu, yaşayan çocuk sayısı GPSDÖ toplam puanını etkilemektedir ($p<0.05$).

- Düşük ve yüksek riskli gebelerde; kendisinin ve eşinin eğitim düzeyi yüksek olanlarda, gelirini iyi algılayanlarda; gebeliğini kendi ve eşi isteyenlerde, düzenli antenatal bakım alanlarda GPSDÖ toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Yüksek riskli gebelerde; kendi ve eşi çalışanlarda, çekirdek alide yaşayanlarda, gebelik sayısı ve çocuk sayısı 1 ve 2 olanlarda, GPSDÖ toplam puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$).

Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Prenatal tarama test sonucu düşük, şüpheli veya yüksek riskli olan tüm gebelerin psikososyal sağlık yönünden taranması, psikososyal sağlık riski yüksek olan gebelerin erken dönemde belirlenerek gerekli bakım tedavi ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanması,
- Prenatal tarama testleri sonucunda risk düzeyleri yüksek olan gebelerin kaygı stres durumlarını azaltmak için bu gebe ve eşine ebe ve hemşireler tarafından antenatal ve genetik danışmanlık hizmetlerinin sunulması,
- Prenatal tarama testi riskli çıkan gebelerin eğer prenatal tanı yöntemleri uygulanacaksa (amniosentez, cvs gibi) gerek işlem öncesi gerekse işlem sonrası klinik birimlerde kaygılarının giderilmesine yönelik danışmanlık hizmeti verilmesi
- Prenatal tarama testi riskli bulunmayan gebelerin psikososyal sağlığının korunması ve yükseltilmesi için gebelik boyunca psikososyal bakım hizmetlerinin sürdürülmesi,
- Antenatal birimlerde çalışan ebe ve hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin prenatal tarama ve tanı yöntemlerine ilişkin hizmet içi eğitimlerle bilgilendirilmesi,
- Gebelikte fiziksel sağlıkla ilişkili çalışmalar kadar psikososyal sağlık çalışmalarının arttırılması ve böylelikle psikososyal sağlığın daha görünür kılınması,
- Doğuma hazırlık sınıfları / gebe okullarında gebe ve eşlerine prenatal tarama testleri ve tanı yöntemleri hakkında bilgi verilmesi,

- Gebelerin psikososyal sağlıklarını değerlendirirken gebenin eği ve ailesi ile birlikte değerlendirilmesi, sosyal desteğin kaygı ve stresi azalttığı bilindiği için danışmanlık ve eğitim uygulamalarına gebenin eğini de dâhil etmek gerektiği,
- Sağlık profesyonellerinin eğitiminde antenatal bakım içerisinde fetal sağlığın değerlendirilmesi konusu üzerinde önemle durulması,
- Antenatal bakım hizmeti almanın gebelerde anksiyeteyi azaltarak psikososyal sağlık durumunu önemli düzeyde etkilediği göz önünde bulundurularak içinde bulunduğumuz Covid-19 pandemi döneminde de gebelere yönelik tele-sağlık, e-sağlık, tele danışma ve mobil-sağlık hizmetlerin arttırılması,
- Bu çalışmanın daha büyük popülasyonla nice ve nitel araştırma tipinin birlikte kullanıldığı mix (karma) tip desende çalışmalarla yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Aktaş S (2018). Riskli gebeliklerde bakım ve danışmanlık. Soğukpınar N (Ed). Riskli Gebeliklerde Fetal Sağlığın Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri, Ankara; sayfa: 62-76.
2. Aktaş S (2018). Gebeliğin erken dönemindeki obstetrik riskler, fetal anomaliler ve fetal sağlığın değerlendirilmesi. Modern Tıp Kitabevi, Ankara; sayfa: 20-32.
3. Akbağ Aypar NN, Tokat Aluş A, Çiçek ÖÇ (2020). Non-invaziv prenatal testlerde güncel yaklaşımlar: hemşirelik, danışmanlık ve etik. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 17(1): 301-304.
4. Symonds IAN M (2009). Abnormalities of early pregnancy, Fraser D And Cooper M.A (Ed). Myles Text Book for Midewifes, London; pp: 313-332
5. Taşkın L (2014). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Akademisyen Kitabevi, Ankara; sayfa: 151-196.
6. Koçak V, Ege E (2016). Prenatal Tarama Testi Uygulanan Gebelerin Kaygı Düzeyi ve İlişkili Faktörler, Genel Tıp Dergisi 26(4): 113-120.
7. Karakayalı Ç (2018). Gebelikte bulantı-kusma şiddetinin doğum korkusu ve psikososyal sağlık düzeyi ile ilişkisi. Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Malatya.
8. Bulut ÖÜ (2018). Prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gebelerde psikososyal sağlık durumlarının karşılaştırılması, Yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
9. Körükcü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoğlu K (2017). Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Clinical and Experimental Health Sciences 7(4): 159-165.
10. Bakır N, Sarıayım Ş (2020). Gebelerde psikososyal sağlık ve doğum öncesi bağlanma arasındaki ilişki. Perinatoloji Dergisi 28(2): 73-81.
11. Beebe K R, Lee K A, Kolhman V C, Humphreys J (2007). The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. Journal of Obstetrics, Gynecological and Neonatal Nursing 36: 410- 418.

12. Yeşilçiçek Çalık K, Aktaş S (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatrik Güncel Yaklaşımlar* 3: 142-162.
13. Karaçam Z, Ançel G (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery* 25: 344-356.
14. Üstgörül S, Yanikkerem E (2017). Postpartum dönemde kadınların psikososyal durumları ve etkileyen risk faktörleri. *Jaren/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi* 3(1): 61-68.
15. Zengin S (2019). Normal ve Riskli Gebelerin Doğum Sonrası Dönemde Anneliğe Uyumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.
16. Uçar H (2014). Gebelerin psikososyal sağlık durumları ile annelik rolü arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Erzurum.
17. Erdemoğlu Ç, Karakayalı Ç, Özşahin Z (2018). Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörler. *The Journal of Turkish Family Physician* 9(2): 34-46.
18. Wall V, Premji S S, Letourneau N, McCaffrey G, Nyanza E C. (2018). Factors associated with pregnancy-related anxiety in Tanzanian women: a cross sectional study. *BMJ Open* 8: 1-8.
19. Aktas S, Yeşilçiçek Çalık K (2015). Factors affecting depression during pregnancy and the correlation between social support and pregnancy depression. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 17(9): e16640.
20. Arslan B (2010). Gebelerde anksiyete ve depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler. Tıpta uzmanlık tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta.
21. Akbaş A, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş H, Sertbaş G (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyiyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 45(3): 85-91.

22. Bödecs T, Horvath B, Kovacs L, Nemeth MD, Sandor J (2009). Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orv Hetil* 150(41): 1888-1893.
23. Bulut A, Yiğitbaş Ç (2018). Gebelerde depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 15(1): 5-9.
24. Çakır L, Can H (2012). Gebelikte sosyodemografik değişikliklerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Turkish Family Physician* 3(2): 35-42.
25. Dağlar G, Nur N (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 36(4): 429-441.
26. Elkin N (2015). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 8(1): 22-31.
27. Yazıcı Topçu T, Aktaş S (2022). An investigation of the relationship between health literacy levels of pregnant women and their perceptions of traumatic childbirth. *Social Work in Public Health* 37(2): 195-207.
28. Aydın R, Aktaş S (2021). An investigation of women's pregnancy experiences during the covid-19 pandemic: A qualitative study. *International Journal of Clinical Practice*: e14418
29. Desdicioğlu R, Yıldırım M, Süleymanova İ, Atalay İ, Özcan M, Yavuz AF (2017). Gebe kadınların antenatal testlere yaklaşımını etkileyen faktörler. *Ankara Medical Journal* 17(1): 57-64.
30. Yeşilçinar İ (2018). Prenatal tarama ve tanı testlerine yönelik verilen danışmanlık hizmetinin gebelerin karar vermede çatışma, karardan emin olma, anksiyete düzeyleri ve testlere ilişkin tutumlarına etkisinin değerlendirilmesi, Doktora tezi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.
31. Yeşiltepe Oskay Ü (2004). Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi* 12: 11-6.

32. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, Gülmezoglu AM (2018). Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 223: 123-132.
33. Joseph JG, El-Mohandes AAE, Kiely M, El-Khorazaty MN, Gantz MG, Johnson AA (2009). Reducing psychosocial and behavioral pregnancy risk factors: Results of a randomized clinical trial among high-risk pregnant african american women. *American Journal of Public Health* 99: 1053-1061
34. Aydemir H, Hazar HU (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeinin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 3(2): 815-833.
35. Sözeri C (2011). Gebelikte psikososyal sağlığın değerlendirilmesinin doğum sonu depresyonu belirlemedeki etkisi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı, İstanbul.
36. Taşkın L (2009). Fetal sağlığın değerlendirilmesi. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Sistem Ofset Matbacılık, Ankara; sayfa: 133-146.
37. Rathfisch G (2015). Hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları. Kızılkaya Beji N (Ed.), Gebelik: İnsan Üreme Fizyolojisi. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara; sayfa: 255-271.
38. Kaya D (2021). Normal gebelik ve bakım. Doğan Yükseköl Ö, Evcili F, Demirel G (Ed), Gebeliğin Oluşumu Ve Fizyolojisi. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara; sayfa: 64.
39. Gary Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Spong C, Hoffman B, Casey B (2013). Williams Obstetrics. 23 th ed. Çeviren: Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, Aslan H, Gül A, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; sayfa: 150-160.
40. Karabulut Doyurgan T (2009). Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların uyum düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Samsun.
41. Coşar Çetin F, Yeşilçiçek Çalık K (2018). Doğum öncesi dönem I. Yeşilçiçek Çalık K (Ed.), Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler. İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 125-149.

42. Keskin G (2014). Doğal ya da yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınların trimesterlere göre psikososyal sağlıkları. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul.
43. Rathfisch G, Höbek Akarsu R (2021). Gebeliğin taçlandırdığı annelik mucizesi. Işık C (Ed.), Gebeliğe ve Annelik Sürecine Psikososyal Uyumlanma. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara; sayfa: 15-25.
44. Demirel G, Kaya N (2021). Normal gebelik ve bakım. Doğan Yükseköl Ö, Evcili F, Demirel G (Ed.), Prekonsepsiyonel Bakım Ve Önemi. Nobel Tıp Kitapevi, Ankara; sayfa: 14
45. Güvenç G (2019). Yüksek riskli gebelikler ve yönetimi. Taşçı Duran E, Gerçek E (Ed.), Yüksek Riskli Gebeliğin Antepartum Bakımı. Nobel Tıp Kitapevi, Ankara; sayfa: 88-104.
46. Cihan H, Dirilen Gumus O, Erkenekli K (2017). Comparison of women with risk-free and high-risk pregnancy and family resilience. Journal of Psychology and Behavioral Science 5(1): 25-30.
47. Kamalak H (2015). Yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisi. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Aydın.
48. Ölçer Z, Oskay Ü (2015). Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 12(2): 85-92.
49. Özçetin YSÜ, Erkan M (2019). Yüksek riskli gebelerde psikolojik sağlamlık, algılanan stres ve psikososyal sağlık. Çukurova Medical Journal 44(3): 1017-1026.
50. Arslan H, Beyza B, Güneş K, Eryurt MA (2018). Türkiye’de Riskli Gebelikler: 2018 TNSA Bulguları. Nüfusbilim Dergisi 42(1): 64.
51. Özbaş C (2018). Ankara ili bazı ilçelerindeki aile sağlığı merkezleri ile bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran 18-49 yaş arasındaki kadınların prenatal tarama ve tanı yöntemleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

52. Bilgin Z (2004). Fetal sağlığın değerlendirilmesinde Non-invaziv yöntemlerin etkinliği. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
53. ner E (2017). Gebelerin Gebelikte Yapılan Tarama Testleri Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Aile hekimliği uzmanlık tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Van.
54. Diribaş K, Kaya C, Koç FA (2002). İlk trimester fetal tarama testleri. Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology 12(2): 186-193.
55. Marcus-Braun N, Brick O, Manor E, Segal D, Harari G, Toma I, ShalevS, Borochowitz Z.U, Yaron Y, Sharony R, Itzhaky D, Shtoyerman R, Appelman Z, Braun G (2009) Dependence of maternal serum AFP / HCG median ratios on age of gestation: comparsion of trisomy 21 to euploid pregnancies. Prenatal Diagnosis: Published in Affiliation With The International Society For Diagnosis 29(12): 1130-1134.
56. Kleinveld JH (2008). Psychological consequences of prenatal screening. Erişim adresi <https://www.researchgate.net/publication/241850688>. [Erişim Tarihi:21.11.2021].
57. Yazarı K (2004). Gebelikte Down sendromu tanısı için tarama testleri ve güvenilirlikleri. TJD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi 6: 30-35
58. Koçak V (2014). Prenatal tarama testi için başvuran gebelerde kaygı düzeyi ve ilişkili faktörler. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Doğum Ve Kadın hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya.
59. Yavan T (2004). Prenatal tanı testi uygulanacak gebelere yönelik danışmanlık Protokolünün Etkinliğinin İncelenmesi. Doktora tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.
60. Weinans MJ, Kooij L, Mller MA, Bilardo KM, Van Lith JM, Tymstra T (2004). A comparison of the impact of screen-positive results obtained from ultrasound and biochemical screening for Down syndrome in the first trimester: a pilot study. Prenatal Diagnosis: Published in Affiliation With the International Society for Prenatal Diagnosis 24(5): 347-351.

61. Sözen I (2018). Prenatal tarama testlerinin maternal kaygı düzeyine etkisi. Kadın hastalıkları ve doğum hekimliği, Uzmanlık tezi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
62. Doğan E, Dinç H (2021). Güncel prenatal tarama testi: Hücreden serbest fetal DNA analizi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi 7(1): 71-84.
63. Atar S, Yalın NY (2019). Kişisel nedenler ile yapılan invaziv olmayan prenatal test ve etik değerlendirme. Türkiye Biyoetik Dergisi 6(1): 26-33.
64. Koçak DY, Beji NK, Duman NB (2015). Prenatal tanı yöntemlerinde etik yaklaşım. Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi 1(2): 86-90.
65. Karakuş R (2015). Gebelerin ikili ya da üçlü testler hakkındaki bilgi düzeyinin araştırılması. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 12(5): 174-178.
66. Erkek ZY, Koçoğlu FM (2016). Tokat il merkezinde çalışan ebelerin üçlü tarama testine ilişkin bilgi ve uygulama düzeylerinin saptanması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5(3): 16-22.
67. Yabancıün Ş (2016). Prenatal ikili ve üçlü tarama testi yaptıran hamilelerin sosyodemografik özellikleri. Doktora tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Konya.
68. Gündüz ÖD, Eser A, Çoban U, Tekeli S (2016). Üçlü test sonuçlarının perinatal sonuçlar üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Perinatoloji Dergisi 24(1): 26-31.
69. Göksavar H, Erata Y, Kılıç B (2009). Üçlü tarama testi sonuçlarıyla gebelik komplikasyonları arasındaki ilişkiler. Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology 19(6): 342-348.
70. World Health Organization (2002). WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model (No. WHO/RHR/01.30). World Health Organization.
71. Değirmenci F (2016). Gebelerin psikososyal sağlık durumları ile sosyal destekleri arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
72. Yıldız H (2011). Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 4(1): 63-74.

73. Aksay Y, Gülhan YB, Saygın N, Körükçü Ö (2017). Gebelerin psikososyal sağlığı doğum tercihini etkiler mi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6(4): 138-145.
74. Maxson PJ, Edwards SE, Valentiner EM, Miranda ML (2016). A multidimensional approach to characterizing psychosocial health during pregnancy. Maternal and child health journal, 20(6): 1103-1113.
75. Yılmaz EB, Şahin E (2019). Gebelerin prenatal sıkıntı düzeyleri ile ilişkili faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 10(3): 197-203.
76. Şahin EM, Kılıçarslan S (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ve bunları etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fak Dergisi 27(1): 51-8.
77. Matthey S (2005). Assessing for psychosocial morbidity in pregnant women. CMAJ 173(3): 267-269.
78. Bayık A, Özsoy SA, Ardahan M, Özkahraman Ş, İz FB (2006). Kadınların stres verici yaşam olaylarıyla karşılaşma durumları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(2): 1-12.
79. Eskici L, Akca SD, Atasoy N, Arıkan İ, Harma M (2012). Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri. Anatol J Clin Investig 6(1): 10-16.
80. Bakır N, Sarıayım Ş (2020). The relationship between psychosocial health and prenatal attachment in pregnant women Perinatal Journal 28(2): 73–81
81. Erdemoğlu Ç, Özşahin Z, Altıparmak S (2019). Gebelerin kişilik özelliği ve stresle başa çıkma tutumlarının doğum korkusuna etkisi. The Journal of Turkish Family Physician 10(3): 130-139.
82. Arıdağ NÇ, Erus SM, Seydooğulları SÜ (2019). Eş desteğinin evlilik doyumu ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 18(71): 1014- 1024.
83. Aksoy YE, Yılmaz SD, Aslantekin F (2016). Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences 1(3): 163-169
84. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ (2008). Gebelikte depresyon. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science 28(4): 525-532.

85. Tunçel NT, Süt HK (2019). Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distres düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 16(1): 9-17.
86. Öztürk R, Güner O (2020). Comparing psychosocial health in women with and without risky pregnancies: A cross-sectional study. *Erciyes Medical Journal* 42(4): 417-425.
87. Silva RA, Jansen K, Mattos Souza DL, Moraes Silva IG, Tomasi E, Silva GD, Dias MS, Pinheiro RT (2010). Depression during pregnancy in the Brazilian public health Caresystem. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 32(2): 139-44.
88. Karabulutlu Ö, Yavuz C (2021). Yüksek riskli gebeliklerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin sıklığının değerlendirilmesi. *Caucasian Journal of Science* 8(1): 51-69.
89. Paşalak Şİ (2016). Yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Koç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
90. Küçükaya B, Dindar İ, Erçel Ö, Yılmaz E (2018). Gebelik dönemlerine göre gebelerin doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeleri. *Journal of Academic Research in Nursing* 4(1): 28-36.
91. Aksoy YE, Yılmaz SD, Aslantekin F (2016). Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. *Türkiye Klinikleri Journal Of Health Sciences* 1(3): 163-169.
92. Yılmaz D, Aksoy Derya Y (2021). Normal gebelik ve bakım. Doğan Yükseköğretim Ö, Evcili F, Demirel G (Ed), *Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutu*. Nobel Tıp Kitapevi, Ankara; sayfa: 413.
93. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 1(2): 71-76.
94. Çobanlar Akkaş S (2014). Gebelik döneminde eşler arası uyum. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Aydın.

95. Zamani P, Ziaie T, Lakeh NM, Leili EK (2019). The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. *Midwifery* 75: 146-151.
96. Şimşek HN, Demirci H, Bolsoy N (2018). Sosyal destek sistemleri ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 8(2): 97-103.
97. Toptaş B, Aksu H, Özsoy S, Dünder T (2019). Gebelerde sosyal destek durumu ve etkileyen faktörler. *Journal of Human Sciences* 16(3): 736-745.
98. Aksakallı M, Çapık A, Apay SE, Pasinlioğlu T, Bayram S (2012). Loğusaların destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 3(3): 129-135.
99. Gümüşdaş M, Apay SE, Özorhon E (2014). Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 1(2): 32-42.
100. Barut S, Uçar T (2018). Gebelerde doğum öz yeterlilik algısının doğum korkusu ile ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 11(2): 107-115.
101. Koyucu RG, Ülkar D, Erdem B (2020). Primipar ve multipar gebelerin gebelik streslerinin karşılaştırılması. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi* 8(3): 652-663.
102. Bilgin S, Bıldırcın FD, Alper T, Tosun M, Çetinkaya MB, Çelik H, Kökçü A (2010). Gebelikte uygulanan tarama testlerinin anne anksiyetesine olan etkisi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 7(3): 206-211.
103. Statham H, Solomou W, Green JM (2003). Communication of prenatal screening and diagnosis results to primary-care health professionals. *Public Health* 117(5): 348-357.
104. Altuntuğ K, Ege E, Anık Y, Öney Y, Acar A, Sayal HB, Sağlam N (2019). Amniyosentez ve kordosentez öncesi gebelerde kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2(1): 1-9.
105. Özşahin Z (2017). Anne yaşının ikili tarama testi öncesi kaygı düzeyine etkisi. Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Malatya.

106. Kızılkaya T, Hancıoğlu Aytaç S, Yazıcı S (2020). COVID-19 Pandemisinde gebelik dönemi ve tele-sağlık. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 36(3): 189-198.
107. Sönmez V, Alacapınar FG (2014). Örneklendirilmiş bilimsel araştırma yöntemleri. Genişletilmiş 3. baskı. Anı Yayıncılık, Ankara; sayfa: 256-260.
108. Büyüköztürk Ş (2014). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara; sayfa: 65-78.
109. Hayran M, Hayran M (2018). Sağlık araştırmaları için temel istatistik. Omega Araştırma, Ankara; sayfa: 12-55.
110. Marteau TM, Cook R, Kidd J, Michie S, Johnston M, Slack J, Shaw RW (1992). The psychological effects of false-positive results in prenatal screening for fetal abnormality: a prospective study. Prenatal diagnosis 12(3): 205-214.
111. Akbas M, Koyuncu FM, Bülbül Y, Artunc Ülkümen B, Çetin A (2021). The impact of invasive prenatal testing on anxiety and sleep quality in pregnant women with a screen-positive result for aneuploidy. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 42(1): 15-21.
112. Kleinvelde JH, Timmermans DR, Van den Berg M, Van Eijk JT, Ten Kate LP (2007). Does offering and performing prenatal screening influence women's attachment to their unborn child? A longitudinal randomized controlled trial. Prenatal Diagn 27(8): 757- 64.
113. Gekas J, Gondry J, Mazur S, Cesbron P, Thepot F (1999). Informed consent to serum screening for Down syndrome: Are women given adequate information?. Prenat Diagn 19: 1-7.
114. Van Den Berg M, Timmermans DR, Ten Kate LP, Van Vugt JM, Van Der Wal G (2005). Are pregnant women making informed choices about prenatal screening?. Genetics in Medicine 7(5): 332-338.
115. Stefansdottir V, Skirton H, Jonasson K, Hardardottir H, Jonsson J (2010). Effects of knowledge, education, and experience on acceptance of first trimester screening for chromosomal anomalies. Acta Obstet Gynecol Scand 89: 931-8.

116. Karavadra B, Stockl A, Prosser-Snelling E, Simpson P, Morris E (2020). Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: a qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. *BMC Pregnancy Childbirth* 20(1): 1- 8.
117. Effati-Daryani F, Zarei S, Mohammadi A, Hemmati E, Yngyknd SG, Mirghafourvand M (2020). Depression, stress, anxiety, and their predictors in Iranian pregnant women during the outbreak of COVID-19. *BMC Psychol* 8(1):1- 10
118. Cheng PJ (2008). Anxiety levels in women undergoing prenatal maternal serum screening for Down syndrome: the effect of a fast reporting system by mobile phone short-message service. *Prenatal Diagnosis* 28(5): 417-421.
119. Dönmez S, Dağ H, Kazandı M (2012). Amniyosentez öncesi gebelerde anksiyete ve depresyon risk düzeylerinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 3(4): 255-261.
120. Cheuh HY, Cheng PJ, Shaw SW, Lin CT, Hsu JJ, Hsieh TSTA (2007). Maternal anxiety about first trimester nuchal translucency screening and impact of positive screening results. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 86(12): 1437-1441.
121. Milic BB, Dorcic TM, Kuljanic K, Petrovic O (2010). Stress and anxiety in relation to amniocentesis: do women who perceive their partners to be more involved in pregnancy feel less stressed and anxious. *Croatian Medical Journal* 51(2): 137-43.
122. Beeson D, Golbus MS (1979). Anxiety engendered by amniocentesis. *Birth defects original article series* 15(5C): 191-197.
123. Kowalcek I (2007). Stress and anxiety associated with prenatal diagnosis. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 21(2): 221-228.
124. Sanhal CY, Mendilcioglu I, Ozekinci M, Simsek M, Bozkurt S (2015). Comparison of pre-procedural anxiety and depression scores for patients undergoing chorion villus sampling and amniocentesis: An alternative perspective on prenatal invasive techniques. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 31(5): 1038.
125. Lumley J (1990). Through a glass darkly: ultrasound and prenatal bonding. *Birth* 17(4): 214-217.

126. Michelacci L, Fava GA, Grandi S, Bovicelli L, Orlandi C, Trombini G (1988). Psychological reactions to ultrasound. *Psychotherapy and Psychosomatics* 50(1): 1-4.
127. Api O, Demir HN, Api M, Tamer I, Orbay E, Unal O (2009). Anxiety scores before and after genetic sonogram. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 280(4): 553-558.
128. Harris JM, Franck L, Michie S (2012). Assessing the psychological effects of prenatal screening tests for maternal and foetal conditions: a systematic review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 30(3): 222-246.
129. Kleinveld JH, Timmermans DR, De Smit DJ, Ader HJ, Van Der Wal G, Ten Kate LP (2006). Does prenatal screening influence anxiety levels of pregnant women? A longitudinal randomised controlled trial. *Prenatal Diagnosis: Published in Affiliation With the International Society for Prenatal Diagnosis* 26(4): 354-361.
130. Villeneuve C, Laroche C, Lippman A, Marrache M (1988). Psychological aspects of ultrasound imaging during pregnancy. *The Canadian Journal of Psychiatry* 33(6): 530-536.
131. Derman G (2020). Son trimesterdeki gebe kadınların psikososyal sağlık durumunun doğum korkusu ve eş desteği ile ilişkisi. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas.



EKLER

Ek 1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu

DOĞUM ÖNCESİ YAPILAN (PRENATAL) TARAMA TEST SONUCUNA GÖRE RİSKİ DÜŞÜK VE YÜKSEK DÜZEYDE OLAN GEBELERİN PSİKOSOSYAL SAĞLIĞININ KARŞILAŞTIRILMASI

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı;

Ben Selma Nur ESKİHELLAÇ, KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. Siz gebelerin tarama test sonucuna göre riski düşük ve yüksek düzeyde olma durumuna göre psikososyal sağlık durumunu karşılaştırmak amacıyla bir araştırma yapmayı planlamaktayım. Bu çalışma gebeliği 11-22 hafta arasında olan ve gebelikte (prenatal) tarama testlerinden en az birini yaptırmış olan gebeler ile yapılacaktır. Anketteki sorulara vereceğiniz doğru yanıtlar, bilime önemli katkı sağlayacak ve de bu çalışmayı güçlü kılacaktır. Size herhangi bir kimlik bilgisi sorulmayacaktır ve anket sorularına verdiğiniz cevaplardan elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Verdiğiniz hiçbir bilgiyi, araştırmacı dışında kimse bilmeyecek ve bilgi gizliliği özenle korunacaktır. Bu araştırma ticari amaçlar için kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz soruları özenle cevapladığınız için teşekkür ederim. Araştırmanın etik kurul izni alınmıştır.

Araştırmacı: Selma nur ESKİHELLAÇ(Yüksek Lisans Öğrencisi)

Gebe Katılımcının İmzası

GEBELER İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU

1) Yaşınız.....

2) Eğitim durumunuz nedir?

a) ilköğretim b) lise c) Önlisans d) Lisans d) Lisansüstü e) Diğer

3) Son 6 aydır gelir getiren bir işte çalışma durumunuz?

a) Çalışmıyor(ev hanımı) b) Çalışıyor c) Diğer.....

4)Medeni Durumunuz:

a)Evli b) Bekar

5) Nasıl bir ailede yaşıyorsunuz?

a) Çekirdek aile (ben, eşim ve çocuklarım)

b) Geniş (ben, eşim, çocuklarım, kayınvalidem, kayınpederim vs.)

6)Yaşadığınız yer:

a) Köy b)Kasaba c) İlçe d) İl merkez

7) Gelir düzeyini alınızı aşağıdakilerden hangisi ile ifade edersiniz?

a)Kötü b) Orta c) İyi

8) Kaç yıllık evlisiniz?

.....

9) Eşinizin eğitim durumu nedir?

a)ilköğretim b)lise c)önlisans d)lisans e)lisansüstü f)diğer.....

10) Eşiniz son 6 aydır gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

a)çalışıyor b)çalışmıyor

11) Bu kaçınıcı gebeliğiniz?

a)1 b)2 c)3 d)4 e)5 ve üzeri

12) Gebe kalma şekliniz aşağıdaki verilenlerden hangisine uymaktadır?

a) Doğal yol b) İvf-et(tüp bebek) c) aşıllama

13) Kaç haftalık gebesiniz?

.....

14) Bu gebeliğinize isteyerek mi gebe kaldınız?

a) Evet, ben ve eşim istedim b) Hayır, ben ve eşim istemedik

c) Kısmen, ben / eşim sadece ikimizden biri istedi

Ek 1. (Devam)

15) Aşağıda çocuk sayısı ile ilgili(bu gebeliğinizi saymaksızın) verilen bilgilerden hangisi size uymaktadır?

- a) Bu ilk gebeliğim b) 1 çocuğum var c) 2 çocuğum var d) 3 çocuğum var e) 4 ve üzeri çocuğum var

16) Gebeliğinizin başından şu ana kadar doğum öncesi sağlık hizmetini düzenli aldınız mı/alıyorsunuz?

- a) Evet, alıyorum b) Hayır, alamıyorum. Covid-19 pandemisi olumsuz etkiledi.
c) Kısmen alıyorum

17) Aşağıda eşinizle akraba olma durumunuza yönelik hangisi size uymaktadır?

- a) eşimle herhangi bir akrabalığım yoktur. b) eşimle 1. derece akrabayım(hala,dayı,teyze,amca çocuğu gibi)
c) eşimle 2.derece bir akrabalığımız (uzaktan) vardır.

18) Aşağıda verilen gebelikte (Prenatal) tarama testlerinden hangi- hangilerini yaptırdınız?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a)2' li tarama b) 3 'lü tarama c)4'lü tarama d)Ayrıntılı ultrason
e) Nifty(Non - Invasive Fetal Trisomy)

19) Gebelikte tarama testini kendi isteğinizle mi yaptırdınız?

- a)evet b)hayır c)kısmen

20) Gebelik tarama testini kendi isteğinizle yaptırmadıysanız kim-kimlerin isteği ile yaptırdınız?

- a) Eş b) Sağlık profesyoneli c) Diğer(aile,kardeş,arkadaş vb.)

21) Bu tarama testlerinden herhangi birinde risk (şüpheli veya kesin) tespit edildi mi?

- a)evet b)hayır

22) Tarama testlerinden hangisi-hangileri şüpheli veya kesin riskli olarak tespit edildi?

.....

23) Gebelikteki tarama testlerinizin risk düzeyi aşağıdakilerden hangisi ile tanımlanır?

- a) Test-testlerim sonuçlarım normal değerde çıktı. b) Tarama testim-testlerim şüpheli çıktı.
c) tarama test-testlerim riskli çıktı.

24) Tarama testleriniz şüpheli veya riskli çıktı ise size amniosentez vb gibi tanı işlemleri yapıldı mı?

- a)evet b)hayır

25) Tarama test-testleriniz şüpheli çıktı ise aşağıdakilerden hangi tanı işlemi yapıldı?

- a)amniosentez b)koryonik villus örnekleme c)kordosentez d)diğer

26) Bu gebeliğiniz 2. ve daha üzeri bir gebelik ise önceki gebelik-gebeliklerinizde tarama testlerinizde herhangi bir risk var mıydı?

- a) Tarama testi yaptırmadım. b) hayır herhangi bir risk yoktu. c) evet vardı.

27) İçinde bulunduğumuz pandemi süreci gebeliğinize yönelik ruh sağlığınızı olumsuz olarak etkiledi mi?

- a) Evet çok etkiledi. b) Kısmen etkiledi. c) Hayır etkilemedi, bir değişiklik olmadı.

Ek 2. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği

Adı-Soyadı: _____ Tarih: _____
Gebelik haftası/ayı: _____

Bir bebeğe sahip olmak sizin ve ailenizin yaşamında genellikle önemli bir süreçtir ve bu süreç geçmişten bu güne kadar olan yaşamsal deneyimlerinizden ve şu anda var olan mevcut durumunuzdan etkilenecektir. Gebelik süreci ve buna bağlı değişikliklerden etkilenme düzeyi kadının kendi, eşi ya da ailesel faktörlerden dolayı bireysel farklılıklar gösterecektir.

Bu form gebe kadınların duygu ve düşüncelerini ifade edebilmelerine olanak sağlayarak içinde bulunduğu durumu ortaya koymak amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıdaki soruları içinde bulunduğunuz bu süreçteki genel durumunuza, duygu, düşünce ve hissettiklerinize göre size en uygun olacak şekilde ve doğru olarak cevaplayınız. Yanıtlarınız gizli tutulacak olup, bilimsel amaçlı ve size destek sağlamak üzere sadece araştırmacı tarafından kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Aşağıdaki maddeler “çok fazla”dan “hiç” ifadesine kadar derecelendirilmiştir. Lütfen her bir maddede sizin duygu, düşünce ve genel durumunuzu en iyi- en uygun olarak tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz

	Çok Fazla	Fazla	Orta	Az	Hiç
1. Gebeliğinizin planlı/istenen bir gebelik olduğuna ilişkin inancınız					
2. Gebe olduğunuzu öğrendiğinizdeki mutluluk düzeyiniz					
3. Gebeliğinize ilişkin şu andaki mutluluk düzeyiniz					
4. Gebeliğinizde yaşadığınız sorun/sıkıntılarınız					
5. Eşinizin gebeliğinizle ilgili mutluluk düzeyi					
6. Eşinizin gebeliğinizde size gösterdiği ilgi					
7. Ailelerinizin gebeliğinize yönelik davranışlarının sizi olumsuz etkilemesi					
8. Gebeliğinizde eşinizin sizi her yönden desteklediği/ destekleyeceği inancınız					
9. Gebeliğinizde duygusal destek ihtiyacınız					
10. Gebeliğinize yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
11. Anne olmaya yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
12. Gebeliğinize ya da anne olmanıza yönelik korku/panik duygusu					
13. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızdaki değişim düzeyi					
14. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızda yaptığınız değişikliklerden olumsuz etkilenme düzeyiniz					
15. Gebeliğinizde vücudunuzda oluşan değişikliklerin sizde yarattığı stres/kaygı düzeyi					
16. Doğumdan sonra bebeğinizin bakımında alabileceğiniz destek düzeyi					
17. Doğumdan sonra kendi bakım ve ihtiyaçlarınızda alabileceğiniz destek düzeyi					
18. Evlilik ilişkinizde kendinizi mutlu hissetme düzeyiniz					
19. Bebeğin doğumuyla birlikte evlilik ilişkinizin daha iyi olacağına inancınız					
20. Eşinizin size değer vermesi/ saygı göstermesi					
21. Evliliğinizin devamına ilişkin kaygı/korku düzeyiniz					
22. Eşinizden çekinme, korkma düzeyiniz					
23. Eşinizden fiziksel şiddet (itme, vurma vb.) görme					
24. Eşinizden sözel, psikolojik şiddet (aşağılama, hakaret, küçük düşürme vb.) görme					
25. Eşinizden cinsel şiddet (zorla cinsel ilişki, zarar verme vb) görme					
26. Eşinizin aile, akraba, arkadaş vb. ile görüşmelerinizi kısıtlaması					

Ek 2. (Devam)

27. Eşinizin sizi rahatsız eden/kaygılandıran zararlı alışkanlıkları (sigara, alkol, kumar vb)					
28. Şu anda yaşamınızdaki stres, sıkıntı düzeyi					
29. Şu anda maddi/ekonomik sorun yaşama durumunuz					
30. Gebelik öncesi veya şu anda tedavi gerektirecek düzeyde yaşadığınız psikolojik (ruhsal) sorunlar					
31. Kendi ailenizle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
32. Eşinizin ailesiyle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
33. Aileniz tarafından sevildiğiniz inancı					
34. Eşiniz tarafında sevildiğiniz inancı					
35. Ailenizin size her konuda destek olduğu/ olacağı düşüncesi					
36. Çocuğunuza iyi bir bakım verebilme kaygısı					
37. Çocuğunuza iyi bir gelecek sağlama kaygısı					
38. Eşinizin iyi bir baba (ilgili, sorumluluk sahibi vb.) olacağına yönelik kaygınız					
39. Doğumdan sonra sosyal yaşantınızın olumsuz etkileneceği endişesi					
40. Her şeyin kötü gittiği/gideceği düşüncesi (inancı)					
41. Nedenini bilemediğiniz sıkıntı, endişe, üzüntü, mutsuzluk hissi					
42. Gebeliğinizde rahat ve güvende olma hissiniz					
43. Gebeliğinizde sorunlarla baş etme yolu olarak sigara, alkol vb madde kullanmanız					
44. Gebeliğiniz nedeniyle iş yaşamınızda olumsuz değişikliklerin (işinizi ya da işinizdeki statüyü kaybetme vb) olduğuna/ olacağına ilişkin endişeniz					
45. Eşinizin iş değiştirme, bırakma ya da iş kaybı yaşamasına yönelik endişeniz					
46. Gebeliğiniz nedeniyle sosyal yaşamınızın (arkadaşlık, eğlence, gezi, tatil vb.)olumsuz etkileneceği/ etkilendiği inancınız					

Ek 3. Kurum İzinleri



Ek 3. (Devam)



Ek 4. Etik Kurul Onayı



Ek 4. (Devam)



Ek 4. (Devam)



Ek 5. Ölçek İzni



Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir çalışma olup, adı ‘Prenatal Tarama Test Sonucuna Göre Riski Düşük ve Yüksek Düzeyde Olan Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumunun Karşılaştırılması’ dır. Bu çalışma, prenatal tam test sonucuna göre riski düşük ve yüksek düzeyde olan gebelerin psikososyal sağlık durumunu karşılaştırmayı amaçlamıştır. Çalışmaya katılmama hakkınız vardır. Size herhangi bir kimlik bilgisi sorulmayacaktır ve anket sorularına verdiğiniz cevaplardan elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu araştırma ticari amaçlar için kullanılmayacaktır. Ankete katılmayı kabul ettiğiniz soruları özenle cevapladığınız için teşekkür ederim.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yazılı olan ve araştırma öncesi katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Araştırmacının açıklamasını ve aklıma gelen bütün soruları sordum ve bana yapılan tüm açıklamaları tamamen anladım. Katılımı kabul edip etmeyeceğime karar vermek için bana yeterli süre tanındı. Bu koşullar altında araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın tam bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı Adı Soyadı : Araştırmacı Adı Soyadı :

Tarih: Tarih:

İmza: İmza:

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : ESKİHELLAÇ Selma nur

Uyruğu :

Doğum Tarihi ve Yeri

Telefon (iş)

E-Posta

Yazışma Adresi (iş)

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	KTÜ Trabzon Sağlık Yüksekokulu	2012
Lise	Trabzon Yunus Emre YDA Lisesi	2008

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Ebe	KTÜ Farabi Hastanesi	2012-

YABANCI DİL

İngilizce (56.25 YÖKDİL)

KONGRE VE SEMPOZYUM KATILIMI FAALİYETLERİ

1. Karadeniz yenidoğan ve kadın doğum hemşireliği kongresi 19–21 Haziran 2013/
Katılımcı, Trabzon.