

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELERDE TRAVMATİK DOĞUM ALGISI VE
ANNE BAĞLANMASI İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve ŞAHİN

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

ORDU-2020

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Merve ŞAHİN tarafından hazırlanan ve Prof. Dr. Nülüfer ERBİL danışmanlığında yürütülen “*Gebelerde Travmatik Doğum Algısı ve Anne Bağlanması İlişkisi*” adlı bu tez, jürimiz tarafından 14/04/2020 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

I. Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

Başkan : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza 

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Candan KAYA
Ebelik Anabilim Dalı
Giresun Üniversitesi

İmza 

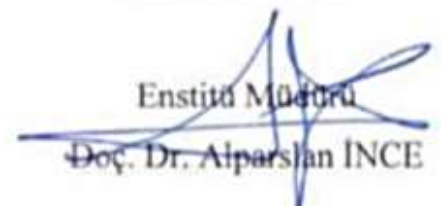
Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza 

ONAY

15/05/2020 tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 22/05/2020 tarih ve 2020-75 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

22/05/2020

Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Alparslan İNCE

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun şekilde hazırlanan bu tezin yazılması sırasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinin kullanılması durumunda bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite ya da başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.



Merve ŞAHİN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca sunmuş olduğu dersler ve hayata dair vermiş olduğu öğütler ile bana her zaman yol gösteren, tez çalışmamın her aşamasında beni sabırla ve hoşgörü ile dinleyip, benden disiplinli çalışma tarzı ile profesyonel desteğini esirgemeyen, değerli danışmanım Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e,

Yüksek lisans eğitimime emeği geçen, tez savunma sınavımda verdiği öneriler ile katkı sağlayan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN'e,

Tez savunma sınavımda bana vermiş olduğu önerilerle katkı sağlayan Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Candan KAYA'ya,

Veri toplama aşamasında çalışma yaptığım hastanenin gebe okulunda çalışan ve NST biriminde sundukları yardımlarından dolayı Sevgi MÜZAÇ SÜRÜCÜ ve Gül ODABAŞI'na,

Tez çalışmam da desteklerini benden esirgemeyen Doğum Servisi'nde çalışan mesai arkadaşlarıma,

Beni bugünlere getiren, her zaman yanımda olduklarını hissettiren aileme,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Merve ŞAHİN

ÖZET

GEBELERDE TRAVMATİK DOĞUM ALGISI VE ANNE BAĞLANMASI İLİŞKİSİ

Amaç: Bu araştırma gebe kadınlarda travmatik doğum algısı ve anne bağlanması arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte olan çalışmanın örnekleme Türkiye'nin Karadeniz Bölgesindeki bir devlet hastanesinin polikliniklerine doğum öncesi izlem için başvuran ve araştırmayı katılmayı kabul eden 370 gebe kadın alındı. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği (DÖABÖ) ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ) ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Tek Yönlü Varyans Analizi, t testi, Kruskal Wallis testi ve Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı.

Bulgular: Gebelerin yaş ortalaması 26.61 ± 5.73 olarak bulundu ve çoğunluğu (%84.6) gebeliğin üçüncü trimesterindeydi. Gebelerin TDAÖ puan ortalaması 73.21 ± 28.34 , DÖABÖ puan ortalaması 75.71 ± 7.72 bulundu. Normal doğum ağrısını, gebelerin %38.3'ünün "şiddetli" ve %46.1'inin "çok şiddetli" olarak tanımladığı bulundu. Gebelerin %29.2'sinin "yüksek" düzeyde ve %14.5'inin "çok yüksek" düzeyde travmatik doğum algısına sahip olduğu belirlendi. TDAÖ puan ortalaması ve DÖABÖ puan ortalaması arasında negatif yönde "düşük" düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($r = -.173$). Eğitim düzeyi yüksek olan, çekirdek ailede yaşayan, ilk gebeliği olan, planlı gebeliği olan, gebeliğin üçüncü trimesterinde olan gebe kadınların DÖABÖ puan ortalamaları diğer gebe kadınlardan daha yüksekti ve gruplararası farklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Kendi eğitim düzeyi ve eşinin eğitim düzeyi düşük olan, eşi serbest meslek sahibi olan, gelir durumu algısı "kötü" düzeyde olan, geniş ailede yaşayan, 2 ve üstü gebelik geçirmiş olan, gebeliği plansız olan, gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan, annesi tarafından doğum hikayesi anlatılmamış olan, önceki normal doğumunda ağrı algısı çok şiddetli olan gebe kadınların TDAÖ puan ortalamaları diğer gebe kadınlardan daha yüksekti ve farklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$).

Sonuç: Gebelerin doğum öncesi anne bağlanma düzeyleri arttıkça, travmatik doğum algısı düzeyi azalmaktadır. Gebelikte anne bağlanmasına ve travmatik doğum algısına neden olan faktörlerin farkında olunması, bağlanma düzeyini artırmaya ve doğum deneyimini travmatik algılamayı azaltmaya yönelik eğitim verilmesi ve ileri çalışmalar yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Antenatal bağlanma, Maternal bağlanma, Travmatik doğum Algısı, Maternal Attachment, Gebe, Gebelik.

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN MATERNAL ANTENATAL ATTACHMENT AND TRAUMATIC CHILDBIRTH PERCEPTION AMONG PREGNANT WOMEN

Objective: This study was conducted to examine the relationship between traumatic birth perception and maternal antenatal attachment of pregnant women.

Material and Method: The sample of this descriptive and correlational study included 370 pregnant women who applied to for antenatal visit to outpatient clinics of a public hospital in the Black Sea region of Turkey. The data of the study were collected with Personal Information Form, Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) and Traumatic Birth Perception Scale (TBPS). Descriptive statistical methods, One Way ANOVA, t test, Kruskal Wallis test and Pearson correlation coefficient were used to evaluate the data.

Results: The average age of pregnant women was 26.61 ± 5.73 . The majority of the pregnant women (84.6%) were in the third trimester of pregnancy. The TBPS score of the pregnant women was 73.21 ± 28.34 , and the mean MAAS score was 75.71 ± 7.72 . It was found that normal birth pain was defined 38.3% of pregnant women were “severe” and 46.1% of them were “very severe”. It was determined that 29.2% of pregnant women had a “high” level and 14.5% of them had a “very high” level traumatic birth perception. A low level significant correlation was found between the TBPS mean score and the MAAS mean score ($r = -.173$). The MAAS mean scores of pregnant women with high education level, living in the nuclear family, primiparous, planned pregnancy, in the third trimester of pregnancy and listening to a “positive” birth story from their mothers were higher than other pregnant women and the differences between the groups were statistically significant ($p < 0.05$). The TBPS mean scores of pregnant women who had low education level of their own and spouse, had a self-employment of their spouses, had a bad income perception, living in a large family, multiparous, unplanned pregnancy, having a health problem in their pregnancy, listening birth story from their mothers and with “very severe” the perception of pain in their previous normal birth were higher than other pregnant women, and the differences were statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: As prenatal mother attachment levels of pregnant women increase, the level of perception of traumatic birth decreases. It is recommended to be aware of the factors that cause maternal attachment and the perception of traumatic birth during pregnancy, to increase the level of maternal attachment and to decrease the perception of traumatic birth. In addition, it is recommended to do further studies on this subject.

Keywords: Antenatal Attachment, Maternal Attachment, Traumatic Childbirth Perception, Pregnant Women, Pregnancy.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇ KAPAK SAYFASI.....	
ONAY	
TEZ BİLDİRİMİ	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	X
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırma Soruları.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Gebelik Döeminde Anne Bağlanması ve Önemi.....	3
2.1.1. Gebelik Döneminde Bağlanma Teorisi.....	4
2.1.2. Gebelik Döneminde Anne Bağlanmasını Etkileyen Faktörler.....	7
2.1.3. Anne Bebek Bağlanmasında Hemşirenin Rolü.....	9
2.2 Travmatik Doğum.....	10
2.2.1. Travmatik Doğum Algısı.....	11
2.2.2. Travmatik Doğum Algısı Prevelansı.....	13
2.2.3. Travmatik Doğum Algısına Yol Açan Durumlar.....	13
2.2.4. Travmatik Doğum Deneyiminin Kadın, Bebek ve Aile Üzerine Etkileri.....	15
2.2.5. Travmatik Doğumun Önlenmesinde Hemşirelik Yaklaşımları.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	20

	Sayfa No
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	20
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	20
3.3.2.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	21
3.3.2.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	21
3.4. Veri Toplanması.....	21
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	21
3.4.2. Doğum Öncesi Bağlanma Ölçeği.....	22
3.4.3. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği.....	22
3.5. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması.....	23
3.6. Veri Toplama Formunun Uygulaması.....	23
3.7. Değişkenler.....	23
3.7.1. Bağımlı Değişkenler.....	23
3.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	23
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	23
3.9. Verilerin Analizi.....	24
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	43
5.1. Gebelerin Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Puan Sınıflamasına Göre Travma Seviyelerinin Tartışılması.....	43
5.2. Gebelerin DÖABÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Tartışılması.....	44
5.3. Gebelerin TDAÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Tartışılması.....	48
5.4. Gebelerin DÖABÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları ile TDAÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyonun Tartışılması.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
6.1. Sonuçlar.....	54
6.2. Öneriler.....	56
KAYNAKLAR.....	57

	Sayfa No
EKLER	70
EK 1. Kişisel Bilgi Formu.....	70
EK 2. Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği.....	72
EK 3. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği.....	76
EK 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	78
EK 5. Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği İzin Yazısı.....	79
EK 6. Travmatik Doğum Algısı İzin Yazısı.....	80
EK 7. Kurum İzin Yazısı.....	81
EK 8. Etik Kurul Onayı.....	83
ÖZGEÇMİŞ	84

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 2.1. Prenatal Bağlanma Modeli.....

6



TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	27
Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	29
Tablo 4.3. Gebelerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	30
Tablo 4.4. Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği, Alt Boyutları ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ile Cronbach Alfa Değerleri.....	31
Tablo 4.5. Gebelerin Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Puan Sınıflamasına Göre Travma Seviyeleri.....	31
Tablo 4.6. Travmatik Doğum Algısı Ölçeğine Göre Travma Seviyesi DÖABÖ ve Alt Boyutları ile TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.7. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre DÖABÖ ve Alt Boyutları ile TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..	35
Tablo 4.8. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DÖABÖ ve Alt Boyutları ile TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması...	38
Tablo 4.9. Gebelerin Bazı Özelliklerine Göre DÖABÖ ve Alt Boyutları ile TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.10. Gebelerin DÖABÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları ile TDAÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon.....	42

SİMGELER VE KISALTMALAR

DÖABÖ	:	Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği
TDAÖ	:	Travmatik Doğum Algısı Ölçeği
SS	:	Standart Sapma
F	:	One Way ANOVA testi
TNSA	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSM	:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
W-DEQ	:	The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire
ICM	:	International Confederation of Midwives
t	:	Student t testi
χ^2	:	Ki-Kare Analiz Testi
FKBP5	:	FK506 binding protein 5
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
PBE	:	Prenatal Bağlanma Envanteri
\bar{x}	:	Aritmetik Ortalama
TSSB	:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadının hayatındaki en anlamlı olaylardan birisi gebelik, diğeri ise anneliktir. Kadının gebelik döneminde gebeliğini ve annelik rolünü benimsemesi önemlidir (Eswi ve Khalil, 2012). Gebelik, fertilizasyondan doğuma kadar üç trimestere ayrılan ve her trimesterde birbirinden farklı değişimlerin olduğu özel ve gelişimsel bir dönemdir (Arslan ve ark., 2019). Gebe kadın, fetüse bağlanmasını etkileyebilecek fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin yanı sıra sosyal ilişkilerinde, beden imajında, aile içi rolünde değişiklikler yaşar ve bu değişikliklere uyum sağlamaya çalışır (Kartal ve Karaman, 2018; Bolsoy ve ark., 2019; Topaç ve Kahyaoğlu, 2019).

Annenin bebeğine bağlanması, önemli oranda gebelik döneminde başlamakta ve doğumdan sonra gün geçtikçe ilerleyerek devam etmektedir (Karakulak ve Alparslan, 2016; Alan ve Çankaya, 2018). Gebelik döneminde kurulan bu bağlanma anne ile bebek arasında kurulan ilk temas niteliğindedir ve doğum sonrası anne bebek bağlanmasında belirleyici olmaktadır (Duyan ve ark., 2013). Doğum öncesi bağlanmış bir gebe, fetüs ile iletişim kurmakta ve onu ayrı bir birey olarak görmektedir. Ayrıca bebeğinin sağlığının kendisine bağlı olduğunu bilmekte ve bebeğin kime/neye benzediğini, nasıl hareket ettiğini, doğumdan sonra nasıl bir gelişim göstereceğini düşünmektedir. Bağlanma ile ilgili bu duygular gebe kadının bebeğine karşı daha şefkatli ve duyarlı olmasını sağlamakta, bebeğini beslenmesine, korumasına ve gereksinimlerine duyarlı olmasına, ona sevgi ve şefkat göstermesine, ona ilgi göstererek etkileşim kurmasına aracılık etmektedir (Bilgin ve Alpar, 2018; Topaç ve Kahyaoğlu, 2019).

Travmatik doğum, kadının doğumu, bebeği ve kendisi için ölüm ya da yaralanma tehdidi olarak algılamasıdır (Reed ve ark., 2017). Doğum algısı, kadınların doğum memnuniyetini, doğum deneyimlerini ve doğum yöntemi seçimlerini etkileyebilecek önemli bir kavramdır (Aslan ve Okumuş, 2017). Algı, negatif ve pozitif inançları barındıran zihinsel bir tutumdur (Aydın ve Yıldız, 2018). Doğum ile ilgili algılar çevresel, kültürel ve kişisel etkenlere bağlıdır. Kadının olumsuz beklentileri, kendisini güçsüz görmesine sebep olmakta ve maternal sağlığı, öz yeterlilik ve beden imajını olumsuz etkilemektedir (Aslan ve Okumuş, 2017).

Doğumun geçmişten geleceğe, devamlılığın bir parçası olduğu, doğumun nesiller arası aktarıldığı belirtilmektedir (Yehuda ve ark., 2016). Geçmişte yaşanmış doğum deneyimlerinin gelecekteki yaşanacakları etkilediği ve geçmişteki olumsuz deneyimlerin travmatik doğuma neden olduğu ifade edilmektedir (Mongan, 2012; Garthus-Niegel ve ark., 2013). Bu teoriye göre aile üyelerinden birisinin yaşadığı bir travma sonra doğan aile üyelerinde de görülmektedir. Bu durum, travmanın sonraki nesiller için de risk oluşturduğunu göstermektedir (Yehuda ve ark., 2016).

Gebelik döneminde fetüse bağlanma, gebenin kendisini anne olarak betimlemesini, karnındaki bebeğe ait duygularını ve onun ile etkileşimlerini, bir nevi anne kimliğini oluşturma sürecini belirtmektedir (Akarsu ve ark., 2017). Fetusun, 26. gebelik haftasında işitme, tepki gösterme ve algılama, özelliklerinin olduğu bilinmektedir. Bu durumda, gebelik döneminde annenin beden imajındaki değişiklikleri hoş karşılaması, pozitif hislerini karnındaki bebeğine iletebilmesi bağlanmanın temelini oluşturmaktadır. Bu dönemde de kadının karnına dokunarak bebeğini tinsel olarak hissetmesi ve bebeğini kabul etmesi bağlanma için önemlidir (Klabbers ve ark., 2018).

Ayrıca bu çalışma ile hemşirelerin, kadın hayatını etkileyen bu durumun öneminin farkında olmalarının sağlanacağı, kadınların bu konuda bilgilendirilmesinin kadın sağlığı, anne-bebek sağlığı ve toplum sağlığına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, gebelerde travmatik doğum algısı ve anne bağlanması arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.3. Araştırma Soruları

- Gebe kadınların travmatik doğum algısı ne düzeydedir?
- Gebe kadınların anne bağlanması ne düzeydedir?
- Gebe kadınların travmatik doğum algısı ve anne bağlanması arasında ilişki var mıdır?
- Gebe kadınların travmatik doğum algısı ve anne bağlanmasını etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik Döneminde Anne Bağlanması ve Önemi

“Bağ” terimi dil biliminde “bir göreve bağlılık ya da bir görevi yerine getirme” olarak tanımlanmaktadır. Müller (1990), doğum öncesi bağlanmayı "kadın ve fetüs arasında gelişen eşsiz ilişki" olarak tanımlamakta ve kadını, gebe ya da bir anne olmasından ayrı tutmaktadır. Condon (1993) ise fetüsün ihtiyaçlarının farkında olmak fetüsü korumak, fetüse zarar verebilecek şeylerden kaçınmak, düşük ya da ölüme neden olabilecek davranışlardan uzak durmak, fetüsle etkileşimi arzulamak gibi bazı davranışların doğum öncesi bağlanmayı gösterdiğini bildirmekte ve prenatal bağlanmayı “gebe kadın ve onun doğmamış bebeği arasındaki gelişen duygusal bağ” olarak tanımlamaktadır.

Doğum öncesi anne-bebek bağlanmasının, gebe ve fetüs arasındaki evlat ilişkisini bilişsel ve duygusal yönüyle ilişkilendirilebilecek kuramsal bir görüş olduğu bildirilmektedir (Pisoni ve ark., 2014). Anne-bebek bağlanması, zaman içinde gelişen ve bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişiminin sağlanmasında önemli rol oynayan özel bir ilişkidir (Kırca ve Savaşer, 2019). Gebelikte kurulan bu bağ iki birey arasındaki yakınlığının en temel formunu oluşturmaktadır (Güleç ve Kavlak, 2013). Gebenin fetüsü ayrı bir birey olarak benimsemesi, bebeği için endişelenmesi ve onunla iletişime geçmesi, gebe ile fetüs arasında bağlanmanın başladığını göstermektedir (Duyan ve ark, 2013). Fetüs ile sağlıklı bir bağlanma kuran anne, bebeğinin gereksinimlerinin farkında olmaktadır. Annelik işgüdüleri gebenin fetüsü korumasını sağlamakta ve anne elleriyle karnını sararak bu durumu belli etmektedir (Yılmaz ve Beji, 2013).

Gebelik dönemini inceleyen bazı çalışmalar gebelikte anne-bebek bağlanması kavramına açıklık getirmeye çalışmaktadır. Gebelik haftası arttıkça gebelikte anne-bebek bağlanmasının da arttığını görülmektedir (Nishikawa ve Sakakibara, 2013; Topaç ve Kahyaoğlu, 2019). İlerleyen gebelik haftası ile beraber gebe kadın, fetüsü, hem kendinden bir parça olarak hem de kendinden bağımsız bir birey olarak görmektedir (Yılmaz ve Beji, 2010; Akarsu ve ark., 2017). “Bebek ile hayal gücü yoluyla ilişki kurulması” teorisiyle bağlanmayı açıklayan Lumley, ilk kez bebek sahibi olacak anne adaylarına beş farklı dönemde müzik dinletmiş, gebelik haftası arttıkça kadınlardaki “gerçek insan” algısının oluştuğunu tespit etmiştir (Lumley 1982).

Araştırmalar, gebelik dönemine ait anne-bebek bağlanmasının psikolojik yönünün daha da çok incelenmesi gerekliliğini göstermektedir (Yılmaz, 2013; Yavuzarslan, 2019). Bu doğrultuda gebe kadınların annelik rolü kazanması ve doğum sonrası bebeği ile erken bağ kurmasında gebelik sürecinin dikkat edilmesi gerektiği bildirilmektedir (Belkız, 2017). Kadının bebeği için kendini anne olmaya hazırlaması ve hazırlık yapması geçmişte yaşadığı çocukluk, oynadığı oyunlar, ailesi ve çevresi, aldığı eğitimler, annesi ile olan ilişkisi, bir bebeğin ya da kardeşinin bakımını üstlenmesi ile yakından ilişkilidir (Çalık ve Aktaş, 2011). Bu ilişki kadının gebeliğinin kalitesini, doğum öncesi bağlanmasındaki güçlülüğünü ve doğum sonu annelik rolüne uyum sağlamadaki performansını belirlemektedir (Özkan ve ark, 2013).

Bağlanma iki tarafın karşılıklı olarak birbirlerinin ihtiyaçlarını karşılmasıyla güçlenmektedir. Gebenin yaşamış olduğu deneyimler ve ilk izlenimleri bu bağın oluşmasında etkili olmaktadır. Postpartum depresyon yaşayan annelerde kurulan bağ, doğumda olumlu izlenimler yaşayan annelere göre daha zayıf olmaktadır. Çoğu kadın bebeğini ilk kez kucağına aldığı anda, ilgisiz tavırların ilk bir hafta içerisinde yavaş yavaş şefkate dönüştüğünü bildirmişlerdir (Karakulak ve Alparslan, 2016). Anne-bebek bağlanmasının zayıf olduğu durumlarda, annenin çocuk istismar riskinin olduğu ve gelecekte de çocuğu istismar edici davranışlarda bulunma olasılığının arttığı bildirilmektedir (Rodriquez ve Tucker, 2011).

Anne ile fetüs arasındaki bağın varlığı, doğum sırasında bebeğini kaybeden kadının yas tutması ile ortaya konulmaktadır. Gebeliğinde bebeğini kaybeden kadınlarla yapılan bir araştırmalarda, kadınlar bebeğe yönelik son dönem bakımı istemişlerdir ve normal bir kişinin ölümünde yaşanan derin üzüntü, uyku bozukluğu ve anksiyete gibi aynı yas halini yaşamışlardır. Bu sonuç doğum öncesinde annenin fetüse bağlandığını göstermektedir (Koopmans ve ark 2013; Merhan, ve ark., 2013).

2.1.1. Gebelik Döneminde Bağlanma Teorileri

Geçmişten günümüze doğum öncesi anne bağlanması ile ilgili birçok teori ileri sürülmüştür (Nacar ve Gökkaya, 2019). Deutsch, doğum öncesi bağlanmanın gelişimi konusunun öncüsü olarak kabul edilmektedir. Deutsch'a göre gebelikte bağlanma, gebe ile fetüs arasındaki bağlılık, fizyolojik, psikolojik ve hareketsel olaylarla

ilişkilidir. Kadın gebelik döneminde fetüse yönelmekte ve onunla ilgili hayaller kurmaktadır (Aktaran: Günay, 2015).

Doğum öncesi bağlanmasının teorik yapısını açıklayan ve ilk resmi teorisyeni olan Cranley (1981), prenatal bağlanmayı “annelerin doğmamış bebekleriyle olan etkileşimi ve onlara yönelik sevgilerini gösteren davranışların tümü” olarak tanımlamaktadır (Nacar ve Gökkaya, 2019). Koopman ve arkadaşları gebelikte bebeklerini kaybeden ebeveynlerin hissettikleri acıyı gözlemlemişlerdir. Bu gözlem anne ve bebek arasındaki bağlanmanın doğum öncesine dayandığını göstermektedir (Kopman ve ark., 2013).

Doğum öncesi bağlanma teorisinde güvenlik arayışı davranışı yer almamaktadır. Bu nedenle orijinal bağlanma teorisine ters düşmektedir. Çünkü orijinal bağlanma teorisinde yetişkin birey ve bebek bağlanmasında güvenlik arayışı güdülmektedir (Günay, 2015). Yalnızca anne üzerinde araştırılabilirliği olan doğum öncesi anne bağlanması olgusunda, bazı araştırmacılar bağlanmanın ölçülebilmesinin mümkün olamayacağını belirtmiştir (Wilson ve ark., 2000). Ancak bu görüşün ileriye sürüldüğü dönemde bugünkü gibi ultrason, genetik tarama, gebelik teşhisi gibi teknolojilerinin olmadığı bir dönemdir. Günümüzde kullanılan bu teknolojiler gebenin fetüs ile duygusal bir bağ kurmasını geliştirmektedir (Molander ve ark., 2010).

Doğum öncesi dönemde anne-bebek bağlanmasının teorik analizlerini yapan teorisyenler, doğum öncesi anne-bebek bağlanmasını kadınların libidoları ile ilişkilendirmişlerdir. Anne-bebek bağlanmasını, libidoya ait enerjinin bebeğe geçiş sürecini baz alarak psikodinamik terimlerle açıklamaya çalışmışlardır. Anne adayına, ilerleyen gebelik haftası ile birlikte, fetüsün daha insan gibi geldiği ve onu ayrı bir birey olarak gördüğü hipotezini ileri sürmüşlerdir (Brownlee ve Oikonen, 2004).

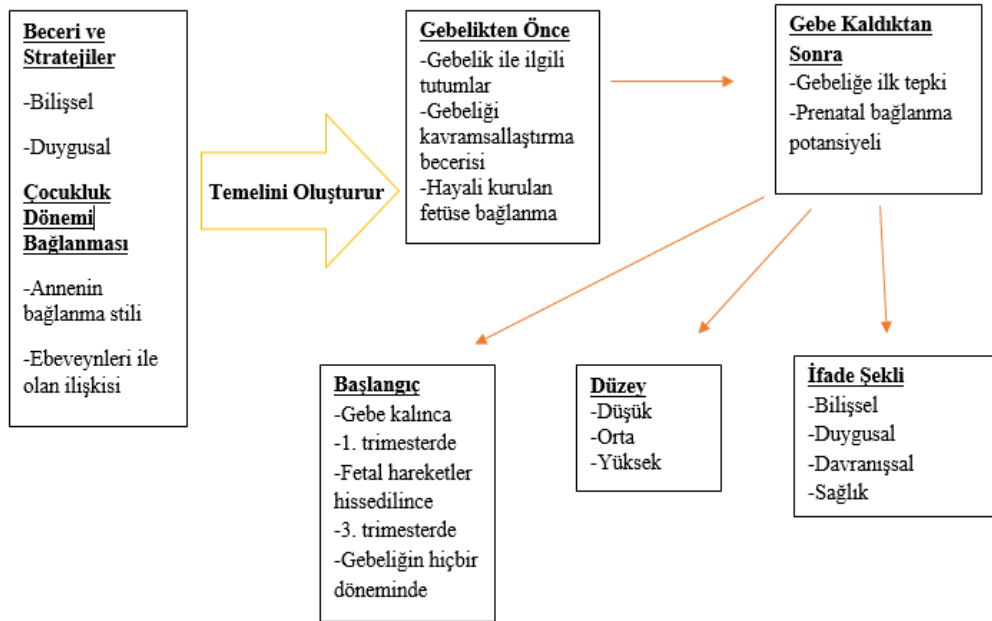
Gebe ve fetüs arasındaki bağlanmanın yaklaşık gebeliğin 10. haftasında başladığı ve annenin fetüsün hareketlerini hissetmesi ile ortaya çıktığı bildirilmektedir (Solmuş, 2012). Annenin bebeğine bağlanmasını sağlayan 9 faktör olduğu belirtilmiştir. Bu faktörler (Yılmaz, 2013; Nacar ve Gökkaya, 2019);

- Gebeliğin planlı olması,
- Gebeliğin onaylanması,
- Gebeliğin kabulü,

- Fetüs hareketlerinin hissedilmesi,
- Fetüsün bir birey olarak görülmesi,
- Doğum yapmak,
- Bebek ile karşılaşmak,
- Bebeğe dokunmak,
- Bebeğe bakım vermektir.

Peppers ve Knapp (1980) bu faktörlerden ilk beşinin doğum öncesi dönemde oluştuğunu ve bağlanmanın aslında doğum öncesi dönemde başladığını belirtmektedir (Yılmaz, 2013).

Doan ve Zimerman prenatal bağlanmanın gelişimsel modelini geliştirmiştir (Şekil 2.1). Doan ve Zimmerman prenatal bağlanmayı “doğum öncesi bağlanma, gebelik öncesinde anne ile fetüs arasındaki ilişkiyi temsil eden, başka bir insanı (bebeği) kavramlaştırmaya yönelik bilişsel ve duygusal yeteneklerle ilişkili ve çevre bilimle ilgili bir sistem içinde gelişen soyut bir kavram” olarak tanımlamaktadır. Doan ve Zimmerman prenatal bağlanmayı gebelikten önce başladığını ve gebelik boyunca devam ettiğini belirtmektedir (Doan ve Zimerman, 2003).



Şekil 2.1. Prenatal bağlanmanın gelişimsel modeli (Doan ve Zimerman, 2003).

2.1.2. Gebelik Döneminde Anne Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler

Bağlanma, birçok faktörden etkilenen, duygusal-etkileşimsel ilişki yapısında olup süreklilik arz eden bir süreçtir (Akarsu ve ark., 2017). Çoğu araştırmacı gebelik dönemi boyunca anne bağlanması üzerinde etkili olan faktörleri belirlemeye çalışmışlardır (Abasi ve ark., 2012; Elkin, 2015; Aksoy ve ark., 2016; Kartal ve Karaman, 2018).

Gebelik döneminde başlayan anne bebek bağlanması ilerleyen dönemlerde anne ve arasındaki ilişkiye temel oluşturması nedeniyle prenatal bağlanmanın hangi faktörlerden etkilendiğinin ortaya çıkarılması gerekmektedir. Gebelikte anne bebek bağlanması birçok değişkenden etkilenmektedir. Sosyo-demografik değişkenler, gebelikle ilgili değişkenler, planlı gebelik, gebeliğe hazır olma, ultrason gibi fetüsü görüntülemeyi sağlayan teknolojiler, etnik grup, benlik algısı, ekonomik durum, yaş, algılanan sosyal destek, eş ilişkisi bu değişkenler arasında yer almaktadır (Bouchard, 2011; Kırca ve Savaşer, 2019). Ayrıca radyasyon, beslenme, çoklu gebelik, annenin duygusal durumu, annenin mevcut hastalıkları, kan etkenleri, kimyasal maddeler ve ilaçlar da bu bağlanma üzerinde etkili olmaktadır (Yılmaz ve Beji, 2010; Yiğitbaş ve Ada, 2019).

Doğum öncesi anne-bebek bağlanması güçlü olan kadınlarda, doğum ve bebek bakımı hakkında bilgilendirilmek isteme, emniyet kemeri kullanma, uygun egzersizler yapma, düzenli uyku ve sağlıklı beslenme, doğum öncesi bakım alma, tütün ve alkolden uzak durma davranışları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Lindgren, 2003; Yiğitbaş ve Ada, 2019).

Yapılan bazı çalışmalarda, eğitim düzeyi ile doğum öncesi anne bağlanması arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir. (Ekin, 2015; Mohamadirizi ve Kordi, 2016). Gebelik döneminde kadının çalışma koşullarının iyi olmaması doğum öncesi anne bağlanmasını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Topaç ve Kahyaoğlu., 2019). Yapılan bir çalışmada çalışan gebelerde, doğum öncesi anne bağlanması daha yüksek düzeyde bulunmuştur (Elkin, 2015). Ayrıca adölesan yaşta gebe kalan kadınlar, annelik kimliğinin geç oluşması nedeniyle fetüse karşı olumsuz duygular hissetme, bebeğini red etme gibi bağlanmayı olumsuz etkileyecek durumlar yaşayabilmektedirler (Crugnola ve ark., 2014).

Kadının yüksek riskli gebeliğe sahip olması, anomalili bebek ya da fetüsün hayatını tehdit eden bir hastalığın varlığı anne bağlanmasını olumsuz etkileyebilmektedir. Riskli gebeliğe sahip olan kadın, anne olma yeterliliği duygularının engellenmesi nedeniyle bağlanma işleyişine adapte olmakta zorlanmaktadır (Walsh ve ark., 2013; Yılmaz, 2013).

Gebelik döneminde doğuma yönelik korkular, istenmeyen gebelikler, gebelikte strese neden olan olaylarla baş edememe ve doğum sonrası anne ile bebeğin geç buluşması, bağlanmayı olumsuz etkileyen olaylar arasında yer almaktadır (Scharfe, 2012). Zayıf bağlanma ve gebenin davranışlarının olumsuz olması, doğum sonrası anksiyete ve depresyona sebep olabilmektedir (Yılmaz, 2013). Gebelikte fetüse bağlanma ve onunla iletişim kurma, gebelik ve gebelik sonrası annenin sağlıklı psikolojisi ve gebelik deneyimlerinin gelişmesi açısından önemlidir (Walsh ve ark., 2013).

Gebeliği sonlandırmayı düşünmenin, istenmeyen evliliklerin, geniş ailede yaşamanın, gelir düzeyinin kötü olmasının ve obezitenin bağlanmayı olumsuz olarak etkilediği belirlenmiştir (Alan ve Çankaya, 2018). Gebeliğin 3. trimesterinde olan gebelerde yapılan bir çalışmada aile ve eş desteğini düşük düzeyde algılayan gebelerin daha az bağlanma gösterdiği belirlenmiştir (Ossa ve ark., 2012). Başka bir araştırmada multipar, planlı gebeliği olmayan, öğrenim düzeyi düşük, yaşı 35 ve üzeri olan gebe kadınların bağlanma düzeyleri daha düşük bulunmuştur (Yılmaz ve Beji, 2010).

Sürekli kaygı içerisinde olan gebenin fetüs ile olan bağı zarar görebilmektedir. Yapılan bir araştırmada kaygı puanı yüksek olan gebelerin doğum öncesi anne bağlanma puanları daha düşük olarak bulunmuştur (Janbakhishov, 2013). Smorti ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, gebenin depresif semptomlarının prenatal bağlanma kalitesini olumsuz etkileyerek fetüsle ilk kurulan duygusal bağa zarar verdiğini ayrıca doğum deneyimi ile yenidoğanın refahını da etkilediğini belirtmiştir (Smorti ve ark., 2019).

Gebeliğinde bebeğini kaybetmiş annelerin sonraki gebeliklerinde anksiyetelerinin artması ve yoğun olarak bebeklerini kaybetme duygusu yaşamaları nedeniyle bağlanmada güçlük çekmektedirler. Fakat bazı araştırmacılar prenatal kayıp ile bağlanma arasında ilişki olmadığını bildirmiştir (Wallerstedt ve ark., 2003; Yılmaz

ve Beji, 2013). Ölü doğum ve abortus/küretaj deneyimleyen kadınlarda, sonraki gebeliklerde sağlıklı çocuğa sahip olsa bile mevcut olan depresyon ve anksiyetenin yok olmadığını belirtilmektedir (Blackmore ve ark, 2011).

Anne-bebek bağlanması zayıf düzeyde olan gebelerde duygu durum bozuklukları, depresyon, anksiyete, fetal istismar ve fetüsten rahatsızlık duyma gibi sorunlar yaşayabilmektedir. Bu durum ise, doğum sonrasında bebekte uyku bozukluğu, ağlama, huzursuzluk, büyüme-gelişme yetersizliği, beslenme bozukluğu gibi ciddi sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir (Akarsu ve ark., 2017).

2.1.3. Anne Bebek Bağlanmasında Hemşirenin Rolü

Zayıf bağlanma riskine sahip gebelerin bağlanma düzeylerini yükseltebilmek amacıyla, kadına özel hemşirelik girişiminde bulunulması önemlidir. Ancak gebelikte hangi uygulamaların anne-bebek bağlanmasını olumlu etkileyeceği hangi uygulamaların olumsuz etkileyeceği konusunda aydınlatılması gereken pek çok nokta bulunmaktadır (Ossa ve ark., 2012).

Kadın aileye katılacak yeni birey için prenatal bakım olarak hazırlık yapmaktadır (Dönmez ve ark., 2018). Anne adaylarına verilen bu bakım, gebenin doğum sonrası annelik rolüne daha kolay uyumunu sağlamaktadır (Yavuzarslan, 2019). Plansız gebelikler ve gebeliğe hazır olmamanın doğum öncesi anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Osso ve ark., 2012). Gebeliğin planlı olması, anne-bebek bağlanmasında önemli bir rol oynadığı için gebe ile doğrudan etkileşim kuran ebe ve hemşirelerin aile planlaması hakkında anne adaylarına eğitim vermeleri gerekmektedir. Hemşire/ebe çocuk sahibi olmak isteyen ailelere gebelik dönemine ilişkin bilgiler vermeli, kadının bebeği ile olumlu iletişim kurmasına yardımcı olmalıdır. Gebelik döneminde gelişebilecek bazı olumsuzluklar gebenin bebeğe karşı tutumunda olumsuz etkileyebileceğinden, kadının düzenli olarak kontrollere gelmesi, gerekli kontrol ve testleri yaptırması ve uygun tedaviyi alması gerekliliğinden bahsedilmelidir (Bekmezci ve Özkan, 2016; Dönmez ve ark., 2018).

Anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik sorunları olan gebe kadınları ya da bu sorunlara sahip gebe kalmayı düşünen kadınları psikiyatriste yönlendirilip tedavi olması sağlanmalıdır. Hemşireler gebe kadınların sosyal destek sistemlerini değerlendirmeli, karşılaştıkları güçlüklerle başa çıkmalarına yardımcı olmalı ve

doğum öncesi bağlanma hakkında araştırmalar yapmalıdırlar (Yılmaz, 2013; Koptur ve Emül, 2017).

Gebelikte başlayan anne-bebek bağlanması doğum sonrası da devam etmektedir. Doğum sonrası ilk saatlerde anne ve bebeğin ten temasının sağlanması bağlanma açısından önem arz etmektedir (Belkız, 2017). Hemşire ve ebeler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde ebeveyn-bebek etkileşiminde bağlanma sürecini başlatmada ve sürdürmede önemli bir role sahiptir (Bekmezci ve Özkan, 2016; Karakulak ve Alparslan, 2016). Hemşire/ebeler erken dönem anne-bebek bağlanmasını değerlendirmeli, kadını bilgilendirmeli ve destek vermelidir. Annenin bebek ile ilgili beklentilerini açıklamasına fırsat sunulmalı ve gerçekçi cevaplar verilmelidir (Koptur ve Emül, 2017). Türkiye’de normal doğum yapan anneler, doğumdan 24 saat sonra taburcu edilmekte, ancak bu süre anne için yeterli gelmemekte, kadın kısa zaman dilimi içerisinde yeni kimliğine ve yeni bir bireye uyum sağlamaları zorlaşmakta, kendini yetersiz görüp kaygılanmaktadır. Bu durum anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilemektedir (Yavuzarslan, 2019). Taburculukta anneye, bebeği ile kurulan etkileşimi devam ettirmesinin önemi anlatılmalı, bebeğin normal gelişimi ve davranışları hakkında bilgiler verilmeli, bu doğrultuda anneye rehberlik edilmelidir (Çoban ve Saruhan, 2005; Kavlak ve Şirin, 2007). İleriki zamanlarda istismar ve çocuk ihmalini önlemek amacıyla bağlanma sorunu yaşayan anneler yakından izlenmelidir. Bu tarz sorunları belirleyebilmek için düzenli ev ziyaretleri yapılmalı ve annenin bebeğine karşı tutum ve davranışları izlenmelidir (Kavlak ve Şirin, 2007).

2.2. Travmatik Doğum

Travma psikiyatride “sarsıntı”, tıp biliminde ise “bir doku veya organın yapısını ve biçimini bozan, dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yara, örselenme” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2019). Bu durum, kişinin bedenini ve çevresini tehdit etmesi sonucunda, kişinin mağdur olmasına neden olabilmektedir (Bay, 2019). Travma, birincil travma ve ikincil travma olmak üzere iki şekilde incelenmektedir. Birincil travma, kişilerin travmatik bir olaya ya da olaylara maruz kalmaları; ikincil travma ise, dolaylı olarak travmaya maruz kalmaları ya da tanık olmaları olarak tanımlanmaktadır. Her iki travma tipinde de travmanın neden olduğu

davranışların aynı veya benzer olduğu bildirilmektedir (Pak ve ark., 2017). Travmatik yaşama sahip olan insanların öykülerinde olağan olumsuzlukların dışında ölüme yakınlık, şiddet veya tehdit durumu mevcuttur (Aktaş, 2018).

Kadının, doğumu, kendisi veya bebeği için yaralanma veya ölüm tehdidi olarak algılaması travmatik doğum olarak adlandırılmaktadır (Reed ve ark., 2017). Kadınların zor veya travmatik doğumlardan sonra, suçluluk ve sıkıntıdan, aşırı endişe ve panik atağa kadar bir dizi ciddi ve kalıcı komplikasyon yaşayabilecekleri kabul edilmektedir (Fenech ve Thomson, 2014). Travmatik doğum, kadının doğumu sık sık hatırlamasına, kabuslar görmesine ve doğumun tekrar tekrar yaşamasına sebep olabileceği belirtilmektedir (Yalnız ve ark., 2016).

Travmatik deneyimlerin etkileri sonraki nesillerin algı ve deneyimlerini de etkilemektedir. Travmanın nesiller boyu aktarılmasında epigenetik mekanizmaların rolü olduğunu belirten araştırmalar mevcuttur (Dias ve Ressler, 2014; Yehuda ve ark., 2016). Bu konuda yapılan bir çalışmada, soykırımdan kurtulan çocuklar ve ailelerde epigenetik mekanizmadan kaynaklanan değişikliklerin olduğunu ve stresle bağlantılı gen olarak tanımlanan FKBP5 geninin ebeveynler ve çocuklarında aynı değişimlere uğradığı ve sonraki nesilleri etkilediği bildirilmiştir (Yehuda ve ark., 2016). Yamagata ve arkadaşları, ebeveyn ve çocukları arasında korku, kaygı ve depresyon gibi duygu durum bozukluklarının kortiko limbik sistemdeki gri madde hacmindeki birliktelik derecesini incelemiş, kortiko limbik sistem morfolojisinin anne ve kız çocuklarında diğer ebeveyn ve yavru kombinasyonlarından daha fazla benzediğini, özellikle korku, kaygı ve depresyon gibi duygu durum bozukluklarının anneden kız çocuğuna aktarımının olabileceğini bildirmişlerdir (Yamagata ve ark., 2016).

Travmatik doğum ile ilgili artan bilgi ve araştırmalara rağmen, travmatik doğum deneyimi yaşamış olan kadınlara verilen profesyonel destek oldukça azdır. Profesyonel destek hizmetinin yeterli hale gelebilmesi için sağlık profesyonellerinin kadının doğum ve anneliğe hazır oluşunun daha fazla desteklenmesi gerekmektedir (Elmir ve ark., 2010; Yalnız ve Etki, 2019).

2.2.1. Travmatik Doğum Algısı

Travmatik doğum algısı, kadının, zihninde oluşturmuş olduğu doğum temasının, gebeliğin başından itibaren doğum hakkında edindiği bilgilerin, doğum eyleminde

yaşadığı her durum ile harmanlanması sonucunda ortaya çıkan ve postpartum dönemi de etkileyen önemli bir kavramdır (Bay, 2019).

Geçmiş dönemlerde doğum yapan kadına saygıyla bakılıp nazik davranıldığı için kadınların doğumdan korkmadıkları belirtilmektedir. Kadınların zaman içinde doğum algılarında ve deneyimlerinde önemli değişimler meydana gelmiştir. Kadına ve gebeliğe bakış açısının 2.yy.'dan sonra olumsuz olarak değişmeye başladığı, doğum sırasında çekilen ağrının kadının günahlarının bir bedeli olarak görüldüğü için doğum ağrısına müdahale edilmediği belirtilmektedir (Mongan, 2012). Bu düşünce kadının doğumu yalnızlık, acı ve korkuya sebebiyet veren bir durum olarak görmesine neden olmuştur (Serçekuş, 2011). 19. yy.'a gelindiğinde doğum ağrısı için ağrı kesici kullanılmaya ve doğumlar hastanede yapılmaya başlanmıştır. Ancak hastane koşullarının yetersiz olması, anne ve bebek ölümlerinin artmasına ve doğumun ölümle birlikte anılmaya başlanmasına neden olmuştur (Mongan, 2012).

Doğum travması, diğer travma türlerinden farklıdır. Bu farklılık ise doğumun genellikle olumlu bir sonucu olmasından kaynaklanmaktadır (Yalnız ve Etki, 2019). Kadınların çoğu doğumu, keyifli ve yaşamı değiştiren bir olay olarak ya da karmaşık duygularla algılamakta (İspir ve İnci, 2014; Karlström ve ark., 2015; Frickberg-Middleton, 2015), bazıları hayal kırıklığı, gereksiz müdahaleler, uzun süren ağrılar, yoğun anksiyete, korku ve acizlik gibi olumsuz deneyim olarak algılamaktadır (Etheridge ve Slade, 2017). Olumlu doğum deneyimine sahip olmak, gelecek nesil ve doğumlar için oldukça önem arz etmektedir (Nilsson ve ark., 2013).

Olumlu bir doğum deneyimi için doğum yapılan ortam, karar vermeye katılım, verilen bilgiler, eş desteği, doğum ağrısını deneyimleme seviyesi, algılanan kontrol ve güven duygusu, sağlık profesyonelleriyle destekleyici güvenilir ve saygılı ilişkiler kurulması ve beklentilerin karşılanması gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir (Kringeland ve ark., 2010). Olumsuz doğum deneyimi yaşamak, daha sonraki doğum deneyiminde korkuya yol açmaktadır (Özkars, 2017). Ayrıca, travmatik doğum deneyimi, bir kadının nerede, nasıl doğum yapacağı ile ilgili gelecekteki kararlarını etkileyebilmektedir. Kadınlar travmatik bir hastane deneyimini yaşamaktan kaçınmak için, evde doğum yapmayı veya gereksiz sezaryen talebinde bulunmayı tercih edebilmektedirler (Modarres ve ark., 2012; Reed ve ark., 2017).

Bazı kadınlar, hayatlarında önemli bir yere sahip olan doğumu, pozitif bir olay olarak algımlarken bazı kadınlar travmatik olarak algılayabilmektedir. Yapılan çalışmalarda, kadınların büyük bir çoğunluğunun doğumu travmatik bir olay olarak gördükleri bildirilmektedir (Modarres ve ark., 2012; Garthus-Niegel ve ark., 2013). Kadınların travmatik bir doğum yaşaması, bir daha gebe kalmayı istememe, aile içi ilişkilerde bozulma ve sonraki doğumlar için sezaryen olmayı istemesi gibi olumsuzluklara yol açmaktadır (Verreault ve ark., 2012; Boorman ve ark., 2014).

2.2.2 Travmatik Doğum Algısı Prevalansı

Travmatik doğum algısı görülme oranları, yapılan çalışmalarda farklılıklar göstermektedir. Bunun önemli sebeplerinden bazısı travmatik doğum algısının birçok faktörden etkilenmesi ve kullanılan ölçüm araçlarıdır (Modarres ve ark., 2012; Boorman ve ark., 2014; Yalnız ve ark., 2016, Aktaş, 2018).

İran'da yapılan bir çalışmada travmatik doğum yapan kadın oranının %54.5 olduğu ve bu kadınların %20'sinde TSSB geliştiği saptanmıştır (Modarres ve ark., 2012). Boorman ve arkadaşları DSM-IV kriterlerine göre travmatik doğum oranı %29.4 olarak belirlemiştir (Boorman, 2014). Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ) ile Türkiye'de yapılan bir çalışmada, kadınların %23.6'sının yüksek düzeyde travmatik doğum algısı yaşadığı belirlenmiştir (Aktaş, 2018). Aynı ölçekle yapılan başka bir çalışmada ise, kadınların %26.9'unun yüksek düzeyde travmatik doğum algısı yaşadığı belirlenmiştir (Bay, 2019).

2.2.3. Travmatik Doğum Algısına Yol Açan Durumlar

Doğumun çok özel bir olgu olmasının en önemli nedeni, hem fizyolojik hem psikolojik hem de sosyolojik yönünün olmasıdır. Bunun yanında, tıbbi bir olay olan doğumun, kadını ve erkeği ebeveyn yapan bir süreç olması nedeniyle doğumun her yönüyle ele alınması gerekmektedir (Bay, 2019). Bu süreci her kadın, her aile, kendi kültürel özellikleri doğrultusunda farklı algılamaktadır (Aydın ve Yıldız, 2018).

Doğum denilince akla güzel duygular gelirken, bazı kadınlar için bu durum pek de öyle olmamaktadır (Solmuş, 2012). Çoğu kadın doğumu travmatik bir deneyim olarak yaşamakta ve korkulan bir durum olarak görmektedir. Doğum deneyimi kadında sosyal, duygusal, psikolojik ve fizyolojik etkiler bırakmaktadır (Durmazoğlu

ve ark., 2016). Doğuma ait bu etkiler gelecekte kadında olumlu veya olumsuz, uzun vadeli ve kalıcı sonuçlara neden olabilmekle beraber kadının kendi sağlığını, sonraki doğumlarını, aile ilişkilerini ve çevresindeki kadınları olumlu/olumsuz etkileyebilmektedir (Nilsson ve ark., 2013; Aslan ve Okumuş, 2017).

Doğumun travmatik olarak algılanmasına yol açan durumlar şu şekildedir (Nilsson ve ark., 2013; Frickberg-Middleton, 2015; Simpson ve Catling 2016; Downe ve ark., 2018);

- Kadınların gebelikte karar mekanizmasına dahil edilmemesi,
- Doğumda kadına yapılan müdahaleler,
- Kadının hissettiği ağrı ve kontrol eksikliği,
- İndüksiyon, acil operatif doğum, obstetrik analjezi uygulaması,
- Sağlık profesyonellerinin doğum sırasında yetersiz desteği, sağlık profesyonelinin empatik olmayan otoriter yaklaşımları ve negatif tutumu,
- Doğum ortamında hareket özgürlüğünün kısıtlanması,
- Sürekli fetal monitörizasyon,
- Gebe izlemlerinde yetersizlik,
- Rutin epizyotomi uygulamaları,
- Eş desteğinin olmaması gibi durumlar doğumun negatif algılanmasına sebep olabilmektedir.

Aşırı doğum korkusu, nullipar olma, doğumda öz yeterlilik beklentisinin düşük olması ve doğum öncesi bakım yetersizliği, gebeliğe ait beklentilerinin karşılık bulmaması, negatif doğum duygusuna ve doğum deneyime sahip olma, planlanmamış gebelik, istenmeyen gebelik, gebelik ve doğum ile ilgili yetersiz bilgi, riskli gebelik geçirmiş olma gibi gebeliğe ait risk faktörleri travmatik doğum algısına neden olan diğer sebepler arasında yer almaktadır (Boorman ve ark., 2014; İspir ve inci, 2014).

Travmatik, karmaşık ve olumsuz doğum deneyimi çoğunlukla doğum sürecinde duyulan memnuniyetsizlikle ilgilidir (Elmir ve ark., 2010). Anne adayların doğum ile ilgili bir takım beklentileri vardır. Bu beklentiler, kadının kişisel ve çevresel faktörlerine göre şekillenmektedir. Anne adayının olumsuz beklentileri bir sonraki doğum için korku duygusunu oluşturmaktadır (Özkars, 2017). Boorman ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada korkunun travmatik doğum

değerlendirilmesinde önemli bir psikolojik tanı kriteri olduğu belirtmektedir (Boorman ve ark., 2014).

Korku genellikle bireyin korunması ve güvenliği için gerekli olan normal ve fizyolojik bir insan tepkisidir. Doğum ile ilişkili korku, kadınların doğum için hazırlanmalarına yardımcı olabileceğinden, belli bir dereceye kadar “sağlıklı” olduğu düşünülebilir. Ancak, eğer korkular “dehşet verici” hale gelirse, fiziksel ve duygusal olarak engeller oluşturabilmekte ve “tokofobi” gibi spesifik patolojilere yol açabilmektedir (Scollato ve Lampasona, 2013). Araştırmalar doğum korkusu ve doğum ağrısında duyulan endişenin, kadınların doğuma karşı olumsuz bir tavır almalarına neden olduğunu ve doğum tercihlerini etkilediğini söylemektedir (Haines ve ark., 2011; Nilsson ve ark., 2013). Olumsuz doğum deneyimlerinin, sonraki doğumlarda sezaryen olma isteği, doğuma yönelik korku, gelecekteki gebeliklerde kürtaj, gebe kalmamak için cinsellikten kaçınma, emzirme sorunları ve anne bebek bağlanma sorunları gibi sonuçlara yol açabileceği belirtilmektedir (Dencker ve ark., 2010; Størksen ve ark., 2015).

Doğum, kadının hayatında birçok faktörden etkilenen ve bu faktörlerin oluşmasına zemin hazırlayan karışık bir süreçtir. Travmatik doğuma ait risk etmenlerinin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması, risk faktörlerinin ortadan kaldırılması hemşirelik bakım hizmetlerinin oluşturulması bakımından önemlidir (Yalnız ve Etki, 2019).

2.2.4. Travmatik Doğum Deneyiminin Kadın, Bebek ve Aile Üzerine Etkileri

Travmatik doğum deneyimi kadının hayatında ve ailesinde önemli etkiler bırakmaktadır. Bu etkiler tedavi edilmediği sürece uzun yıllar devam etmektedir (Ford ve Ayers, 2011). Kadının doğum ile ilgili fikirlerinin ve anılarının olumlu olması ve doğuma karşı pozitif olması için postpartum dönemde ruhsal sağlığının korunmuş olması gerekmektedir (Ford ve Ayers, 2009). Travmatik doğum yaşayan kadınlar, sonraki doğumlarında normal doğum yapmak istemedikleri, sezaryen ile doğumu tercih ettikleri bildirilmektedir (Yalnız ve Etki, 2019).

Travmatik doğumun etkileri doğum sonu da devam etmektedir. Doğum sonrası dönem sosyal desteğin sağlanması, psikolojik dengenin yeniden kurulması açısından

önemlidir (Gamble ve Creedy, 2009). Doğumu travmatik olan kadınlarda, daha sonra Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve anksiyete bozuklukları gibi mental sağlık sorunları görülme ihtimali yüksektir (American Psychiatric Association, 2013). Travma sonrası stres bozukluğu, doğum sonrası 4-6 haftaları arasında sürekli doğumdan bahsedilmesi ve doğum ile ilgili kabus niteliğinde rüyalar görülmesi durumudur (Boorman ve ark., 2014; Yalnız ve ark., 2016). Kadınların travmaya neden olabilecek durumları dolaylı/dolaysız yoldan yaşamaları sonucu doğum anını kabus olarak görmesi ve olayı doğum anındaki gibi hatırlaması TSSB belirtilerini ortaya çıkarabilmektedir (İspir ve İnci, 2014). Bu nedenle, TSSB'li kadınlar çoğunlukla doğumu hatırlamak istemezler ve travmatik doğum deneyimi ile ilgili düşünce ve duygularını anlatmakta güçlük çekerler (Yalnız ve Etki, 2019).

Travmatik doğum aile ilişkilerinde sorunlar yaratabilmektedir. Bazı kadınlar cinsel isteksizlik yaşamakta ve eşlerinin kendilerini anlamadıklarını düşünmektedirler. Hatta kimi kadınlar eşlerinden ayrılmayı bile düşünmektedir. Eşleri ise kadınların bu durumlarını anlayamadıkları için kendilerini çaresiz hissettiklerini belirtmektedirler (Elmir ve ark., 2010). Bu süreçte anne bebeğinden uzaklaşabilmekte ve emzirmede yetersiz kalabilmektedir (Beck, 2015). Bununla birlikte bu durum evlilikte boşanmalara ve neticesinde depresyona neden olabilmektedir (American Psychiatric Association, 2013). Yaşanılan bu ciddi durum ileriki zamanlarda kadınları doğum yapmamaya sevk edebilmektedir (Fenech ve Thomson, 2014).

Travmatik doğum aynı zamanda kadının doğuma ait duygularını olumsuz etkilemekte, doğum ile ilgili beklentilerinde hayal kırıklığına uğramış hissetmektedir. Durum böyle olunca kadında, doğum sonrası öfke, sinirlilik ve olumsuz duygular görülmektedir. Travmatik doğum sonrası kadınlar kontrol kaybına uğradıklarını ve insanlarla iletişiminin bozulduğunu belirtmektedirler (Fenech ve Thomson., 2014). Bu duygular ve deneyimler kadının annelik rolünü de etkilemektedir. Bu durum karşısında kimi kadınlar bebeğine karşı aşırı korumacı davranırken, kimi kadınlar ise bebekleriyle iletişimde zorluk yaşamaktadırlar (Ayers ve ark., 2006). Cinselliğin doğal bir sonucu olan doğumun travmatik olmasının ya da travmatik algılanmasının neden olduğu psikolojik sorunlar kadının kendisini, çevresini ve sonraki nesilleri olumsuz etkilemektedir (Yehuda ve ark., 2016; Aydın ve Yıldız, 2018).

Travmatik doğum yaşayan kadınlar, toplumsal bir baskı hissettikleri için travmatik doğumun etkilerini açıkça belirtememektedirler. Kadının önceki doğumlarına yüklediği anlam, kadının bireysel farklılıkları ve doğuma yönelik algısına göre farklılık göstermektedir. Doğuma yönelik algı ise topluma ait kültürel değerlere göre değişebilmektedir (Yalnız ve Etki, 2019). Bu durumun tedavisi yapılmadığı sürece ileride kişi, aile ve toplum için risk oluşturacaktır.

2.2.5. Travmatik Doğumun Önlenmesinde Hemşirelik Yaklaşımları

Doğum süreci, birden fazla sağlık profesyonelin (kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, ebe, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanları) bir arada uyum içinde çalışmasını gerektiren bir durumdur. Travmatik doğum bu ekipte yer alan bütün sağlık profesyonellerini ilgilendirmektedir. Bu nedenle, ekibin birbiri ile iletişiminin iyi ve birbirlerine saygılı olmaları, doğum ile ilgili negatif duyguları öncelikle kendilerinden arındırmış olmaları gerekmektedir. Bu ekibin bir parçası olan hemşirelerin, gebelikte ve doğum sonu dönemde travmatik doğuma ilişkin risk faktörlerinin tanınmasında, değerlendirilmesinde ve gerekli önlemler alınmasında önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Simpson ve Catling, 2016; Yalnız ve Etki, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gebenin tanıdığı bir veya birden fazla ebe tarafından, doğum öncesi, doğum anı ve doğum sonrası dönemde, sürekli desteklenmesini önermektedir (World Health Organization, 2018). Doğumda ve doğum sonrası dönemde anne adaylarının sağlık profesyonellerinden temel beklentileri, cesaretlendirme, mahremiyete dikkat, güler yüzlülük, terapötik dokunuş, dinleme, kendini iyi hissettirme, açıklayıcı konuşma ve bilgilendirme (Attarha ve ark., 2016). Doğum eylemi sırasında kadın ile birlikte hareket edip, ona fiziksel ve duygusal destek sağlamak ve ihtiyaçları belirleyip bu ihtiyaçlara göre bakım vermek, ebeğin sorumluluklarının başında yer almaktadır (Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017).

Kadının, sağlık personellerince sunulan desteği nasıl algıladığı oldukça önemlidir. Haines ve arkadaşları, doğum korkusuna sahip kadınların doğum anındaki bakımı yetersiz algıladıklarını belirtmektedir. Bu nedenle, doğumda anksiyete ve korkunun azaltılmasına öncelik verildiği zaman, kadınların sunulan destekleyici bakımı daha pozitif algılayabileceği belirtilmektedir (Haines ve ark., 2013). Kadınların doğum sonrası deneyimlerini sağlık profesyonelleriyle paylaşmak istedikleri, bunu bir

destek olarak gördükleri, ancak böyle bir ortamın kendilerine oluşturulmadığını, sağlık profesyonellerinin kendi duygularını önemsemediğini ve doğum ile ilgili duygularını merak etmediklerini, kendilerinin yeterince anlaşılmadığını düşünmektedirler (Yalnız ve Etki, 2019). Bu durumda kadınlara doğum sonu dönemde, travmatik doğum belirtileriyle baş etmesi için fırsatlar sunulması oldukça önemli olmaktadır (Greenfield ve ark., 2016).

Travmatik doğum sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmesi gereken önemli bir konudur. Hemşire travmatik doğum açısından riskli gördüğü bireyi tanımalı, gebeliğe uyumunu kolaylaştırmalıdır. Ayrıca travmatik doğumu önlemeye yönelik destekleyici bakım sunması, doğum deneyimlerini paylaşması, olumsuz deneyimleri yeniden değerlendirmesi, doğru ve yeterli yönlendirmeyi yapma gibi bir takım önlemler almalıdır (İspir ve İnci, 2014).

Travmatik doğumları önlemek için önerilen bazı uygulamalar şu şekildedir (Nyberg ve ark., 2010; Simpson ve Catling, 2016);

- Doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemler ile ilgili travmatik doğuma yönelik hizmet içi eğitimlerin yapılması,
- Doğum salonu/servisinde çalışan hemşire ve ebelerin doğuma yaklaşım ile ilgili deneyimlerini ve çözüm önerilerini paylaşmak için düzenli aralıklarla bir araya gelmesi,
- Anne adayı ve ailesi ile pozitif iletişiminin sağlanması,
- Kadın doğuma ait beklentilere uygun ya da yakın bakım verilmesi ve kadının bakım sürecine dahil edilmesi,
- Kadının doğuma ait korku ve endişelerinin giderilmesi, önceki negatif doğum deneyiminin etkilerinin azaltılması için doğum öncesinde, doğumda ve doğum sonrasında olumlu doğum deneyimi yaşaması için gerekli yaklaşımın sağlanması gerekir.

Sağlık profesyonellerinin birincil amacı travmatik doğumların oluşması önlenmek olmalıdır. Eğer travmatik doğum önlenememişse kadının bu süreci sorunsuz anlatabilmesi için destek olunmalı ve doğum sonu bakımla olumsuz doğum algısı olumluya dönüştürülmelidir (Furuta ve ark., 2014).

Hemşire kadının doğumda yaşadığı duygu ve düşünceleri anlamalı ve kadına destek olmalıdır. Kadının isteği ile konuşmaya başka biri dahil edilebilir, ancak kadın konuşmak veya soruları yanıtlamak istemiyorsa zorlanmamalıdır (Muskett, 2014). Doğum sonu dönemde, kadınların ruh sağlığı problemlerini belirleyebilmek için, standart araç ve ölçekler kullanılmalı, kadınların doğum deneyimi ile ilgili açık uçlu sorular sorulmalı ve travma belirtileri araştırılmalıdır (Yalnız ve Etki, 2019). Postpartum Travmatik Stres Belirtileri Ölçeği, Travmatik Doğum İndeksi ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin doğum sonrası depresyon taramasında rutin olarak uygulanmasının, erken dönemde sorunun belirlenmesi ve çözüm üretmede önemli olacağı düşünülmektedir (Aydın ve ark., 2012; Yalnız ve ark., 2016)



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma, Ordu ili Ünye Devlet Hastanesi'ndeki gebe polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Hastanede her gün ortalama iki poliklinik hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini, Ünye Devlet Hastanesi'ndeki gebe polikliniklerine başvuran gebe kadınlar oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örnekleme

Belirtilen evrenden araştırmanın yapıldığı tarihlerde rutin kontrolleri için gebe polikliniklerine başvuran, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 370 gebe kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

Örneklem büyüklüğü, gebelerin polikliniklere tekrarlı gelişleri nedeniyle, bilinmeyen evren formülü ile belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, Bülbül ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında belirlenen gebelerde şiddetli doğum korkusu yaşama oranı olan %38.8 kullanılmıştır. Bu oran, örnekleme alınacak gebe sayısının hesaplanmasında incelenen olayın görülüş sıklığı olarak alınmıştır.

$$n = \frac{t^2 pq}{d^2}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.39)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (0.61)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatası (0.05)

$$n = (1.96)^2 \times 0.39 \times 0.61 / (0.05)^2 = 366$$

Araştırmada veri kaybı olacağı öngörüsüyle, 370 gebe kadın araştırma kapsama alınmış ve kapsama alınan kadınların verilerinin istatistiksel değerlendirilmesi yapılmıştır.

3.3.2.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Gebe olan,
- Evli olan,
- 18 ve üzeri yaşta olan,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Eşiyle birlikte yaşayan,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul edenler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Ruhsal hastalık tanısı alan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında konu ile ilgili literatür bilgileri (Karakulak ve Alparslan, 2016; Etheridge ve Slade, 2017; Aslan ve Okumuş, 2017; Kartal ve Karaman, 2018; Klabbbers ve ark., 2018) doğrultusunda geliştirilen Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), “Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği” (Ek 2) ve “Travmatik Doğum Algısı Ölçeği” (Ek 3) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formunda, kadınların sosyo-demografik, obstetrik özellikleri ile ilgili sorular yer almaktadır. Sosyo-demografik özellikleri; yaşı, eğitim durumu, aile tipini, ekonomik durumunu, evlilik süresini içermektedir. Obstetrik özellikler ise; gebelik haftası, yaşayan çocuk sayısı, doğum şekli, küretaj ve düşük öyküsü ile ilgili soruları içermektedir. Aynı zamanda kişisel

bilgi formunda kadınların gebelik öncesi kendisi, eşi hakkında sorular ile gebelik ve doğuma yönelik sorular yer almaktadır (Ek 1).

3.4.2. Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği

Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği (DÖABÖ), Condon (1993) tarafından geliştirilerek, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, Gölbaşı ve arkadaşları tarafından (2017) Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin her bir maddesi gebenin fetusa karşı duygu, tutum ve davranışları üzerine odaklanmaktadır. Ölçek likert tipte olup, 19 maddeden oluşmakta ve her bir madde 1-5 arasında puanlanmaktadır (5= fetusa karşı çok güçlü duyguları temsil etmektedir; 1=fetusa karşı duyguların yokluğunu temsil etmektedir). Ölçekteki 11 madde ters yönde puanlanmaktadır (1, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 15, 16, 18). Tüm maddelere verilen puanların toplanması ile ölçeğe ait toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten en düşük “19 puan” en yüksek “95 puan” alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, yüksek bağlanma derecesini göstermektedir. Ölçekte, “*Bağlanmanın niteliği*” (3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 19) ve “*Bağlanmaya harcanan zaman*” (1, 2, 4, 5, 8, 14, 17, 18) alt boyutları bulunmaktadır. Yedinci madde alt ölçeklerin hiç birine dahil edilecek kadar faktöre etki etmediği için yalnızca toplam puanda yer almaktadır. Özgün çalışmada, Cronbach alfa katsayısı ölçeğin tamamı için 0.79; “*Bağlanmanın niteliği*” alt boyutu için 0.76; “*Bağlanmaya harcanan zaman*” alt boyutu için 0.65 bulunmuştur. Bu çalışmada, Cronbach alfa katsayısı ölçeğin tamamı için 0.71; “*Bağlanmanın niteliği*” alt boyutu için 0.53; “*Bağlanmaya harcanan zaman*” alt boyutu için 0.67 bulunmuştur.

3.4.3. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (TDAÖ), Yalnız ve arkadaşları (2016) tarafından travmatik doğum algısını belirlemek için geliştirilerek, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Özgün çalışma, 18-40 yaş grubu kadınlar üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin son hali 13 maddeden oluşmaktadır. Her madde sıralama ölçeği şeklinde olup, 1 ile 10 arasında puanlanmıştır. 1= en düşük puanı, 10= en yüksek puanı göstermektedir. Her maddeden alınan puanlar toplanır. Ölçekten alınan puan arttıkça, doğumun travmatik olarak algılanma düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Ölçekten en düşük “0 puan” en yüksek “130 puan alınabilmektedir. Ölçek toplam puanına göre; 0-26 puan “*çok düşük*”, 27- 52 puan “*düşük*”, 53-78 puan “*orta*”, 79-104 puan

“yüksek”, 105-130 puan aralığı “çok yüksek” düzeyde travmatik doğum algısının olduğunu göstermektedir (Yalnız ve ark., 2016). Ölçeğin özgün formunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.895 bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur.

3.5. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama formunun ön uygulaması, formun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini test etmek amacıyla, 20 Haziran-5 Temmuz 2019 tarihleri arasında 36 gebeye yapılmıştır. Uygulama sonrasında herhangi bir düzeltme yapılmaya gerek olmadığı için ön uygulamada doldurulan veri toplama formları çalışmaya dahil edilmiştir.

3.6. Veri Toplama Formunun Uygulaması

Çalışmanın verileri 20 Haziran-02 Kasım 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Doğum Öncesi Anne Bağlanması Ölçeği ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ile toplanmıştır. Form ve ölçekler kadınların kendileri tarafından doldurulmuştur. Kadınların form ve ölçek sorularını cevaplaması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Veri toplama formu polikliniklerin sakin bir bölümünde uygulanmıştır.

3.7. Değişkenler

3.7.1. Bağımlı Değişkenler

- Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği puanı
- Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanı.

3.7.2. Bağımsız Değişkenler

- Gebelerin sosyo-demografik,
- Obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ait değişkenler

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya katılmayı kabul eden annelere araştırma ile ilgili açıklamalar yapılarak yazılı onamları alınmıştır (Ek 4). Bilgilendirilmiş onam formunda, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, verilen cevapların gizli

tutulacağı, istediği zaman araştırmadan ayrılabilceği konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmada kullanılması planlanan “Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği” için Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI’ndan e-posta ile ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek 5). Ayrıca, “Travmatik Doğum Algısı Ölçeği”nin kullanımı için Dr. Öğr. Üyesi Hacer YALNIZ’dan e-posta ile kullanım izni alınmıştır (Ek 6). Araştırmaya başlamadan önce, Ordu ili Ünye Devlet Hastanesi’nde araştırmanın yürütülmesi için Ordu İl Sağlık Müdürlüğü’nden araştırma izni alınmış (23/05/2019 tarih ve E.365111 sayılı yazı), (Ek 7). Ordu Üniversitesi İnvaziv Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan Etik Kurul Onayı alınmıştır (13/06/2019 tarih ve 2019/97 sayılı karar), (Ek 8).

3.9. Verilerin Analizi

Verilerin analizi bilgisayarda istatistik paket programı ile yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler için tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olan, sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda farklılıklar, parametrik verilerde t testi, One way ANOVA testi ile nonparametrik verilerde Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığı parametrik verilerde Sheffe testi ve Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler, DÖABÖ ve TDAÖ arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayısının, mutlak değer olarak, 0.70-1.00 arasında olması “yüksek” 0.70-0.30 arasında olması “orta” 0.30-0.00 arasında olması ise “düşük” düzeyde bir ilişki olarak tanımlanmıştır (Büyüköztürk, 2018). İstatistiksel önemlilik için 0.05 değeri sınır olarak alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Bu sınırlılıklardan birincisi, sadece Ordu ilinin bir ilçesinde ve hastane tabanlı olarak gerçekleştirilmiş olmasıdır. İkinci sınırlılık, evli olma, 18 ve üzeri yaşta olma, en az ilkokul mezunu olma, eşyle birlikte yaşama, sözel iletişim kurabilme ve araştırmaya katılmaya gönüllü olma özelliklerini taşıyan gebelerin alınmasıdır. Bu sınırlılıklardan dolayı araştırmanın sonuçları sadece araştırma kapsamına alınan kadınlara genellenebilir, tüm topluma genellenemez.

3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Çalışmanın gebe polikliniğinde yürütülmesi nedeniyle kadınların zamanının sınırlı oluşu ve veri toplama formlarını doldurulmaya zaman ayırmada isteksiz olmaları araştırmanın uygulanması sırasında karşılaşılan glklerdenidir.



4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan 370 gebe kadının travmatik doğum algısını, gebelik döneminde anne bağlanmasını ölçmek ve travmatik doğum algısı ile doğum öncesi anne bağlanması arasındaki ilişki ve bunları etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlayan çalışmanın bulguları sunulmuştur.

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları sunulmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 26.61 ± 5.73 (18-50 yaş), menarş yaşı ortalaması 13.35 ± 1.42 (10-18 yaş), evlilik yılı ortalaması 5.54 ± 4.93 (1-22 yıl) ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.61 ± 0.77 (1-4 çocuk) bulunmuştur. Gebelerin %37’sinin ortaokul mezunu olduğu, %81.9’unun ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Gebelerin eşlerinin %35.1’inin lise mezunu olduğu, ve %44.9’unun eşinin işçi olarak çalıştığı saptanmıştır. Gebelerin %77.6’sının “orta” düzeyde gelire sahip olduğu, %70.8’inin çekirdek ailede yaşadığı ve %90.5’inin kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n= 370)

Tanımlayıcı özellik	$\bar{x} \pm SS$	En düşük ve en yüksek değer
Yaş	26.61±5.73	18-50
Menarş yaşı	13.35±1.42	10-18
Evlilik yılı	5.54±4.93	1-22
Yaşayan çocuk sayısı	1.61±0.77	1-4
Gebenin tanıtıcı özellikleri	n	%
Yaş grupları		
18-23	129	34.9
24-29	138	37.3
30-35	71	19.2
36 ve üzeri	32	8.6
Eğitim düzeyi		
İlkokul	27	7.3
Ortaokul	137	37.0
Lise	128	34.6
Üniversite	78	21.1
Çalışma durumu		
Ev hanımı	303	81.9
Memur	19	5.1
İşçi	32	8.7
Diğer	16	4.3
Eşinin eğitim düzeyi		
İlkokul	44	12.0
Ortaokul	130	35.1
Lise	130	35.1
Üniversite	66	17.8
Eşinin çalışma durumu		
Memur	44	11.9
İşçi	166	44.9
Serbest meslek	160	43.2
Gelir durumu		
İyi	61	16.5
Orta	287	77.6
Kötü	22	5.9
Aile tipi		
Çekirdek aile	262	70.8
Geniş aile	108	29.2
Kronik hastalık öyküsü		
Evet	35	9.5
Hayır	335	90.5

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları sunulmuştur. Gebe kadınların gebelik haftası ortalaması 32.41 ± 8.45 (5-41 hafta), ilk gebelik yaşı ortalaması 22.21 ± 3.98 (14-39 yaş) gebelik sayısı ortalaması 2.93 ± 1.29 (1-7 gebelik) olarak bulunmuştur. Çalışmaya alınan kadınların %57’sinin dismenore öyküsü olduğu, %38.1’inin birinci gebeliği olduğu, %16.8’inin düşük öyküsü olduğu, %14.3’ünün küretaj öyküsü olduğu, %76.5’inin gebeliğinin planlı olduğu, %58’nin sezaryen ile doğum yaptığı, %84.6’sının gebeliğinin üçüncü trimesterinde olduğu, %31’inin gebelikler arasında geçen zamanın iki yıldan az olduğu, %19.7’sinin gebelikte sağlık sorunu yaşadığı bulunmuştur (Tablo 4.2). En fazla yaşanan sağlık sorunlarının düşük tehdidi (%24.3), ağrı (10.8), diyabet (%10.8) ve hipertansiyon (%9.5) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n= 370)

Tanımlayıcı Özellik	$\bar{x} \pm SS$	En yüksek ve en düşük değer
Gebelik haftası	32.41±8.45	5-41
İlk gebelik yaşı	22.21±3.98	14-39
Gebelik sayısı	2.93±1.29	1-7
Obstetrik özellikler	n	%
Dismenore öyküsü		
Evet	211	57.0
Hayır	159	43.0
Gebelik sayısı		
Birinci gebelik	141	38.1
İkinci ve üstü gebelik	229	61.9
Düşük öyküsü		
Evet	62	16.8
Hayır	308	83.2
Küretaj öyküsü		
Evet	53	14.3
Hayır	317	85.7
Planlı gebelik olma durumu		
Evet	283	76.5
Hayır	87	23.5
Bir önceki doğumu (n=219)*		
Normal doğum	92	42.0
Sezaryen doğum	127	58.0
Gebeliğin trimesteri		
Birinci trimester	25	6.8
İkinci trimester	32	8.6
Üçüncü trimester	313	84.6
Gebelikler arası geçen zaman (n=229)*		
2 yıldan az	71	31.0
2 yıldan fazla	158	69.0
Gebeliğinde sağlık sorunu yaşama durumu		
Evet	73	19.7
Hayır	297	80.3

* Sadece daha önce gebe olan ve/veya doğum yapan gebeler yanıt vermiştir.

Tablo 4.3’de gebelerin bazı özelliklerine göre dağılımı sunulmuştur. Gebelerin %90.3’ünün doğuma hazırlık kursuna katılmadığı ve %95.7’sinin her ikisinin de bebeği istediği belirlenmiştir. Gebelerin %57.8’inin anneleri tarafından aktarılan doğum hikayesinin “olumlu” olduğu saptanmıştır. Gebelerin %38.3’ünün yaşanılan

normal doğum ağrısını “şiddetli” ve %46.1’inin “çok şiddetli” olarak tanımlandığı bulunmuştur.

Tablo 4.3. Gebelerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları (n=370)

Tanımlayıcı özellikler	n	%
Doğuma hazırlık kursuna katılma durumu		
Evet	36	9.7
Hayır	334	90.3
Bebeği isteme durumu		
Her ikimizde bu bebeği istiyoruz	354	95.7
Ben istiyorum fakat eşim istemiyor	7	1.9
Eşim istiyor fakat ben istemiyorum	4	1.1
Her ikimizde bu bebeği istemiyoruz	5	1.3
Annesi tarafından aktarılan doğum hikayesi		
Olumlu	214	57.8
Olumsuz	49	13.2
Anlatmadı	107	29.0
Yaşanılan normal doğum ağrısı		
Rahatsız edici	20	15.6
Şiddetli	49	38.3
Çok şiddetli	59	46.1

Tablo 4.4’de çalışmaya katılan gebelerin DÖABÖ ve alt boyutları ile TDAÖ’nden aldığı puanlar ve Cronbach alfa değerleri yer almaktadır. DÖABÖ puan ortalamasının 75.71 ± 7.72 (39-94 puan) ve Cronbach alfa değeri 0.71 olarak bulunmuştur. DÖABÖ alt boyutu olan “Bağlanma niteliği” ölçeği puan ortalamasının 40.97 ± 4.53 (17-50 puan) ve Cronbach alfa değeri 0.53 bulunmuştur. DÖABÖ alt boyutu olan “Bağlanmaya harcanan zaman” alt ölçeği puan ortalaması 30.29 ± 4.39 (16-40 puan) ve Cronbach alfa 0.67 bulunmuştur. Yüksek puan, yüksek bağlanma derecesini göstermektedir. TDAÖ’den alınan en düşük puan 0 puan ve en yüksek puan ise 130 puan olarak bulunmuştur. TDAÖ Cronbach alfa değeri ise 0.88 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4. Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği, Alt Boyutları ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ile Cronbach Alfa Değerleri

Ölçekler		Alt-Üst değer	$\bar{x} \pm SS$	Cronbach Alfa
DÖABÖ Alt Boyutları	Bağlanmanın Niteliği	17-50	40.97±4.53	0.53
	Bağlanmaya Harcanan Zaman	16-40	30.29±4.39	0.67
DÖABÖ		39-94	75.71±7.72	0.71
TDAÖ		0-130	73.21±28.34	0.88

Tablo 4.5’de çalışmaya alınan kadınların TDAÖ puanlarının tanımlayıcı istatistiklerine ve ölçek düzeylerine göre dağılımları sunulmuştur. TDAÖ puanlarına göre gebelerin travma seviyeleri; gebelerin %14.9’unun “çok yüksek”, %29.2’sinin “yüksek”, %32.4’ünün “orta” seviyede travmatik doğum algısı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Gebelerin Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Puan Sınıflamasına Göre Travma Seviyeleri

Travma seviyesi	n	%
Çok düşük (0-26 puan)	19	5.1
Düşük (27-52 puan)	68	18.4
Orta (53-78 puan)	120	32.4
Yüksek (79-104 puan)	108	29.2
Çok yüksek (105-130 puan)	55	14.9

Tablo 4.6’da gebelerin TDAÖ puanlarının sınıflama düzeylerine göre DÖABÖ ve alt boyutlarının puan ortamlarının karşılaştırması sunulmuştur. TDAÖ puan sınıflamasına göre travmatik doğum algısı düzeyi yükseldikçe, DÖABÖ ve “bağlanmanın niteliği” alt boyutunun puan ortalamasının düştüğü ve gruplararası

farkların anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.000$). Başka bir ifadeyle travmatik doğum algısını yüksek olması, doğum öncesi anne bağlanmasını olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur.

Tablo 4.6. Travmatik Doğum Algısı Ölçeğine Göre Travma Seviyesi, DÖABÖ ve Alt Boyutları İle TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n= 370)

Travmatik Doğum Algısı Seviyesi	n	DÖABÖ $\bar{x} \pm SS$	DÖABÖ	DÖABÖ	TDAÖ $\bar{x} \pm SS$
			Bağlanma Niteliği Alt Boyutu $\bar{x} \pm SS$	Bağlanmaya Harcanan Zaman Alt Boyutu $\bar{x} \pm SS$	
Çok düşük (a)	19	80.05±6.45	43.84±4.09	31.42±4.12	13.63±8.86
Düşük (b)	68	77.88±7.55	42.23±4.15	31.19±4.51	41.25±7.08
Orta (c)	120	75.65±6.82	41.17±3.82	30.02±4.32	65.38±7.27
Yüksek (d)	108	74.62±6.99	40.26±4.39	30.03±4.06	90.89±7.25
Çok yüksek (e)	55	73.78±10.25	39.38±5.87	29.90±4.98	115.67±6.96
Test ve p değeri	370	Kw=18,50 p=0.001	Kw=21,288 p=0.000	Kw=6,788 p=0.148	Kw=343,738 p=0.000
<i>Aralarında fark olan gruplar*</i>		<i>a-c, a-d, a-e, b-c, b-d, b-e, c-d</i>	<i>a-c, a-d, a-e, b-d, b-e, c-d</i>		<i>a-b, a-c, a-d, a-e, b-c, b-d, b-e, c-d, c-e, d-e</i>

*Gruplararası fark Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.7’de çalışmaya alınan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre DÖABÖ ile alt boyutların puan ortalamaları ve TDAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmaları sunulmuştur. Araştırma kapsamına alınan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre DÖABÖ puan ortalamaları incelendiğinde; 18-23 yaş grubunda yer alan (77.12±6.69), üniversite mezunu olan (77.64±6.07), çalışma durumu “diğer” olan (77.87±10.80), eşi lise mezunu olan (76.58±7.91), eşi “serbest meslek” grubunda çalışan (76.48±7.58), gelir durumu “iyi” olan (76.29±7.71), çekirdek aile tipinde yaşayan (76.26±7.55) ve kronik hastalığı olan (76.25±8.55) gebelerin DÖABÖ puan ortalamalarının diğer gebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre DÖABÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim düzeyine ($p=0.010$) ve aile tipine ($p=0.038$) göre gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu

bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerde eğitim düzeyi ile DÖABÖ puan ortalamalarının arasındaki farkın “ortaokul” eğitim seviyesi ile “lise” ve “üniversite” eğitim seviyesine sahip gebelerin puan ortalamalarından kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 4.7). Gebenin yaşına, çalışma durumuna, eş eğitim düzeyine, eş çalışma durumuna, gelir durumuna ve kronik hastalığı olma durumuna göre ise gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.7).

Araştırmaya katılan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre DÖABÖ'nin “Bağlanma Niteliği” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; 18-23 yaş grubunda olan (41.37 ± 3.76), üniversite mezunu olan (42.16 ± 3.55), memur olarak çalışan (43.00 ± 3.78), eşi üniversite mezunu olan (41.75 ± 3.96), eşi memur olarak çalışan (41.72 ± 3.88), gelir durumu “orta” olanların (41.16 ± 4.28), çekirdek aile tipinde yaşayan (41.32 ± 4.40), kronik hastalığı olmayan (40.99 ± 4.43) gebelerin DÖABÖ'nin “Bağlanma Niteliği” alt boyutu puan ortalamalarının diğer gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre DÖABÖ'nün “Bağlanma Niteliği” alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi ($p=0.002$) ve aile tipine ($p=0.027$) göre gruplararası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerde eğitim düzeyi ile “Bağlanma Niteliği” alt boyutu puan ortalamalarının arasındaki farkın, “ortaokul” eğitim seviyesi ile “lise” ve “üniversite” eğitim seviyesine sahip gebelerin puan ortalamaları arasındaki ve “ilkokul” eğitim seviyesi ile “üniversite” eğitim seviyesine sahip olan gebelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 4.7). Gebenin yaşına, çalışma durumuna, eş eğitim düzeyine, eş çalışma durumuna, gelir durumuna ve kronik hastalığı olma durumuna göre gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.7).

Araştırmaya katılan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre DÖABÖ'nin “Bağlanmaya Harcanan Zaman” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; 18-23 yaş grubunda olan (31.20 ± 3.94), ilkokul mezunu olan (31.25 ± 4.71), çalışma durumu “diğer meslek” olan (31.68 ± 4.86), eşi lise mezunu olan (30.82 ± 4.63), eşinin çalışma durumu “serbest meslek” olan (30.88 ± 4.19), gelir durumu “iyi” olan (30.75 ± 4.66), çekirdek aile tipinde yaşayan (30.45 ± 4.38), kronik hastalığı olan (30.91 ± 4.60) gebelerin “Bağlanmaya Harcanan Zaman” alt boyutu puan ortalamalarının diğer gebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre

DÖABÖ'nün *Bağlanmaya Harcanan Zaman*" alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelerin yaşına (**p=0.019**) göre gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, yapılan ileri analizde farkın "18-23" yaş grubu ile "24-29" yaş grubu puan ortalamaları arasında olduğu bulunmuştur. (Tablo 4.7). Gebenin eğitim düzeyine, çalışma durumuna, eş eğitim düzeyine, eş çalışma durumuna, gelir durumuna, aile tipine ve kronik hastalığı olma durumuna göre ise gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.7).

Araştırmaya katılan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre TDAÖ puan ortalamaları incelendiğinde; 24-29 yaş grubunda olan (74.27 ± 28.89), ortaokul mezunu olan (80.94 ± 26.30), ev hanımı olan (74.80 ± 27.99), eşi ilköğretim mezunu olan (80.56 ± 24.69), eşi serbest meslekte çalışan (78.15 ± 26.78), gelir durumu "kötü" olan (83.50 ± 28.34), geniş aile tipinde yaşayan (78.50 ± 26.40), kronik hastalığı olan (75.08 ± 34.72) gebelerin TDAÖ puan ortalamaları diğer gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre TDAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelerin eğitim düzeyine (**p=0.000**), eş eğitim düzeyine (**p=0.001**), eşin çalışma durumuna (**p=0.003**), gelir durumuna (**p=0.004**) ve aile tipine (**p=0.021**) göre gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerde TDAÖ puan ortalaması ile gebelerin eğitim düzeyi arasındaki farkın "ortaokul" ve "lise", eş eğitim durumu arasındaki farkın "üniversite" ile "ilkokul", "ortaokul" ve "lise", eşinin çalışma durumu arasındaki farkın "memur" ile "serbest meslek", gelir durumu arasındaki farkın "iyi" ile "orta" ve "kötü" olan puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Gebelerin yaşına, çalışma durumuna ve kronik hastalığı olma durumuna göre ise gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre DÖABÖ ve Alt Boyutları İle TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=370)

Tanıtıcı özellikler	n	DÖABÖ $\bar{x} \pm SS$	Bağlanma niteliği $\bar{x} \pm SS$	Bağlanmaya harcanan zaman $\bar{x} \pm SS$	TDAÖ $\bar{x} \pm SS$
Yaş*					
18-23 (a)	129	77.12±6.69	41.37±3.76	31.20±3.94	73.15±28.85
24-29 (b)	138	75.18±8.22	41.06±4.82	29.65±4.50	74.27±28.89
30-35 (c)	71	75.15±8.29	40.61±4.83	30.29±4.62	73.26±26.46
36 ve üstü (d)	32	73.56±7.51	39.78±5.28	29.37±4.62	68.75±28.85
Test ve p değeri		F=2.634 p=0.50	F=1.234 p=0.297	F=3.359 p=0.019	F=.327 p=0.806
<i>Fark olan gruplar</i>					
Eğitim düzeyi**					
İlkokul (a)	27	75.92±8.39	40.18±4.27	31.25±4.71	77.00±25.20
Ortaokul (b)	137	74.05±8.11	39.90±5.05	29.75±4.40	80.94±26.30
Lise (c)	128	76.27±7.78	41.56±4.29	30.24±4.41	69.75±29.04
Üniversite (d)	78	77.64±6.07	42.16±3.55	31.00±4.13	64.01±28.37
Test ve p değeri		Kw=11.418 p=0.010	Kw=14.682 p=0.002	Kw=.48 p=0.100	Kw=19.093 p=0.000
<i>Fark olan gruplar</i>					
Çalışma durumu					
Ev hanımı	303	75.57±7.64	40.89±4.50	30.25±4.37	74.80±27.99
Memur	19	76.26±5.63	43.00±3.78	28.89±4.62	63.00±26.16
İşçi	32	75.62±7.99	40.25±4.35	30.84±4.07	72.15±28.65
Diğer	16	77.87±10.80	41.62±5.90	31.68±4.86	57.37±31.96
Test ve p değeri		Kw=3.800 p=0.284	Kw=6.264 p=0.099	Kw=4.201 p=0.241	Kw=6.950 p=0.074
Eşinin eğitim düzeyi*					
İlkokul (a)	44	73.77±9.16	39.65±5.73	29.72±4.44	80.56±24.69
Ortaokul (b)	130	75.40±7.62	40.72±4.63	30.23±4.29	74.44±29.51
Lise (c)	130	76.58±7.91	41.27±4.17	30.82±4.63	75.57±26.85
Üniversite (d)	66	75.90±6.26	41.75±3.96	29.77±4.01	61.22±28.31
Test ve p değeri		F=1.568 p=0.197	F=2.238 p=0.84	F=1.194 p=0.312	F=5.497 p=0.001
<i>Fark olan gruplar</i>					
Eşinin çalışma durumu*					
Memur (a)	44	75.90±5.61	41.72±3.88	29.79±3.70	62.86±28.19
İşçi (b)	166	74.92±8.28	40.62±4.57	29.86±4.69	71.19±29.02
Serbest meslek (c)	160	76.48±7.58	41.13±4.65	30.88±4.19	78.15±26.78
Test ve p değeri		F=1.681 p=0.197	F=1.191 p=0.305	F=2.572 p=0.078	F=5.932 p=0.003
<i>Fark olan gruplar</i>					
Gelir durumu**					
İyi (a)	61	76.29±7.71	41.03±4.36	30.75±4.66	64.09±25.41
Orta (b)	287	75.81±7.45	41.16±4.28	30.22±4.27	74.36±29.00
Kötü (c)	22	72.77±10.56	38.36±4.53	29.95±4.39	83.50±28.34
Test ve p değeri		Kw=1.555 p=0.459	Kw=3.021 p=0.221	Kw=1.291 p=0.524	Kw=10.932 p=0.004
<i>Fark olan gruplar</i>					
Aile tipi					
Çekirdek aile	262	76.26±7.55	41.32±4.40	30.45±4.38	71.03±28.87
Geniş aile	108	74.37±8.00	40.13±4.74	29.90±4.39	78.50±26.40
Test ve P değeri		t=2.142 p=0.038	t=2.292 p=0.027	t=1.097 p=0.274	t=-2.321 p=0.021
Kronik hastalık					
Evet	35	76.25±8.55	40.82±5.46	30.91±4.60	75.08±34.72
Hayır	335	75.65±7.64	40.99±4.43	30.23±4.37	73.01±27.65
Test ve p değeri		t=0.437 p=0.663	t=-0.201 p=0.841	t=0.893 p=0.383	t=0.410 p=0.682

*Fark Sheffe ile değerlendirilmiştir, **Fark Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.8’de çalışmaya alınan gebelerin obstetrik özelliklerine göre DÖABÖ ile alt boyutları ve TDAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmaları sunulmuştur. Araştırma kapsamına alınan gebelerin obstetrik özelliklerine göre DÖABÖ puan ortalamaları incelendiğinde; dismenoresi olan (75.91±8.19), birinci gebeliği olan (77.30±6.72), düşük öyküsü olmayan (75.83±7.84), küretaj öyküsü olmayan (75.91±7.70), planlı gebeliğe sahip olan (76.48±7.14), önceki doğumu sezaryen doğum olan (74.50±8.95), gebeliğin üçüncü trimesterinde olan (76.47±6.58), gebelikler arasında iki yıldan az zaman geçmiş olan (75.33±9.68), gebeliğinde sağlık sorunu yaşamayan (75.83±7.46) gebelerin DÖABÖ puan ortalamaları diğer gebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre DÖABÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelik sayısına (**p=0.002**), gebeliğin planlı olma durumuna (**p=0.002**) ve gebeliğin trimesterine (**p=0.004**) göre gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde, gebeliğin trimesterine göre DÖABÖ puan ortalamaları farkının ilk trimester ile üçüncü trimesterdeki gebeler arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Gebelerin dismenore, düşük ve küretaj öyküsü olma durumu, önceki doğum şekli, gebelikler arası süre ve gebelikte sağlık sorunu yaşama durumuna göre ise, gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.8).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre DÖABÖ’nün “*Bağlanma Niteliği*” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; dismenore durumu olmayan (41.16±4.85), birinci gebeliği olan (41.48±3.81), düşük öyküsü olmayan (41.01±4.59), küretaj öyküsü olmayan (41.02±4.36), planlı gebeliği olan (41.38±4.25), önceki doğumu sezaryen doğum olan (41.02±5.38), gebeliğin üçüncü trimesterinde olan (41.32±3.86), gebelikler arası iki yıldan daha az zaman geçmiş olan (40.81±5.50), gebeliğinde sağlık sorunu yaşamayan (41.14±4.32) gebelerin DÖABÖ “*Bağlanma Niteliği*” alt boyutu puan ortalamalarının diğer gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre DÖABÖ “*Bağlanma Niteliği*” alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sadece gebeliğin planlı olma durumuna (**p=0.002**) göre gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu; gebelerin dismenore öyküsü, gebelik sayısı, düşük ve küretaj öyküsü, önceki doğum şekli, gebeliğin trimesteri, gebelikler arası geçen zaman ve gebelikte sağlık sorunu yaşama

durumuna göre ise gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.8).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin obstetrik özelliklerine göre DÖABÖ alt boyutu olan “*Bağlanmaya Harcanan Zaman*” puan ortalamaları incelendiğinde; dismenoresi olan (30.58 ± 4.47), birinci gebeliği olan (31.26 ± 3.90), düşük öyküsü olmayan (30.37 ± 4.25), küretaj öyküsü olmayan (30.42 ± 4.34), planlı gebeliğe sahip olan (30.59 ± 4.15), önceki doğumu normal doğum olan (29.93 ± 4.32), gebeliğin üçüncü trimesterinde olan (30.68 ± 3.99), gebelikler arası zamanın iki yıldan daha az olan (30.26 ± 5.21), gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan (30.36 ± 4.60) gebelerin DÖABÖ “*Bağlanmaya Harcanan Zaman*” alt boyutu puan ortalamalarının diğer gebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre DÖABÖ “*Bağlanmaya Harcanan Zaman*” alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gebelik sayısı ($p=0.001$), gebeliğin planlı olma durumu ($p=0.018$) ve gebeliğin trimesterine ($p=0.001$) göre gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde gebeliğin trimesterine göre “*Bağlanmaya Harcanan Zaman*” alt boyutu puan ortalamaları farkının ilk trimester ve üçüncü trimesterdeki gebeler arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. “*Bağlanmaya Harcanan Zaman*” alt boyutu ile gebelerin dismenore, düşük ve küretaj öyküsü, önceki doğum şekli, gebelikler arası geçen zaman ve gebelikte sağlık sorunu yaşama durumuna göre ise gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.8).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin obstetrik özelliklerine göre TDAÖ puan ortalamaları incelendiğinde; dismenoresi olan (74.37 ± 28.95), iki ve daha fazla sayıda gebeliği olan (75.71 ± 27.49), düşük öyküsü olan (76.40 ± 27.40), küretaj öyküsü olan (79.39 ± 26.86), planlı gebeliği olmayan (80.65 ± 23.09), önceki doğumu normal doğum olan (76.97 ± 25.55), gebeliğin 3. trimesterinde olan (73.46 ± 27.74), gebelikler arası geçen zaman iki yıldan daha az olan (78.64 ± 29.41), gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan (79.26 ± 23.53) gebelerin TDAÖ puan ortalamalarının diğer gebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. TDAÖ puan ortalamalarının gebelik sayısına ($p=0.022$), gebeliğin planlı olma durumuna ($p=0.005$) ve gebeliğinde sağlık sorunu yaşama durumuna ($p=0.042$) göre TDAÖ puan ortalamalarının gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu; dismenore, düşük ve küretaj öyküsüne, önceki

doğum şekline, gebelikler arası geçen zamana göre ise, gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DÖABÖ ve Alt Boyutları İle TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=370)

Tanıtıcı özellikler	n	DÖABÖ $\bar{x} \pm SS$	Bağlanma niteliği $\bar{x} \pm SS$	Bağlanmaya harcanan zaman $\bar{x} \pm SS$	TDAÖ $\bar{x} \pm SS$
Dismenore durumu					
Evet	211	75.91±8.19	40.83±4.85	30.58±4.47	74.37±28.95
Hayır	159	75.44±7.08	41.16±4.85	29.91±4.26	71.66±27.53
Test ve p değeri		t=0.590 p=0.556	t=-0.691 p=0.490	t=1.468 p=0.143	t=0.911 p=0.363
Gebelik sayısı					
Birinci gebelik	141	77.30±6.72	41.48±3.81	31.26±3.90	69.19±29.31
İki ve üstü gebelik	229	74.71±8.15	40.65±4.91	29.69±4.57	75.71±27.49
Test ve p değeri		t=3.159 p=0.002	t=1.784 p=0.075	t=3.275 p=0.001	t=0.366 p=0.022
Düşük öyküsü					
Evet	62	75.11±7.13	40.77±4.24	29.93±5.02	76.40±27.40
Hayır	308	75.83±7.84	41.01±4.59	30.37±4.25	72.57±28.53
Test ve p değeri		t=-0.670 p=0.503	t=-0.383 p=0.702	t=-0.711 p=0.478	t=0.911 p=0.332
Küretaj öyküsü					
Evet	53	74.52±7.84	40.66±5.50	29.52±4.63	79.39±26.86
Hayır	317	75.91±7.70	41.02±4.36	30.42±4.34	72.17±28.49
Test ve p değeri		t=-1.207 p=0.228	t=-0.546 p=0.585	t=-1.370 p=0.169	t=1.720 p=0.086
Planlı gebelik					
Evet	283	76.48±7.14	41.38±4.25	30.59±4.15	70.92±29.43
Hayır	87	73.19±8.97	39.65±5.14	29.32±4.98	80.65±23.09
Test ve p değeri		t=3.528 p=0.002	t=3.142 p=0.002	t=2.384 p=0.018	t=-2.826 p=0.005
Önceki doğum şekli (n=219)					
Normal doğum	92	74.45±6.96	40.02±4.33	29.93±4.32	76.97±25.55
Sezaryen doğum	127	74.50±8.95	41.02±5.38	29.22±4.69	73.90±28.80
Test ve p değeri		t=-0.042 p=0.866	t=-1.524 p=0.129	t=1.136 p=0.257	t=0.816 p=0.415
Gebelik haftası*					
Birinci trimester (a)	25	70.92±9.29	39.36±5.08	27.28±5.23	72.28±27.09
İkinci trimester (b)	32	72.03±13.03	38.78±8.12	28.84±6.05	71.43±35.31
Üçüncü trimester (c)	313	76.47±6.58	41.32±3.86	30.68±3.99	73.46±27.74
Test ve p değeri		Kw=10.847 p=0.004	Kw=3.155 p=0.207	Kw=13.322 p=0.001	Kw=0.053 p=0.074
<i>Fark olan gruplar</i>					
		a-c		a-c	
Gebelikler arası geçen zaman (n=229)					
2 yıldan az	71	75.33±9.68	40.81±5.50	30.26±5.21	78.64±29.41
2 yıldan fazla	158	74.39±7.36	40.56±4.63	29.41±4.25	74.74±26.85
Test ve p değeri		t=0.806 p=0.421	t=0.352 p=0.725	t=1.311 p=0.191	t=0.988 p=0.324
Gebelikte yaşanan sağlık sorunu					
Evet	73	75.21±8.77	40.30±5.27	30.36±4.60	79.26±23.53
Hayır	297	75.83±7.46	41.14±4.32	30.27±4.3	71.72±29.25
Test ve p değeri		t=-0.609 p=0.543	t=-1.420 p=0.157	t=0.157 p=0.875	t=2.043 p=0.042

*Fark Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.9’da gebelerin bazı özelliklerine göre DÖABÖ ve alt boyutları ile TDAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılma bulguları sunulmuştur. Araştırma kapsamına alınan gebelerin bazı özelliklerine göre DÖABÖ puan ortalamaları incelendiğinde; doğuma hazırlık kursuna katılan (76.72 ± 7.04), annesi tarafından aktarılan doğum hikayesi “olumlu” olan (76.77 ± 7.14), önceki normal doğum ağrısı “rahatsız edici” olan (74.80 ± 5.16) gebelerin DÖABÖ puan ortalamalarının diğer gebelere göre daha yüksek olduğu, sadece annesi tarafından doğum hikayesi aktarılma durumuna ($p=0.002$) göre gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, yapılan ileri analizde puan ortalamaları arasındaki farkın “olumlu” ile “anlatmadı” yanıtını veren gebelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Gebelerin DÖABÖ puan ortalamaları ile doğuma hazırlık kursuna katılma durumu ve önceki normal doğumda yaşadığı ağrıya göre, gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.9).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin bazı özelliklerine göre DÖABÖ “Bağlanma Niteliği” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; doğuma hazırlık kursuna katılan (41.16 ± 3.67), annesi tarafından aktarılan doğum hikayesi “olumlu” olan (41.50 ± 3.94) ve önceki normal doğumundaki ağrısı “rahatsız edici” olan (40.90 ± 3.41) gebelerin DÖABÖ “Bağlanma Niteliği” alt boyutu puan ortalamaları diğer gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelerin bazı özelliklerine göre DÖABÖ “Bağlanma Niteliği” alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; annesi tarafından doğum hikayesi aktarılma durumuna ($p=0.011$) göre gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, yapılan ileri analizde farkın “olumlu” ile “anlatmadı” yanıtını veren gebelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Gebelerin “Bağlanma Niteliği” alt boyutu ile doğuma hazırlık kursuna katılma durumu ve önceki normal doğumda ağrısına göre ise gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.9).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin bazı özelliklerine göre DÖABÖ “Bağlanmaya Harcanan Zaman” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; doğuma hazırlık kursuna katılan (31.13 ± 4.42), annesi tarafından aktarılan doğum hikayesi “olumlu” olan (30.81 ± 4.40), önceki normal doğum ağrısı “çok şiddetli” olan (29.96 ± 4.47) gebelerin DÖABÖ “Bağlanmaya Harcanan Zaman” alt boyutu puan ortalamalarının diğer gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelerin bazı

özelliklerine göre DÖABÖ “Bağlanmaya Harcanan Zaman” alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; annesi tarafından doğum hikayesi aktarılma durumuna (**p=0.007**) göre gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, yapılan ileri analizde farkın “olumlu” ile “anlatmadı” şeklinde belirten gebelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Gebelerin “Bağlanmaya Harcanan Zaman” alt boyutu ile doğuma hazırlık kursuna katılma durumu ve önceki normal doğumda ağrı şiddetine göre ise gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.9).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin bazı özellikleri ile TDAÖ puan ortalamaları incelendiğinde; doğuma hazırlık kursuna katılmayan (73.97 ± 28.40), annesi tarafından doğum hikayesi anlatılmamış olan (79.82 ± 27.57), önceki normal doğumundaki ağrısı “çok şiddetli” olan (82.77 ± 27.29) gebelerin TDAÖ puan ortalamalarının diğer gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelerin bazı özelliklerine göre TDAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; annesi tarafından doğum hikayesi aktarılma durumu (**p=0.016**) ve önceki normal doğumda ağrı algısına göre (**p=0.048**) gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri veri analizde, annesi tarafından aktarılan doğum hikayesine göre TDAÖ puan ortalamaları farkının “olumlu” ile “anlatmadı” şeklinde yanıtlayan gebeler arasında olduğu, önceki normal doğum ağrısına göre farkın “şiddetli” ve “çok şiddetli” arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Gebelerin doğuma hazırlık kursuna katılma durumuna göre ise, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Gebelerin Bazı Özelliklerine Göre DÖABÖ ve Alt Boyutları İle TDAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=370)

Tanıttıcı özellikler	n	DÖABÖ $\bar{x} \pm SS$	Bağlanma niteliği $\bar{x} \pm SS$	Bağlanmaya harcanan zaman $\bar{x} \pm SS$	TDAÖ $\bar{x} \pm SS$
Doğuma hazırlık kursuna katılma					
Evet	36	76.72±7.04	41.16±3.67	31.13±4.42	66.13±27.16
Hayır	334	75.60±7.80	40.95±4.62	30.20±4.38	73.97±28.40
Test ve p değeri		t=0.824 p=0.411	t=0.266 p=0.791	t=0.724 p=0.227	t=-1.579 p=0.115
Annesi tarafından aktarılan doğum hikayesi*					
Olumlu (a)	214	76.77±7.14	41.50±3.94	30.81±4.40	70.45±29.17
Olumsuz (b)	49	75.81±7.56	41.02±4.17	30.44±4.13	70.81±24.19
Anlatmadı (c)	107	73.54±8.50	39.89±5.54	29.18±4.31	79.82±27.57
Test ve p değeri		F=6.131 p=0.002	F=4.570 p=0.011	F=5.062 p=0.007	F=4.164 p=0.016
<i>Fark olan gruplar</i>		<i>a-c</i>	<i>a-c</i>	<i>a-c</i>	<i>a-c</i>
Önceki normal doğumda ağrı**					
Rahatsız edici (a)	20	74.80±5.16	40.90±3.41	29.55±3.81	73.65±27.77
Şiddetli (b)	49	73.95±6.98	40.48±4.17	29.12±4.52	71.67±23.75
Çok şiddetli (c)	59	74.15±8.44	39.59±5.61	29.96±4.47	82.77±27.29
Test ve p değeri		KW=0.333 p=0.846	KW=0.573 p=0.751	KW=1.168 p=0.558	KW=6.079 p=0.048
<i>Fark olan gruplar</i>					<i>b-c</i>

*Fark Sheffe ile değerlendirilmiştir, **Fark Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.10’da gebelerin DÖABÖ ve alt boyutları puanları ile TDAÖ puanları ve gebelerin bazı değişkenleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları verilmiştir. TDAÖ puanları ile DÖABÖ puanları arasında negatif yönde “düşük” düzeyde anlamlı ilişki ($r = -.173$), “Bağlanma Niteliği” alt boyutu ile negatif yönde “düşük” düzeyde anlamlı ilişki ($r = -.211$) bulunmuş ($p=0.01$), ancak “Bağlanmaya Harcanan Zaman” arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

DÖABÖ puanları ile “Bağlanma Niteliği” ($r=.830$) ve “Bağlanmaya Harcanan Zaman” ($r=.822$) alt boyutları arasında “yüksek” düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. DÖABÖ’nin alt boyutları olan “Bağlanma Niteliği” ve “Bağlanmaya Harcanan Zaman”ın kendi aralarında da pozitif “orta” düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=.383$). Korelasyon analizi sonuçları, gebelerin DÖABÖ puan ortalamaları arttıkça, TDAÖ puan ortalamalarının azaldığını göstermiştir. Aynı

zamanda TDAÖ puan ortalaması arttıkça, DÖABÖ'nin “Bağlanma Niteliği” alt boyutu puan ortalaması azalmaktadır. Bu sonuç travmatik doğum algısının, gebelikte anne bağlanmasını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

Tablo 4.10. Gebelerin DÖABÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları ve TDAÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyonlar

Ölçekler	DÖABÖ	Bağlanma Niteliği	Bağlanmaya Harcanan Zaman	TDAÖ
	r	r	r	r
DÖABÖ	1			
Bağlanma Niteliği Alt Boyutu	.830**	1		
Bağlanmaya Harcanan Zaman Alt Boyutu	.822**	.383**	1	
TDAÖ	-.173**	-.211**	-.080	1

r: Pearson korelasyon katsayısı * $p < 0.01$

5. TARTIŞMA

Bu çalışma gebelik öncesi dönemde travmatik doğum algısı ve anne bağlanması arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Tartışma dört başlık altında incelenmiştir:

5.1. Gebelerin travmatik doğum algısı ölçeği puan sınıflamasına göre travma seviyelerinin tartışılması,

5.2. Gebelerin DÖABÖ ve alt boyutları puan ortalamalarına ilişkin verilerin tartışılması,

5.3. Gebelerin TDAÖ puan ortalamalarına ilişkin verilerin tartışılması,

5.4. Gebelerin DÖABÖ ve alt boyutları puan ortalamaları ile TDAÖ puan ortalamaları arasındaki korelasyonun tartışılması,

5.1. Gebelerin Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Puan Sınıflamasına Göre Travma Seviyeleri

Doğum algısı kadınlar için “cesaret, hayat verici bir olay, deneyim kazandırma, başarı, diğer annelerle ortak bir bağ kurabilme ve yaradana daha yakın hissettiren manevi bir deneyim” gibi olumlu olabildiği gibi, “yoğun endişe ve korku” gibi olumsuz da olabilmektedir (Aydın ve Yıldız, 2018). Doğuma ilişkin bu algıyı, kadının beklentileri, kişilik özellikleri ve yaşadığı çevre etkilemektedir (İspir ve İnci, 2014; Yıldız, 2019). Bu çalışmada TDAÖ puan ortalaması 73.21 ± 28.34 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Boorman ve arkadaşlarının DSM-IV kriterlerine göre yaptıkları çalışmada kadınların %29.4’ün travmatik doğum yaşadıklarını belirlemiştir (Boorman ve ark., 2014). İran’da yapılan başka bir çalışmada travmatik doğum yapan kadın oranı %54.5 olduğu saptanmıştır (Modarres ve ark., 2012). Aktaş (2018) yaptığı çalışmasında TDAÖ puan ortalamasını 70.57 ± 21.89 , Bay (2019) ise TDAÖ puan ortalamasını 63.45 ± 28.116 olarak bulmuştur. TDAÖ puanlarına göre, gebelerin %32.4’ünün “orta”, %29.2’sinin “yüksek”, %14.9’unun “çok yüksek” seviyede travmatik doğum algısı yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.5). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında Aktaş’ın 2018 yılına ait çalışmasında kadınların %23.6’sının “yüksek düzey” travmatik doğum algısı yaşadığını bulmuştur (Aktaş, 2018). Bay (2019)’ın Travmatik Doğum Algısı Ölçeğini kullanarak yapmış olduğu bir çalışmada, kadınların

%36.1'inin travmatik doğum algısını "orta" düzeyde bulmuştur (Bay, 2019). Yapılan çalışmalarla bizim çalışmamızın bulguları benzerlik göstermekle birlikte bu oranlardaki değişikliklerin kültürel farklılıktan, toplumun doğuma bakış açısından ve farklı ölçüm araçlarından da kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.2. Gebelerin DÖABÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Tartışılması

Gebelik döneminde fetüse bağlanma, gebenin kendisini anne olarak betimlemesini, karnındaki bebeğe ait duygularını ve onun ile etkileşimlerini, bir nevi anne kimliğini oluşturma sürecini belirtmektedir (Akarsu ve ark., 2017). Bu çalışmamızda DÖABÖ puan ortalamasının 75.71 ± 7.72 , DÖABÖ alt boyutu olan bağlanma niteliği ölçeği puan ortalamasının 40.97 ± 4.53 ve DÖABÖ alt boyutu olan bağlanmaya harcanan zaman puan ortalaması 30.29 ± 4.39 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Literatür taramasında Türkiye'de DÖABÖ kullanılarak yapılan sadece bir araştırmaya rastlanmıştır (Uçar ve ark., 2018). Uçar ve arkadaşları DÖABÖ puan ortalaması 71.10 ± 8.83 , DÖABÖ alt boyutları olan "Bağlanmanın niteliği" ve "Bağlanmaya harcanan zaman" puan ortalamaları sırasıyla 41.20 ± 4.43 ve 25.97 ± 5.52 olarak bulmuşlardır. Benzer şekilde prenatal bağlanma puanlarını Kartal ve Karaman (2018) 59.90 ± 12.40 , Küçükkaya ve ark. (2020) 64.9 ± 21.2 olarak bulmuşlardır. Çalışmamızın DÖABÖ'ine göre DÖABÖ puanı arttıkça bağlanma düzeyide artmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek 95 puan alınabileceği göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızın DÖABÖ puan ortalaması iyi seviyede olduğu söylenebilir. Elde ettiğimiz bulgular yapılan benzer araştırmalar ile paralellik göstermektedir.

İleri yaş gebeliklerde gebeliğin psikolojik ve fizyolojik etkilerine uyum sağlamada güçlük yaşandığı belirtilmektedir (Alan ve Çankaya, 2018; Akarsu ve Öskay, 2017). Bu çalışmada gebelerin yaş gruplarına göre DÖABÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, DÖABÖ'nin "*Bağlanmaya Harcanan Zaman*" alt boyut puanları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.019$), DÖABÖ ve "*Bağlanma Niteliği*" alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklı olmadığı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.7). Bu çalışmaya göre ilerleyen yaş ile birlikte doğum öncesi bağlanma puan ortalaması azalmaktadır. Literatürde benzer

çalışmalarda gebenin yaşı ile prenatal bağlanma düzeyleri arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Ossa ve ark., 2012; Abasi ve ark., 2012; Alan ve ankaya, 2018; Uçar ve ark., 2018). Barone ve arkadaşları ise gebelik yaşı ile birlikte prenatal bağlanma düzeyini arttığını belirtmektedir (Barone ve ark., 2014). Gebelik yaşı tek başına değerlendirme gibi bir imkan olmadığı için çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar ortaya çıkarmış olabilir. Çünkü yař, sahip olunan ocuk sayısı ve doğum sayısı i ie geçmiş bir durum oluşturmaktadır. Çalışmamızın sonucunu ileri yař gebelerin önceki gebelik deneyimlerini etkilemiş olabileceği dūřünölmüřtür.

Eęitimin gebe kadın üzerinde, sağlıklı bir gebeliğin nasıl geçirileceği, bunun bebek üzerindeki etkisi, yapılması gereken tıbbi işlemlerin uygulanması ya da böyle bir arayışta olunması gibi bir farkındalık oluşturduğu belirtilmektedir (Günay, 2015). Bu çalışmada, eğitim düzeyi ile DÖABÖ (**p=0.010**) ve “*Baęlanma Nitelięi*” alt boyutu (**p=0.002**) puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.7). Ortaokuldan sonra eğitim seviyesi arttıça doğum öncesi anne bağlanma puanı da artmaktadır. Yapılan bir çalışmada ilköğretim mezunu gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri diğer gebelerden düşük olduğu bulunmuştur (Yılmaz ve Beji, 2010). Literatürde eğitim düzeyinin prenatal bağlanma ile ters yönde bir ilişki olduğunu ya da bir ilişkisi olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Ossa ve ark., 2012; Aksoy ve ark., 2016; Abasi ve ark., 2012). Bu bilgiler doğrultusunda eğitim düzeyi yüksek gebelerin, bebeklerini daha çok merak ettikleri ve bebekleri ile daha ilgili oldukları dūřünölmektedir.

Gebelikte alışma koşullarının istenilen şekilde olmaması, çalışan annelerin doğum sonrası bebeğine yeterince vakit ayıramayacağını ve bakımını üstlenemeyeceğini dūřünmesi doğum öncesi bağlanmayı negatif yönde etkileyebileyebilmektedir (Karaman ve Kartal, 2018). Bu çalışmada gebelerin çalışma durumu ile DÖABÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.7). Ancak ev hanımı olan gebelerin diğer gebelere daha yüksek DÖABÖ puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Küçükkaya ve ark. (2020) alışan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Topaç ve Kahyaoęlu (2019) ise çalışan gebelerin doğum öncesi bağlanma düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmiştir. Bu sonucun çalışan bireylerin

gereksinimlerinin daha fazla farkında olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda, aile tipinin prenatal bağlanmayı etkilediği belirtilmektedir (Abasi ve ark., 2012; Aksoy ve ark., 2016). Bu çalışmada, aile tipine göre gruplararası DÖABÖ ($p=0.038$) ve “*Bağlanma Niteliği*” ($p=0.027$) alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.7). Çekirdek aile tipinde yaşayan gebelerin daha yüksek DÖABÖ puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulgularına benzer olan çalışmalar mevcuttur (Kartal ve Karaman, 2018; Alan ve Çankaya, 2018). Yılmaz (2010) çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yanında, geniş ailede yaşayan gebelerin prenatal bağlanmasının daha iyi olduğunu belirtmektedir. Literatürde farklı sonuçların olması çalışma örnekleminin farklı bölge ve kültürel özelliklerde olması olarak düşünülmektedir.

İlk gebeliğin annelik rolüne hazırlık gerektirdiği ve doğacak olan çocuğa bu nedenle daha fazla odaklanıldığı, fetüse olan bilişsel ve davranışlar aktivitelerinin arttığı belirtilmektedir (Karaman ve Kartal, 2018). Çalışmamızda birinci gebeliği olan kadınların DÖABÖ ($p=0.002$) ve “*Bağlanmaya Harcanan Zaman*” ($p=0.001$) puan ortalamasının iki ve üstü gebeliğe sahip kadınlara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde, primipar gebelerin prenatal bağlanma puanının daha yüksek olduğunu belirten (Kartal ve Karaman, 2018; Uçar ve ark., 2018), doğum sayısı ile maternal-fetal bağlanma arasında negatif ilişki olduğunu, üçten fazla doğum yapan multiparların düşük bağlanma düzeyine sahip olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (Abasi ve ark., 2012; Akarsu ve Öskay, 2017; Alan ve Çankaya, 2018). Çalışma bulgularını literatür desteklemektedir.

Gebeliğe hazır olma ve gebeliğin planlanan zamanda olması gebelikte bağlanmayı etkileyen önemli faktörler arasındadır. Gebenin ailesi ve kendisi için istenilen bir zamanda bebeğe sahip olması, anne-bebek arasındaki bağlanmayı artırarak, stres ile baş etmede pozitif bir güç oluşturmaktadır (Elvander ve ark., 2013). Bu çalışmada, planlı gebelik ile DÖABÖ ($p=0.002$), “*Bağlanma Niteliği*” ($p=0.002$) ve “*Bağlanmaya Harcanan Zaman*” ($p=0.018$) alt boyutları puan ortalaması

arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.8). Bilgin ve Alpar (2018) gebeliklerin %79.8'inin planlı gebelik olduğunu ve maternal bağlanmanın daha yüksek olduğunu, Kartal ve Karaman (2018) planlı gebeliklerde prenatal bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızı destekleyen başka çalışmalar da bulunmaktadır (Bekmezci ve Özkan, 2016; Phunyamale ve ark., 2019). Çalışmanın sonuçları literatüre benzerdir.

Bağlanma fetüs hareketlerinin hissedilmesi ile başlamaktadır. Anne karnındaki fetüs büyüdükçe doğum öncesi anne bağlanmasının artması beklenen bir sonuçtur (Topaç ve Kahyaoğlu., 2019). Bu çalışmada gebeliğin trimesteri ilerledikçe DÖABÖ ($p=0.004$) ve “*Bağlanmaya Harcanan Zaman*” alt boyutu ($p= 0.001$) puan ortalamasının arttığı ve gruplararası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8). Çalışmamız ile benzer şekilde Günay (2015) çalışmasında üçüncü trimesterdeki gebelerin doğum öncesi bağlanma seviyelerinin ikinci trimester gebelere göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Buko ve Özkan (2016) üçüncü trimester gebeler ile yaptığı çalışmada doğum öncesi bağlanma seviyesinin iyi düzeyde olduğunu bildirmiştir. Elde ettiğimiz bulgular literatür bilgisini desteklemektedir.

Riskli gebeliklerde erken doğum oldukça streslidir ve anne bebek ilişkisinin kalitesini etkilemektedir (Arslan ve ark., 2019). Riskli gebelik yaşayan kadınlar savunmasız ve bebeklerinin sağlığını sürdürme konusunda kendilerini güçsüz hissedebilmektedirler (Pisoni, 2014). Bu çalışmada gebeliğinde herhangi bir sağlık sorunu yaşayan gebelerin DÖABÖ puanı daha düşük bulunmuştur fakat gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.8). Daha önce yapılan bazı çalışmalarda sağlık sorunu yaşayan gebelerin prenatal bağlanma düzeyinin daha düşük olduğunu bildirirken (Eswi ve Khalil, 2012; Havutçu, 2019; İzmir, 2019), bazı çalışmalar ise riskli gebelik ile sağlıklı gebelikler arasında prenatal bağlanma konusunda bir ilişki olmadığını ya da daha riskli gebeliklerde prenatal bağlanmanın daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Üstünsöz ve İnanç, 2001; Janbakhishov, 2013; Günay, 2015; Bülbül ve ark., 2018). Çalışmamızın bazı çalışma sonuçları ile farklılık göstermesi, prenatal bağlanmanın kadının psikolojik durumundan ve kişisel özelliklerinden etkilendiği şeklinde yorumlanmıştır.

Doğuma hazırlık sınıflarının kadının annelik rolüne, gebeliğe ve fetusa uyumu kolaylaştırdığı ve prenatal bağlanmayı arttırdığı görülmektedir (Dinç ve ark., 2014; Yıldız, 2019). Bu çalışmada, doğuma hazırlık kursuna katılan gebelerin DÖABÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.9). Bulgularımıza benzer şekilde, Kartal ve Karaman (2018), doğuma hazırlık eğitim sonrası prenatal bağlanmanın arttığını belirlemiştir (Kartal ve Karaman, 2018). Başka çalışmaların sonuçları da benzer bulguları içermektedir (Siddiqui ve Hägglöf, 2000; Vedova ve ark., 2008; Alan ve Çankaya, 2018). Çalışmamız literatür bilgisine paralellik göstermektedir.

Araştırmalar, gebelik dönemine ait anne-bebek bağlanmasının psikolojik yönünün daha da çok incelenmesi gerekliliğini göstermektedir (Yılmaz, 2013; Yavuzarslan, 2019). Bu doğrultuda gebe kadınların annelik rolü kazanması ve doğum sonrası bebeği ile erken bağ kurması için gebelik sürecine dikkat edilmesi gerektiği bildirilmektedir (Belkız, 2017). Kadının bebeği için kendini anne olmaya hazırlaması ve hazırlık yapması geçmişte yaşadığı çocukluk, oynadığı oyunlar, ailesi ve çevresi, aldığı eğitimler, annesi ile olan ilişkisi, bir bebeğin ya da kardeşinin bakımını üstlenmesi ile yakından ilişkilidir (Çalık ve Aktaş, 2011). Bu çalışmada annesi tarafından aktarılan doğum hikayesine göre, olumlu doğum hikayesi dinleyen gebelerde DÖABÖ ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu, DÖABÖ ($p=0.002$), “Bağlanma Niteliği” ($p=0.011$) ve “Bağlanmaya Harcanan Zaman” ($p=0.007$) alt boyutları puan ortalamaları gruplararası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9). Doğum öncesi anne bağlanmasının, kadının ailesi ya da çevresinden duyduğu doğum hikayelerinden etkilendiği söylenebilir.

5.3. Gebelerin TDAÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Tartışılması

Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe kendi iç dünyaları ve çevreleri ile olan uyumlarının arttığı belirtilmektedir (Arslan ve ark., 2019). Bu çalışmada eğitim seviyesi ile TDAÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.000$). Eğitim seviyesi arttıkça TDAÖ puan ortalaması azalmaktadır. Aynı şekilde eşinin eğitim düzeyi ilkökul mezunu olan gebelerin travmatik doğum algısının diğer gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.001$), (Tablo 4.7). Literatürde düşük eğitim seviyesine sahip

gebelerin daha çok doğum korkusu yaşadıklarını belirten çalışmalar mevcuttur (Rouhe ve ark., 2013; Dursun, 2019). Bay (2019) üniversite mezunu olan kadınların daha az travmatik doğum algısına sahip olduğunu belirtmektedir. Henriksen ve ark. (2017), eğitim düzeyi yüksek olan kadınların memnuniyet düzeyinin daha fazla olduğunu belirlemiştir. Bilgin ve Apar (2018) ise yaptıkları bir çalışmada okur-yazar olmayan kadınların, diğer eğitim düzeyindeki bireylere göre doğuma ilişkin memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu, ancak eğitim düzeyinin memnuniyeti etkilemediği belirtmiştir. Çalışma sonuçlarına bakıldığında eğitim seviyesi arttıkça gebelik ve doğum eylemi ile ilgili farkındalığın arttığı düşünülmektedir.

Kadınlarda gelir düzeyinin düşük seviyede olmasının bedensel ve ruhsal sağlık sorunlarına zemin hazırladığı bilinmektedir (Mermer ve ark., 2010). Bu çalışmada, gelir algısı “kötü” olan gebelerin, gelir algısı “orta” ve “iyi” olan gebelere göre TDAÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (**p=0.004**). Bay (2019) yaptığı çalışmasında gelir durumu düşük olan kadınların travmatik doğum algısı puanının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Güleç ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada, doğum korkusu ile gelir durumunun ilişkili olduğunu bildirmiştir. Üst ve Pasinlioğlu (2015) ise primipar ve multipar gebelerin gelir durumunun doğum ve doğum sonrası endişe ölçek puanını etkilemediği bildirmiştir. Travmatik doğum algısı için gelir durumu tek başına etkili değildir. Aynı zamanda gelir durumu, doğum yapılan yer, gerekli bilgiye ulaşmada yetersizlikler ve sosyal destek eksikliği gibi olumsuz durumları beraberinde getirdiğinden doğumun travmatik algılanmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, çekirdek ailede yaşayan gebelerin TDAÖ puan ortalamasının anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir (**p= 0.021**), (Tablo 4.7). Yapılan bir çalışmada, bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde çekirdek ailede yaşayan gebelerin travmatik doğum algısının düşük olduğu belirlenmiştir (Bay, 2019). Keklikçi (2018) çekirdek ailede yaşayan kadınların doğum korkusunun daha düşük olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmanın bulguları literatüre benzerdir.

Yapılan çalışmalara göre doğum korkusunun; doğumun nasıl olacağını bilmeme, doğum yapabilecek yetenekte olmadığını düşünme, doğumda ağrı ve panik yaşama, doğumu yaptırarak olan personele güvenmeme, doğum sırasında epizyotomi açılması,

önceki negatif doğum deneyimi, bebeğin ve kendinin zarar göreceğini düşünme, ölüm korkusu yaşama ve bebeğin ölü/malformasyonlu olması gibi nedenlerden kaynaklandığı belirtilmektedir (Körükçü ve ark., 2017; Störksen ve ark., 2015). Bu çalışmada, TDAÖ puan ortalamasının birinci gebeliği olan gebelerde, iki ve üstü gebeliği olan gebelere göre daha düşük olduğu ve gruplararası farkların istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.022$), (Tablo 4.8). Bilgin ve arkadaşları (2018) primipar gebelerin doğum memnuniyeti puanını daha düşük bulmuşlardır (Bilgin ve ark., 2018). Literatürde multipar olup, memnuniyet düzeylerinin primiparlardan daha yüksek olan çalışmalar da mevcuttur (Akca ve ark., 2017; Menhart ve Prosen, 2017). Bu çalışmada, TDAÖ puan ortalamasının 2 ve üstü gebeliği olan gebelerde yüksek olmasını, gebelerin daha önceki doğumlarında yaşadıkları olumsuz deneyimlerin gebeleri etkilemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

İstenmeyen gebelikler, kadınların hayat düzenini ani olarak değiştirebilmekte ve kadınların uyum sağlaması zaman alabilmekte ya da hiçbir zaman uyum gerçekleşmeyebilmektedir. Bu durum kadın ve ailesi için maddi ve manevi sorunları beraberinde getirerek psikolojik etkilere yol açmaktadır (Günay, 2015). Bu çalışmada gebeliği planlı olan kadınların travmatik doğum algısı puanlarının daha düşük olduğu ve farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.005$), (Tablo 4.8). Aksoy ve ark. (2015) yaptıkları bir çalışmada; gebeliğini planlayan kadınların doğum korkusunun planlanmamış gebeliği olan kadınlardan daha düşük olduğunu ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğunu bildirmiştir (Aksoy ve ark., 2015). Bay (2019) da benzer bir şekilde planlı gebeliğe sahip gebelerin daha düşük travmatik doğum algısına sahip olduğunu belirtmiştir. Çalışmamız literatür bilgisini desteklemektedir.

Literatürde kadınların çoğunluğunun doğum korkusu yaşadığı ve bu korku nedeniyle sezaryen doğumu tercih ettikleri belirtilmektedir (Matinnia ve ark., 2015, Störksen ve ark., 2015). Türkiye’de doğumların yarısından fazlasının (%52) sezaryen doğum olduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda doğumların %21’i doğum sancıları başlamadan önce %6’sı doğum sancıları başladıktan sonra sezaryen kararı verildiği belirtilmektedir (TNSA, 2018). Bu çalışmada, vajinal doğum yapan gebelerin travmatik doğum algısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak önceki doğum şekline göre TDAÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.8). Aktaş (2018) çalışmasında, kadınlar

vajinal doğumu sezaryen doğuma göre daha travmatik bulmuştur. Elvander ve arkadaşları, müdahale olmadan vajinal doğum yapan, doğum korkusu düşük olan kadınların en olumlu doğum deneyimine sahip olduğunu bildirmiştir (Elvander ve ark., 2013). Bu çalışmada normal doğumun sezaryen doğuma göre TDAÖ puan ortalamasının daha yüksek olması, gebelerin önceki doğumlarında doğum ağrısı yaşama, epizyotomi uygulaması, doğum anında yalnız kalma, müdahaleli doğum yapmış olma ve doğumu yaptıran ebe ya da doktorun tutumu gibi faktörlerden etkilenebileceği düşünülmektedir.

Gebelikte anneye veya bebeğe ait sorunların ortaya çıkması, gebelik sürecinde yaşanan stresi normal gebeliklere göre çok daha fazla artırmaktadır. Kadının gebeliği risk altında ise, fiziksel, emosyonel ve sosyal sorunlar yaşayabilmektedir (Körükçü ve ark., 2017). Bu çalışmada sağlık sorunu yaşayan gebelerin TDAÖ puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (**p= 0.042**), (Tablo 4.8). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, riskli gebelik öyküsü olan kadınların travmatik doğum algısı daha yüksek bulmuştur (Bay, 2019). İran’da düşük ve yüksek riskli gebelerin doğum korkularının karşılaştırıldığı başka bir araştırma da iki grubun doğum korkusu yönünden benzer olduklarını belirlenmiştir (Mohamamdirizi ve ark, 2018). Bu çalışmada, riskli gebelik öyküsü olan gebe sayısı sağlıklı gebe sayısının yaklaşık dörtte biri kadardır. Bu çalışmada bulunan sonuçlar bazı literatür bulgularına benzer (Bay, 2019), bazılarında farklıdır (Mohamamdirizi ve ark., 2018). Bulunan farklılıkların, örneklemin sayısı, algılanan sosyal destek ve kültürel özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelik kadın için büyük bir bilinmezliği içermektedir. Kadın bu dönemde yaşayacakları konusunda bilgi alarak kendisini hazırlamak ister. Doğuma ile ilgili bu bilinmezliğin giderilmesinde en etkili yöntem olarak doğuma hazırlık sınıfları gösterilmektedir (Mete ve ark., 2017). Bu çalışmada doğuma hazırlık kursuna katılan gebelerin travmatik doğum algısı puanı daha düşük olduğu, ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.9). Literatürde, doğum öncesi eğitim alan, doğuma hazırlık sınıfına katılan ve doğum desteği verilen gebelerin doğuma uyum süreçlerinin, almayan gebelere göre daha iyi ve doğumu algılamalarının daha olumlu olduğu belirtilmektedir (Dinç ve ark., 2014; Arslan ve ark., 2019). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç olmamasını

araştırmaya katılan gebelerin kurstan yeterince faydalanamaması ve doğuma hazırlık kursu içeriğinin yeterli olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Aile büyüklerinin anlattığı travmatik doğum öykülerinin ve çevreden duyulan negatif doğum hikayelerinin kadınların bilinç altına işleyerek doğum korkusunun oluşmasında hazırlayıcı rol oynadığı belirtilmektedir (Nilsson ve ark., 2013). Bu çalışmada annesi tarafından aktarılan doğum hikayesi “olumlu” olan gebelerin diğer gebelere göre TDAÖ puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur (**p=0.016**), (Tablo 4.9). Çalışmamızda gebelerin aile ve çevresinden etkilendiği görülmektedir. Olumlu doğum hikayelerini dinleyen gebelerin bunu bilinç altına işleyerek doğum ile ilgili pozitif duygular oluşturduğu düşünülmektedir.

Travmatik, karmaşık ve olumsuz doğum deneyimi çoğunlukla doğum sürecinde duyulan memnuniyetsizlikle ilgilidir (Elmir ve ark., 2010). Olumsuz doğum deneyimi yaşamak, daha sonraki doğum deneyiminde korkuya yol açmaktadır (Özkars, 2017). Bu çalışmada önceki normal doğum ağrısı “çok şiddetli” olan gebelerin TDAÖ puan ortalamaları diğer gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (**p=0.048**), (Tablo 4.9). Yapılan çalışmalarda, kadınların bazılarının yaşadıkları doğum deneyimini "doğal", “muhteşem”, “kendine güveni artıran”, “güçlü bir yaşam deneyimi”, “fantastik”, “harika”, “sihir”, “inanılmaz”, “çok özel bir yolculukla mutluluk yaşamak”, “hayatın önemli bir anı”, “olağanüstü bir deneyim” gibi olumlu ifadelerle tanımladıkları belirtirken (Karlström ve ark., 2015), bazılarının ise “doğumda kurban” ve “cehennem ateşinde yanma” (Aktaş, 2018), “çaresizlik”, “yoğun endişe”, “korku/acı veren” (Etheridge ve Slade, 2017)” gibi olumsuz ifadelerle tanımladıkları belirtilmektedir. Çalışma bulgularını literatür desteklemektedir.

5.4. Gebelerin DÖABÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları ile TDAÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyonun Tartışılması

Şiddetli doğum korkusu yaşayan gebelerde, anne bebek bağlanmasının olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir (Phunyammalee ve ark., 2019). Bu çalışmada travma seviyesi ile DÖABÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0.001**). Travma seviyesi “çok yüksek” olan gebelerin diğer gebelere göre DÖABÖ puan ortalaması daha az bulunmuştur (Tablo, 4.6).

Literatürde gebelik döneminde yaşanan doğum korkusunun anne bebek bağlanmasında gecikmeye neden olduğu bildirilmiştir (Güleç ve ark, 2014; Lindroos ve ark., 2015). TDAÖ puan ortalamaları ile DÖABÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde “düşük” düzeyde anlamlı ilişki ($r = -.173$), “*Bağlanma Niteliği*” alt boyutu ile negatif yönde “düşük” düzeyde anlamlı ilişki ($r = -.211$) bulunmuş, ancak “*Bağlanmaya Harcanan Zaman*” arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bulunan sonuçlar, TDAÖ’den alınan puan arttıkça DÖABÖ ve bağlanma niteliği alt boyutundan alınan puanın azaldığını, başka bir ifade ile travmatik doğum algısına sahip olma durumunun, gebelikte anne bağlanmasını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Literatürde yaşanan doğum korkularının, zayıf prenatal bağlanmaya (Bekmezci ve Özkan, 2016; İzmir, 2019) ya da anne-bebek etkileşiminin güçleşmesine (Ossa ve ark., 2012) neden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızın bulgularını literatür desteklemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebelerde travmatik doğum algısı ve anne bağlanması ilişkisi incelemek amacıyla yapılan çalışmadan ulaşılan sonuçlar şu şekildedir;

- Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş ortalamaları 26.61 ± 5.73 (18-50 yaş), menarş yaşı ortalamaları 13.35 ± 1.42 (10-18 yaş), evlilik yılı ortalamaları 5.54 ± 4.90 (1-22 yıl) ve yaşayan çocuk sayısı ortalamaları 1.61 ± 0.77 (1-4 yaş) bulunmuştur.

- Gebelerin %37'sinin ortaokul mezunu olduğu, %81.9'unun ev hanımı olduğu, %77.6'sının "orta" düzeyde gelire sahip olduğu ve %70.8'inin çekirdek ailede yaşadığı, %9.5'nin kronik hastalık öyküsü olduğu belirlenmiştir.

- Gebelerin eşlerinin %35.1'inin lise mezunu olduğu, ve %44.9'unun işçi olarak çalıştığı saptanmıştır.

- Gebelerin trimesteri ortalaması 32.41 ± 8.45 (5-41 hafta), ilk gebelik yaş ortalamaları 22.21 ± 3.98 (14-39 yaş) ve gebelik sayısı ortalamaları 2.93 ± 1.29 (1-7 gebelik) bulunmuştur.

- Çalışmaya alınan kadınların %57'sinin dismenore öyküsü olduğu, %38.1'inin birinci gebeliği olduğu, %16.8'inin düşük hikayesi olduğu, %14.3'ünün küretaj öyküsünün olduğu, %76.5'inin planlı gebeliği olduğu, %58'inin sezaryen ile doğum yaptığı, %84.6'sının gebeliğin üçüncü trimesterinde olduğu, %31'inin iki yıl geçmeden tekrar gebe kaldığı bulunmuştur.

- Gebeleerin %19.7'sinin gebeliği süresince herhangi bir sorun yaşamadığı saptanmıştır. Sorun yaşayan gebelerin (n=73) ilk dört sorununun, düşük tehdidi (%24.3), ağrı (10.8), diyabet (%10.8) ve hipertansiyon (%9.5) olduğu belirlenmiştir.

- Gebelerin %9.7'sinin doğuma hazırlık kursuna katıldığı ve %95.7'sinin bebeğini istediği belirlenmiştir.

- Gebelerin %57.8'inin anneleri tarafından aktarılan doğum hikayesinin "olumlu" olduğu saptanmıştır.

- Gebelerin %38.3'ünün yaşanan normal doğum ağrısını "şiddetli" ve %46.1'inin "çok şiddetli" olarak tanımladığı bulunmuştur.

- Çalışmaya katılan gebelerin DÖABÖ puan ortalaması 75.71 ± 7.72 (39- 94 puan) bulunmuştur. DÖABÖ alt boyutları olan; “Bağlanma niteliği” alt boyutu puan ortalaması 40.97 ± 4.53 (17-50 puan), “Bağlanmaya harcanan zaman” alt boyutu puan ortalaması 30.29 ± 4.39 (16-40 puan) bulunmuştur.

- TDAÖ puan ortalamasını 73.21 ± 28.34 (0 - 130 puan) bulunmuştur. Gebelerin TDAÖ puanlarına göre travmatik doğum algısı seviyeleri; %32.4’ünde “orta”, %29.2’sinde “yüksek” ve %14.9’unda “çok yüksek” seviyede olduğu belirlenmiştir.

- Üniversite mezunu olan ($p=0.010$), çekirdek ailede yaşayan ($p=0.038$), birinci gebeliği olan ($p=0.002$), planlı gebeliği olan ($p=0.002$), gebeliğin üçüncü trimesterinde olan ($p=0.004$) gebelerin DÖABÖ puan ortalamalarının diğer gebelerden daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

- Gebelerin eğitim düzeyine göre TDAÖ puan ortalamalarının gruplararası farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.000$).

- Eşi ilköğretim mezunu olan ($p=0.001$), eşi serbest meslek sahibi olan ($p=0.003$), gelir durumu “yüksek” olan ($p=0.004$), geniş ailede yaşayan ($p=0.021$), iki ve üstü gebeliği olan ($p=0.022$), gebeliği planlı olan ($p=0.005$), gebeliğinde sağlık sorunu yaşamış olan ($p=0.042$) gebelerin, TDAÖ puan ortalamalarının diğer gebelere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

- Gebelerin doğum hikayesi dinleme durumuna göre DÖABÖ puan ortalamasının gruplararası farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.002$).

- Annesi tarafından doğum hikayesi aktarılmayan gebelerde, TDAÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.016$).

- Önceki normal doğumda ağrı algısı “çok şiddetli” olan gebelerde TDAÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. ($p=0.048$).

- TDAÖ puanları ile DÖABÖ puanları arasında negatif yönde “zayıf” düzeyde anlamlı ilişki ($r = -.173$), “Bağlanma Niteliği” alt boyutu ile negatif yönde “zayıf” düzeyde anlamlı ilişki ($r = -.211$) bulunmuş ($p < 0.05$), ancak “Bağlanmaya Harcanan Zaman” arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Sonuç olarak; çalışmada gebelerin doğum öncesi anne bağlanma seviyeleri artarken, travmatik doğum algısı puanlarının düştüğü belirlenmiş, başka bir ifade ile travmatik doğum algısına sahip olma durumunun, gebelikte anne bağlanmasını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Çalışmada bulunan sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Üreme çağındaki kadınlara planlı gebeliklerin olması için aile planlaması konusunda bilgi ve danışmanlık verilmesi,
- Gebelikte yapılan izlemlerde kadının gebeliğe dair düşüncelerinin belirlenmesi, doğum öncesi anne bağlanması sorununun erken dönemde saptanması ve önlemlerin alınması,
- Gebelerin antenatal dönemde doğuma hazırlık eğitimlerine katılmalarının önündeki engellerin kaldırılarak her gebeye ulaşılması,
- Travmatik doğum algısına sahip kadınların, gebe kalmaları durumunda riskli grup olarak değerlendirilmesi ve daha fazla destek verilmesi,
- Travmatik doğum algısını azaltabilmek için, gebelere hemşireler tarafından danışmanlık verilmesi,
- Doğum fiziyojisine saygı duyulan doğumların yaygınlaştırılması,
- Doğum ünitesinin koşullarının düzeltilmesi ve konforunun sağlanması,
- Gebe kadınların güvenli, konforlu, iletişimin ve memnuniyetin yüksek olduğu, kadını güçlendiren bir doğum deneyimi yaşamaları için gerekli özenin gösterilmesi,
- Doğum öncesi bağlanma algısı ve travmatik doğum algısına yönelik olarak ileri çalışmalar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Abasi E, Tahmasebi H, Zafari M, Nasırı TG. (2012). Assesment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. *Life Science Journal*, 9(1), 68-75.
- Akarsu Höbek R, Tuncay B, Alsaç Yüzer S. (2017). Anne-bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 275-279.
- Akarsu Höbek R, Öskay Ü. (2017). Yüksek riskli gebelerin tehlike belirtileri hakkında bilgi ve prenatal bağlanma düzeylerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(2), 16-26.
- Akca A, Corbacioglu EA, Sefik OE, Aydın A, Korkmaz N, Gorgen H. (2017). The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Archives of Gynecology and Obstetric*, 295(5), 1127-1133.
- Aksoy NA, Özkan H, Gündoğdu G. (2015). Fear of childbirth in women with normal pregnancy evolution. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 42(2), 179-183.
- Aksoy YE, Yılmaz SD, Aslantekin F. (2016). Aslantekin F. Riskli gebelerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 1(3), 163-169.
- Aktaş S. (2018). Multigravidas' perceptions of traumatic childbirth: Its relation to some factors, the effect of previous type of birth and experience. *Medicine Science*, 7(1), 203-209.
- Aktaş S, Pasinlioğlu T. (2017). Ebelere verilen empati eğitiminin postpartum dönemdeki annelerin beklentilerini karşılama, doğumu ve ebeyi algılama düzeyine etkisi. *Jinekoloji -Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(2), 60-5.
- Alan Dikmen H, Çankaya S. (2018). Maternal obezitenin prenatal bağlanma üzerine etkisi. *Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi*, 9(2), 118-123.
- American Psychiatric Association, (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Trauma- and Stressor-Related Disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Pub, <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm07>.

- Aslan Ş, Okumuş F. (2017). Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1), 32-40.
- Arslan S, Okçu G, Çoşkun A, Temiz F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 79-192.
- Attarha M, Keshavarz Z, Bakhtiari M, Jamilian M. (2016). The outcome of midwife-mother relationship in delivery room: a qualitative content analysis. *Health*, 8 (4, 336-343.
- Aydın N, Yıldız H. (2018). Travmatik doğum deneyiminin etkileri ve nesiller arası aktarımı. *Journal of Human Sciences*, 15(1), 604-618.
- Aydın A, Barut Y, Kalafat T, Boysan M, Beşiroğlu, L. (2012). Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ölçeği kendini değerlendirme (TSSBÖ-KD) Türkçe formunun psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (13), 125-130.
- Ayers S, Eagle A, Waring H. (2006). The effects of childbirth related posttraumatic stresdisorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology, Health and Medicine*, 11(4),389-398.
- Barone L, Lionetti F, Dellagiulia A. (2014). Maternal-fetal attachment and its correlatest in a sample of Italian women: A study using the prenatal attachment inventory. *Journal of Reprod Infant Psychology*, 32(3), 230-239.
- Bay F. (2019). Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı ve Postpartum Depresyon İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Beck TC. (2015). Middle range theory of traumatic childbirth: the ever widening ripple effect. *Global Qualitative Nursing Research*, 18(2), 1–13.
- Bekmezci H, Özkan H (2016). Gebelikte psikososyal sağlık ve prenatal bağlanmanın değerlendirilmesinde ebe ve hemşirenin sorumluluklari. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 5(120), 50-60.
- Belkız Lİ (2017). Doğum Şeklinin Anne Bebek Bağı Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Doktora tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Bilgin Z ve Alpar Ecevit Ş. (2018). Kadınların maternal bağlanma algısı ve anneliğe ilişkin görüşleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 6-15.

- Bilgin NÇ, Ak B, Potur DC, Ayhan F. (2018). Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 342–353.
- Blackmore ER, Cote Arsenault D, Tang W, Glover W, Evans J, Golding J ve ark. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *The British Journal of Psychiatry*, 198(5), 373-378.
- Bolsoy N, Çelik N, Şimşek HN. (2019). Doğum korkusu yaşayan kadınlarda psiko-eğitim obstetrik ve maternal sonuçları iyileştirir mi? Sistematik inceleme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1); 82-9.
- Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creed DK, Fenwick J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery Journal*, 30(2), 255–261.
- Bouchard G. (2011). The role of psychosocial variables in prenatal attachment: an examination of moderational effects. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 3(29), 197-207.
- Brownlee K, Oikonen J. (2004). Toward a theoretical framework for perinatal bereavement. *British Journal of Social Work*, 34, 517-529.
- Buko G, Özkan H. (2016). Gebelerin duygusal zekaları ile prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4), 217-224
- Bülbül T, Özen B, Çopur A, Kayacık F. (2016). Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25, 126-130.
- Bülbül M, Dılbaz B, Koyuncu Boybay S, Yağmur Y. (2018). Is increased stress affecting prenatal attachment in high risk pregnancies? *Journal of Medical Practice and Review*, 2(8), 217-223.
- Büyüköztürk Ş. (2018). Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum (24.Baskı). Ankara: Pegem A Yayıncılık. S: 32.
- Condon JT. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.

- Crugnola CR, Ierardi E, Gazzotti S, Albizzati A. (2014). Motherhood in adolescent mothers: maternal attachment, mother–infant styles of interaction and emotion regulation at three months. *Infant Behavior and Development*, 37, 44-56.
- Çalık KY, Aktaş S. (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-162.
- Çoban A, Saruhan A. (2005). Anne - Bebek Etkileşiminde Hemşirenin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21 (2), 89-96.
- Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BioMedical Central Pregnancy and Childbirth*, 10(81), 1-8.
- Dias R, Ressler KJ. (2014). Parental olfactory experience influences behavior and neural structure in subsequent generations. *PubMedical Central Howard Hughes Medical Institute*, 17(1), 89-96.
- Dinç H, Yazıcı S, Yılmaz T, Günaydın S. (2014). Gebe eğitimi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(1), 68-76.
- Doan H, Zimmerman A. (2003). Prenatal attachment: Toward a multidimensional view. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 18(2), 109-129.
- Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *Public Library of Science One*, 13(4), 1-17.
- Dönmez A, Er M, Karaçam Z. (2018). Gebe okuluna başvuran gebelerin yaşadığı gebeliğe bağlı fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. *Life Sciences (NWSALS)*, 13(1), 1-10.
- Durmazoğlu G, Serttaş M, Kuru OA, Tatarlar A, Göçmen F, Bezirgan S ve ark. (2016). Postpartum depresyonun hemşire ve ebeler tarafından öngörülmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19 (özel sayı), 33-37.
- Dursun D. (2019). Gebelerde Evlilik Uyumunun Doğum Korkusuna Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Ordu Üniversitesi, Ordu.

- Duyan V, Kapısız Gül S, Yakut Hİ. (2013). Doğum öncesi bağlanma envanterinin bir grup gebe üzerinde Türkçeye uyarlama çalışması. *The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology*, 10, 1609-1614.
- Elkin N. (2015). Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 24, 230-236.
- Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142–2153.
- Elvander C, Cnattingius S, Kjerulff KH. (2013). Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: findings from the first baby study. *Birth Issues in Prenatal Care*, 40(4), 289–296.
- Eswi A, Khalil A. (2012). Prenatal attachment and fetal health locus of control among low risk and high risk pregnant women. *World Applied Sciences Journal*; 18 (4), 462-471.
- Etheridge J, Slade P. (2017). “Nothing's actually happened to me.”: the experiences of fathers who found childbirth traumatic. *BioMedical Central Pregnancy and Childbirth*, 17(80), 1-15.
- Fenech G, Thomson G. (2014). Tormented by ghosts from their past: A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery Journal*, 30(2), 185–193.
- Ford E. ve Ayers S. (2009). Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 260-268.
- Ford E, Ayers S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology ve Health*. 26(12), 1553–70.
- Frickberg Middleton EJ. (2015). Without Country Or Kin: How A Fragile Existence Influences Birth Trauma Perception and Responses in Mexican Immigrant Mothers. Doktora Tezi, University Of California, San Francisco.

- Furuta M, Sandall J, Cooper D, Bick D. (2014). The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. *BioMedikal Central Pregnancy Childbirth*, 7(14), 133.
- Gamble J. ve Creedy DK. (2009). A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery Journal*, 25, 21-30.
- Garthus Niegel S, Von Soest T, Vollrath Me, Eberhard Gran M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 16(1), 10.
- Greenfield M, Jomeen J, Glover L. (2016). What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *British Journal of Midwifery Journal*, 24(4), 254–267.
- Gölbaşı Z, Uçar T, Tugut N. (2015). Validity and reliability of the turkish version of the maternal antenatal attachment scale. Methodological Article. *Japan Journal of Nursing Science*, 12, 154-161.
- Güleç D, Kavlak O. (2013). Baba- bebek bağlanma ölçeğinin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*, 10 (2), 170-81.
- Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M. (2014). Gebelerin algıladıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 24(1), 36-41.
- Günay P. (2015). Gebe Kadınlarda Prenatal Bağlanma Düzeyi İle İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery Journal*, 27(4), 560–567.
- Haines HM, Hildingsson I, Pallant JF, Rubertsson C. (2013). The role of women's attitudinal profiles in satisfaction with the quality of their antenatal and intrapartum care. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 42(4), 428-441.

- Havutçu G. (2019). Yüksek Riskli Gebeliklerin Doğum Öncesi Ebeveyn Bağlanmasına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M. (2017). Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study. *Midwifery Journal*, 51, 33-39.
- İspir Gökçe G, İnci F. (2014). Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 29-40
- İzmir Şentürk MK (2019). Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Ve Doğum Korkusu Yaşama Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Janbakhishov CE. (2013). Gebelerde Anksiyete, Depresyon, Yetişkin Bağlanma Özellikleri, Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Fetusun İntrauterin İyilik Hali İlişisini Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir
- Karakulak Aydemir H, Alparslan Ö. (2016). Anne-bebek bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması: Aydın örneği. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(3), 188-199.
- Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with woman. *BioMedical Central Pregnancy and Childbirth*, 15(251), 1-8.
- Kartal Y, Karaman T. (2018). Doğuma hazırlık eğitiminin gebelerde prenatal bağlanma ve depresyon riski üzerine etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1), 85-91.
- Kavlak O, Şirin A. (2007). Anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23, 183-94.
- Klabbers GA, Wijma K, Bakel H, Paarlberg Marieke K, Vingerhoets AJJM. (2018). Resistance to fear of child birth and stability of mother-child bond. *Early Child Development And Care*, 190(2), 175-184.
- Keklikçi S. (2018). Primiparlarda Doğum Korkusu ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Kırca Şolt A, Savaşer S. (2019). Doğum sayısının anne-bebek bağlanmasına etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(3), 236-243.

- Kringeland T, Daltveit AK, Møller A. (2010). What characterizes women who want to give birth as naturally as possible without painkillers or intervention? *Sexual ve Reproductive Health Care*, 1(1), 21–26.
- Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenday V. (2013). Support form others, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19(6), 1-22.
- Koptur A, Emül Güner T. (2017). Fetüs ve yenidoğanda bağlanmanın iki yüzü: maternal ve paternal bağlanma ve hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 153-164.
- Körükçü 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), 152–158.
- Küçükkaya B, Kahyaoğlu Süt H, Öz S, Altan Sarıkaya N. (2020). Gebelik döneminde çiftler arası uyum ve prenatal bağlanma arasındaki ilişki. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi*, 11(1), 102-110
- Lindgren KA. (2003). Comparison of pregnancy health practices of women in inner-city and small urban communities. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(3), 313-321.
- Lindroos A, Ekholm E, Pajulo M. (2015). Maternal-fetal attachment during pregnancy--possibility and challenge for antepartal care. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 131(2), 143-9.
- Lumley JM (1982). Attitudes to the fetus among primigravidae. *Austrian Pediatric Journal*, 18(2), 106-109.
- Matinnia N, Faisal I, Hanafiah Juni M, Herjar AR, Moeini B, Osman ZJ. (2015). Fears related to pregnancy and childbirth among primigravidae who requested caesarean versus vaginal delivery in Iran. *Maternal and Child Health Journal*, 19, 1121–1130.
- Menhart L, Prosen M. (2017). Women's satisfaction with the childbirth experience: a descriptive research. *Slovenian Nursing Review Obzornik Zdravstvene Nege*, 51(4): 298–311.

- Merhan P, Simbar M, Shams J, Tehrani FR, Nasiri N. (2013). History of perinatal loss and maternal–fetal attachment behaviors. *Women and Birth*, 26, 185–189.
- 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.
- Mete S, Çiçek Ö, Tokat Aluş M, Çamlıbel M, Uludağ E. (2017). The effect of childbirth preparation classes on fear of childbirth, *Birth Preference and Preparation of Labor. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing*, 9(3), 201–206.
- Modarres M, Afrasiabi S, Rahnema P, Montazeri A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BioMedikal Central Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 88.
- Mohamadirizi S, Kordi M. (2016). The relationship between multi-dimensional self-compassion and fetal-maternal attachment in prenatal period in referred women to Mashhad Health Center. *Journal Education and Health Promotion*, 5, 21.
- Mohamamdirizi S, Muhamadirizi M, Muhamadirizi S. (2018). The comparison of fear of childbirth and sense of coherence among low-risk and high-risk pregnancy women. *Journal of Education and Health Promotion*, 27(7), 143.
- Molander E, Alehagen S, Berterö CM. (2010). Routine ultrasound examination during pregnancy: a world of possibilities. *Midwifery Journal*, 26, 18-26.
- Mongan MF. (2012). Hypnobirthing Mongan Yöntemi (AK Bakkal, çev.). İstanbul: Gün Yayıncılık, S: 61-70.
- Müller ME. (1990). The Development and Testing of the Müller Prenatal Attachment Inventory. Doctoral Dissertation, University of California, San Francisco.
- Muskett C. (2014). Trauma-informed care in inpatient mental health settings: a review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(1), 51–59.
- Nacar Hoca E, Gökkaya F. (2019). Bağlanma ve maternal bağlanma konusunda bir derleme. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(1), 50-56.

- Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. Research Article. *Nursing Research and Practice*, 2013(349124), 1-6.
- Nishikawa M, Sakakibara H. (2013). Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of leopolds maneuvers on maternal-fetal attachment. *Reproductive Health*, 10(12), 1-7.
- Nyberg K, Lindberg İ, Öhrling K. (2010). Midwives' experience of encountering women with posttraumatic stress symptoms after childbirth. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 1(2), 55–60.
- Ossa X, Bustos L, Fernandez L.(2012). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in temuco, chili. *Midwifery Journal*, 28, 689-696.
- Özkars NB. (2017). Prematüre Doğum Yapmış Annelerin Travma, Depresyon, Maternal Bağlanma ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, İstanbul.
- Özkan H, Kanbur A, Apay S, Kılıç M, Ağapınar S, Özorhan EY (2013). Annelerin doğum sonu dönemde ebeveynlik davranışlarının değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 47(3), 117-121.
- Pak MD, Özcan E, Çoban Aİ. (2017). Acil servis çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeyi ve psikolojik dayanıklılığı. *Ulaslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(52), 628-644.
- Phunyammalee M, Boriboonhirunsarn D, Buayaem T. (2019). Fear of childbirth and associated factors among low-risk pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(6), 1-5.
- Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P ve ark. (2014). Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. *Early Human Development*, 90(2), 45-46.
- Reed R, Sharman R, Inglis C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BioMedical Central Pregnancy and Childbirth*, 17(21), 1-10.

- Rodriquez CM. ve Tucker MC. (2011). Behind the cycle of violence, beyond abuse history: a brief report on the association of parental attachment to physical child abuse potential. *Violence and Vict Journal*, 26(2), 246-256.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Saisto T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women-randomised trial. *An International Journal of Obstetric and Gynaecology*, 120(1), 75-84.
- Serçekuş, P. (2011). Doğum korkusuna müdahale: hypnobirthing. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 239-242.
- Scollato A. ve Lampasona R. (2013). Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1(1),1-18.
- Scharfe E. (2012). Maternal attachment representations and initiation and duration of breast feeding. *Journal of Human Lactation*, 28(2), 218-225.
- Siddiqui A, Hagglöf B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 59 (1), 13-25.
- Smorti M, Ponti L, Tani F. (2019). Maternal depressive symptomatology during pregnancy is a risk factor affecting newborn's health: a longitudinal study. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 37(4), 444-452.
- Simpson M, Catling C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, 29(3), 203-207.
- Solmuş, T. (2012). Kadınlık ve Annelik Psikolojisi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. S: 9-26.
- Størksen HT, Garthus Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard Gran M. (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BioMedical Central Pregnancy and Childbirth*, 15(221), 1-10.
- Topaç Tunçel N, Kahyaoğlu Süt H. (2019). Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distress düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(1), 9-17.

- Türk Dil Kurumu. (n.d.). Travma. Erişim Tarihi: 31.03.2019. <http://tdk.gov.tr/>
<https://sozluk.gov.tr/>
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye.
- Uçar T, Sabancı E, Okyay E. (2018). The effect of interconceptional duration on maternal fetal attachment and psychosocial health. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8(1), 2547-9636.
- Üst ZD, Pasinlioğlu T. (2015). Primipar ve multipar gebelerde doğum ve doğum sonu döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. *Journal of Health Science and Professions*, 2(3), 306-317.
- Üstünsöz, A, İnanç, N. (2001). Sağlıklı gebeler ile yüksek riskli gebelerde doğum öncesi anne- bebek bağılılığının karşılaştırılması. *Gülhane Askeri Tıp Dergisi*. 43(1), 62-65.
- Vedova AM, Della Dabracchi F, Imbasciati A. (2008). Assessing prenatal attachment in a sample of italian women. *Journal of Reproductive And Infant Psychology*, 26(2), 86–98.
- Verreault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Banack H, Dritsa M ve ark. (2012). PTSD following childbirth: a prospective study of incidence and risk factors in canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(4), 257–63.
- Walsh J, Hepper EG, Bagge SR, Wadephul F, Jomeen J. (2013). Maternal– fetal relationships and psychological health: emerging research directions. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 31(5), 490-499.
- Wallerstedt C, Lilley M, Baldwin K. (2003). Interconceptional counseling after perinatal and infant loss. *Journal Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*, 32(4), 533-542.
- World Health Organization (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215>.

- Wilson ME, White MA, Cobb B, Curry R, Green D, Popovich D. (2000). Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 204–210.
- Yavuzarsalan R. (2019). Prematüre Bebeklere Uygulanan Kanguru Bakımı İle Anne Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Harran Üniversitesi, Şanlıurfa.
- Yalnız H, Canan F, Etki Genç R, Kuloğlu MM, Geçici Ö. (2016). Travmatik doğum algısı ölçeğinin geliştirilmesi. Orijinal Çalışma. *Türk Tıp Dergisi*, 8(3), 81-88.
- Yalnız Dincel H, Etki Genç R. (2019). Travmatik doğumun önlenmesinde ebeğin rolü. *Life Sciences (NWSALS)*, 14(3), 64-73.
- Yamagata B, Murayama K, Black JM, Hancock R, Mimura M, Yang TT ve ark. (2016). Female-specific intergenerational transmission patterns of the human corticolimbic circuitry. *The Journal of Neuroscience*, 36(4), 1254 –1260.
- Yehuda R, Daskalakis NP, Bierer LM, Bader HN, Klengel T, Holsboer F ve ark. (2016). Holocaust exposure induced intergenerational effects on FKBP5 methylation. *Biological Psychiatry A Journal of Psychiatric Neuroscience Therapeutics*, 80(5), 372-380.
- Yıldız H. (2019). Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım modeli: dünya sağlık örgütü önerileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 98-105.
- Yılmaz S. (2010). Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebelik Üzerine Etkileri. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Yılmaz SD ve Beji NK. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20, 99-108.
- Yılmaz Dereli S. (2013). Prenatal anne - bebek bağlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10 (3), 28-33.
- Yılmaz SD, Beji NK. (2013). The effects of perinatal loss on the current pregnancy in Turkey. *Midwifery Journal*, 29, 1272–1277.
- Yiğitbaş Ç, Ada G. (2019). Dördüncü trimesterde öz etkililik-yeterlilik düzeyi açısından anne bebek bağlanması. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(3), 343-353.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Form No:

Bu çalışmada“Gebelerde travmatik doğum algısı ve anne bağlanması ilişkisi” nin incelenmesi amaçlanmıştır. Soru formu ve ilgili ölçeklerin doldurulması 20 dakikanızı alacaktır. Tüm soruların eksiksiz ve içtenlikle cevaplanması bilimsel değeri nedeniyle oldukça önemlidir. Çalışma bulguları bilimsel amaç dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Merve Şahin
Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

1. Kaç yaşındasınız?

2. Eğitim düzeyiniz nedir?

1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5) Yüksek lisans 6) Doktora

3. Çalışma durumunuz nedir?

1) Ev hanımı 2) Memur 3) İşçi 4) Emekli 5) Diğer....

4. Eşinizin eğitim durumu nedir?

1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5) Yüksek lisans 6) Doktora

5. Eşinizin çalışma durumu nedir?

1) Memur 2) İşçi 3) Emekli 4) Serbest meslek 5) Diğer....

6. Ekonomik durumunuzu belirtiniz.

1) İyi 2) Orta 3) Kötü

7. Aile tipiniz nedir?

1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile

8. Kaç yaşında adet oldunuz?.....

9. Her adet döneminiz ağrılı geçer mi?.....

1) Evet 2) Hayır

10. Kaç yıllık evlisiniz?.....

11. Kronik bir hastalığınız var mı? Var ise ne olduğunu yazınız? (Hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı vb.)

1. Evet..... 2) Hayır

12. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?.....

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu (Devamı)

13. Gebeliği isteyerek mi planladınız?

- 1)Evet 2)Hayır

14. Eşiniz ve siz bebeğinizin doğmasını istiyor musunuz?

- 1) Her ikimizde bu bebeği istiyoruz
2) Ben istiyorum fakat eşim istemiyor
3) Eşim istiyor fakat ben istemiyorum
4) Her ikimiz de bu bebeği istemiyoruz

15. Doğuma hazırlık sınıfına katıldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

16. Bu gebeliğinizde sağlık sorunu yaşadınız mı? Yaşadınızsa ne olduğunu yazınız.

- 1) Evet.....yaşadım 2) Hayır

17. Annenizin kendi doğum deneyimi/deneyimlerine ait size aktardığı doğum hikayeleri nasıldı?

- 1) Olumlu 2) Olumsuz 3) Anlatmadı

18. Daha önce gebelik deneyiminiz oldu mu?

- 1)Evet 2)Hayır

Daha önce gebelik deneyimine cevabınız “EVET” ise aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

19. Gebelik sayınız? (Şu an kaçınıcı gebeliğiniz).....

20. İlk gebelik yaşının nedir?.....

21. Yaşayan çocuk sayınız?.....

22. Bu gebelik ile önceki gebelik arasındaki süre nedir?

- 1) 24 aydan az 2) 24 ay ve üzeri

23. Bir önceki doğumuzu hangi doğum şekli ile yaptınız?

- 1)Normal Doğum 2) Sezaryen Doğum

24. Normal doğum deneyimi yaşadıysanız doğum ağrısını nasıl tanımlarsınız?

- 1) Rahatsız edici 2) Şiddetli 3) Çok şiddetli

25. Küretaj deneyiminiz oldu mu?

- 1)Evet 2)Hayır

26. Düşük deneyiminiz oldu mu? Olduysa kaç kere düşük yaşadınız?.....

- 1)Evet 2)Hayır

Ek 2. Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği

Bu sorular karnınızda büyüyüp gelişen bebekle ilgili duygu ve düşünceleriniz hakkındadır. lütfen her soruyu okuyarak size en uygun olan yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz.

1. Son iki haftadır karnımdaki bebeği düşünüyorum ya da aklım onunla meşgul:

- Hemen her zaman
- Çok sıklıkla
- Orta sıklıkla
- Ara sıra
- Hiç

2. Son iki haftadır karnımdaki bebekle ilgili konuştuğumda ya da onu düşündüğümde duygularım:

- Çok zayıf ya da yok
- Oldukça zayıf
- Zayıf ya da güçlü arasında
- Oldukça güçlü
- Çok güçlü

3. Son iki haftadır karnımdaki bebekle ilgili duygularım:

- Çok olumlu
- Olumlu
- Olumlu ve olumsuz karışık
- Olumsuz
- Çok olumsuz

4. Son iki haftadır bebek gelişimiyle ilgili okuma ya da bilgi edinme isteğim;

- Çok zayıf ya da yok
- Oldukça zayıf
- Ne zayıf ne güçlü
- Orta düzeyde güçlü
- Çok güçlü

5. Son iki haftadır karnımda gelişen bebeğin neye benzediğini kafamda canlandırmaya çalışıyorum:

- Hemen her zaman
- Çok sıklıkla
- Orta sıklıkla
- Ara sıra
- Hiç

Ek 2. Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği (Devam)

6. Son iki haftadır karnımda gelişen bebekle ilgili düşüncem:

- Kendine özgü, gerçek küçük bir varlık
- Diğer bebeklere benzeyen bir bebek
- Bir insan
- Yaşayan bir varlık
- Henüz gerçekten hayatta olmayan bir şey

7. Son iki haftadır içimdeki bebeğin sağlığını/ yaşamının bana bağlı olduğunu hissediyorum:

- Tamamen
- Çoğunlukla
- Orta düzeyde
- Kısmen
- Hiç

8. Son iki haftadır yalnız kaldığımda kendimi bebeğimle konuşurken buluyorum

- Hiç
- Ara sıra
- Orta sıklıkla
- Çok sıklıkla
- Yalnız kaldığım hemen her zaman

9. Son iki haftadır içimdeki bebeğimi düşündüğümde (ya da onunla konuştuğumda) düşüncelerim:

- Daima şefkatli ve sevgi dolu
- Çoğu zaman şefkatli ve sevgi dolu
- Şefkatlilik ve sinirlilik karışımı
- Çok az sinirlilik içeriyor
- Çok fazla sinirlilik içeriyor

10. Şu anda karnımdaki bebeğin gerçekte neye benzediğine ilişkin kafamdaki resim:

- Çok net
- Oldukça net
- Oldukça belirsiz
- Çok belirsiz
- Hiçbir fikrim yok

11. Son iki haftadır içimdeki bebeği düşündüğümde hissettiğim duygular:

- Çok hüzünlü
- Orta düzeyde hüzünlü
- Mutluluk ve hüznün karışımı
- Orta düzeyde mutlu
- Çok mutlu

Ek 2. Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği (Devam)

Ek 2. Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği (Devam)

12. Bazı gebe kadınlar bazen içlerindeki bebeğe o kadar sinirlenirler ki; onu incitmek ya da cezalandırmak isteği gibi bir duyguya kapılabilirler: Bu konudaki duygularım:

- Böyle bir duyguya kapılabileceğimi hayal edemiyorum
- Bazen böyle bir duyguya kapılabileceğimi hayal edebilirim ama gerçekte hissetmiyorum
- Bir ya da iki kez böyle hissetmişim
- Ara sıra böyle hissediyorum
- Sıklıkla böyle hissediyorum

13. Son iki haftadır bebeğimden duygusal olarak:

- Çok uzak olduğumu hissediyorum
- Orta düzeyde uzak olduğumu hissediyorum
- Belirgin bir yakınlık hissetmiyorum
- Orta düzeyde yakınlık hissediyorum
- Çok yakın hissediyorum

14. Son iki haftadır bebeğimin iyi beslenmesini sağlamak için yediklerime dikkat ettim.

- Hiçbir zaman
- Bir ya da iki kez
- Ara sıra
- Oldukça sık
- Her yemek yediğimde

15. Doğumdan sonra bebeğimi ilk gördüğümde şu şekilde hissedeceğimi sanıyorum:

- Aşırı hoşlanma/ etkilenme
- Çoğunlukla hoşlanma/ etkilenme
- Bebeğin bir ya da iki özelliği ile ilgili hoşnutsuzluk
- Bebeğin birkaç özelliği ile ilgili hoşnutsuzluk
- Çoğunlukla hoşnutsuzluk

16. Bebeğim doğduğunda onu kucağıma alma isteğim:

- Hemen en kısa sürede
- Battaniyeye sarıldıktan sonra
- Yıkandıktan sonra
- İşlemler bittikten birkaç saat sonra
- Ertesi gün

17. Son iki haftadır bebek ya da gebelik ile ilgili rüyalar:

- Hiç görmedim
- Ara sıra gördüm
- Orta sıklıkla gördüm
- Çok sıklıkla gördüm
- Hemen her gece gördüm

Ek 2. Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği (Devam)

18. Son iki haftadır kendimi karnımın üzerinden bebeğimi okşarken buluyorum:

- Her gün bir çok kez
- Günde en az bir kez
- Ara sıra
- Sadece bir kez
- Hiçbir zaman

19. Bir şekilde bu gebelik vaktinden önce sonlanacak olursa (ağrı yaşamadan ya da bana bir zarar gelmeden) şu şekilde hissedeceğimi sanıyorum:

- Çok mutlu
- Orta düzeyde mutlu
- Ne üzgün, ne mutlu, nede karışık duygulu
- Orta düzeyde üzgün
- Çok üzgün

Ek 3. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

Bu anket formu, kadının doğum olgusunu düşündüğünde yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini ve bu kapsamda kaygı, korku, endişeleri ve travmayı içermektedir. Her bir sorunun karşılığı hiç yoktan en şiddetliye doğru 0-10 kadar puanlama bulunmaktadır. Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken doğum olgusunu düşündüğünüzde, doğum ile ilgili duygu ve düşüncelerinizi bu puanlamaya göre durumunuza en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

1. Doğum yapma düşüncesinden ne derece korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam

Çok korkarım

2. Doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar endişelendiriyor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç endişelendirmez

Çok endişelendirir

3. Doğum da kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam

Çok korkarım

4. Doğumda ölmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam

Çok korkarım

5. Doğum esnasında yapılan müdahalelerin size ne derece zarar verebileceğini düşünürsünüz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç zarar vermez

Çok zarar verir

6. Doğum sırasında doğum yolu olan genital bölgenin fiziksel zarara uğrama düşüncesi (yırtık, parçalanma, genişleme, ağrı, şişlik, şekil bozukluğu vb) sizi ne kadar kaygılandırır?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç kaygılandırmaz

Çok kaygılandırır

Ek 3. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği (Devam)

7. Normal doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar korkutur?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkutmaz

Çok korkutur

8. Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç korkmam

Çok korkarım

9. Ne sıklıkla doğum düşüncesi aklınıza gelip sizi huzursuz eder?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç huzursuz etmez

Çok huzursuz eder

10. Bir arkadaşınızın doğumunda ona eşlik etmekten ne derece kaygı duyarsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç kaygı duymam

Çok kaygı duyarım

11. Size doğumu hatırlatan bir durumla karşılaştığımızda etrafınıza yabancılaşmış veya kendinizi dışarıdan izliyor gibi hisseder misiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç hissetmem

Çok hissederim

12. TV'de doğumla alakalı bir haber, film, dizi gördüğünüzde ne derece kaygılanırsınız?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hiç kaygılanmam

Çok kaygılanırım

13. Doğum yapma düşüncesi aklınıza geldiğinde, kalp atışınızın hızlandığını hisseder misiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kalp atışlarım hiç hızlanmaz

Kalp atışlarım çok hızlanır

Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma, “**Gebe kadınlarda travmatik doğum algısı ve anne bağlanması ilişkisi**”ni inceleyen bilimsel bir araştırmadır. Bu çalışma, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nülüfer ERBİL ile Ordu Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Merve ŞAHİN tarafından yürütülmektedir.

Araştırma için Ordu İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli izinler alınmıştır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur.

Araştırmadaki formları doldurmanız yaklaşık 15-20 dakikanızı alacaktır. Soru formlarına isim yazmanız gerekmekte olup, formları doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizi göstermektedir. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Bu araştırmayla ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman aşağıda bulunan telefon numarasını arayarak yöneltebilirsiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih ve İmzası:

Araştırmacının Adı Soyadı:Merve ŞAHİN

İş Adresi: Ünye Devlet Hastanesi

Telefonu: 05074320476

E-Posta: mrvshn_5594@hotmail.com

Tarih ve İmzası:

Ek 5. Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği İzin Yazısı



Ölçek formu izin yazisi

1 ileti

<mrshn_5594@hotmail.com>
Alıcı: zehragolbasi@gmail.com

7 Mar 2019 Per, 16:03

Sayın Prof.Dr. Zehra Gölbaşı hocam

Adım Merve Şahin. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalında yüksek lisans öğrencisiyim.

Arkadaşlarınız ile birlikte geçerlilik-güvenirlilik çalışmasını yapmış olduğunuz "Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)" ölçeğini Prof.Dr. Nülüfer Erbil hocamın önderliğindeki tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi kullanmamıza izin vermeniz halinde ölçeğin özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderir misiniz.

İlginiz için şimdiden teşekkür ederim.
Saygılarımla...

Merve Şahin Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı yüksek lisans öğrencisi
mrshn_5594@hotmail.com

Samsung Galaxy akıllı telefonumdan gönderildi.



Re: Ölçek formu izin yazisi

1 ileti

Zehra Gölbaşı <zehragolbasi@gmail.com>
Alıcı: MERVE ŞAHİN <mrshn_5594@hotmail.com>

11 Mar 2019 Pzt, 16:50

Merhaba,
Ölçekle ilgili dosyalar ekte, iyi çalışmalar dilerim.

[Alıntılanan metin gizlendi]

Prof. Dr. Zehra Gölbaşı
Cumhuriyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
58140 Sivas, TÜRKİYE
Tel: 0 346 219 10 10 / 1777

Zehra Golbasi
Professor
Cumhuriyet University
Faculty of Health Science
Nursing Department
58140, Sivas, TURKEY
Tel: +90 346 219 10 10 / 1777

2 ek

Doğum Öncesi Anne Bağlanma Ölçeği Formu.pdf
233 KB

Doğum öncesi anne bağlanma ölçeği.pdf
179 KB

Ek 6. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği İzin Yazısı



Re: Ölçek formu izin yazısı

2 ileti

hacer yalnız <haceryalniz@hotmail.com>
Alıcı: MERVE ŞAHİN <mrsvshn_5594@hotmail.com>

8 Mar 2019 Cum, 10:48

Merhaba Merve
Ekte ölçeği gönderiyorum.
Derslerinde ve çalışmada başarılar diliyorum.
Sevgilerimle

Windows Posta cihazından gönderildi

Kimden: MERVE ŞAHİN
Gönderme tarihi: 7 Mart 2019 Perşembe 16:29
Kime: haceryalniz@hotmail.com

Sayın Dr. Ebe Hacer Yalnız hocam


Adım Merve Şahin. Ordu üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalında yüksek lisans öğrencisiyim.

Arkadaşlarınız ile birlikte ölçek geliştirme çalışması yapmış olduğunuz "Travmatik Doğum Algısı Ölçeği" ölçeğini Prof.Dr. Nülüfer Erbil hocamın önderliğindeki tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölceğinizi kullanmamıza izin vermeniz halinde ölçeğin özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderir misiniz.

İlginiz için şimdiden teşekkür ederim.
Saygılarımla...

Merve Şahin Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı yüksek lisans öğrencisi
mrsvshn_5594@hotmail.com

Samsung Galaxy akıllı telefonumdan gönderildi.

 TDAÖ FORMU en son hali 13 maddelik.doc
62 KB

Ek 7. Kurum İzin Yazısı



T.C.
ORDU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Ordu Üniversitesi - Ordu Üniversitesi
Bakancağı - Genel Sekreterlik
23.05.2019 09:39
Seri : 799-E 0000365121



Sayı : 35335454-799
Konu : Araştırma İzni
(Prof.Dr.Nülüfer ERBİL)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Ordu Üniversitesinin 19/04/2019 tarihli ve 48162032-663.08 sayılı yazısı.

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Prof.Dr.Nülüfer ERBİL' in danışmanlığında Yüksek Lisans öğrencisi Merve ŞAHİN' in " *Gebelerde Travmatik Doğum Algısı ve Anne Bağlanması İlişkisi* " konulu çalışmasının sağlık tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurulu raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla uygun görülmüş olup, alınan komisyon kararı yazımız ekinde sunulmuştur. Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Murat Yavuz LADİKLİ
Başkan Yardımcısı

Ek:
1- Komisyon Kararı (1 Sayfa)
2- İş Birliği Protokolü (1 Sayfa)

Dağıtım:
Ordu Ünye Devlet Hastanesi
Ordu Üniversitesi

Bucak Mah.İbni Sina Cad. No:18 Altınordu/ORDU
Telefon: Faks No: 0452231432
e-Posta: ezgi.karakoc@saglik.gov.tr İnternet Adresi: orduisim.saglik.gov.tr

Bilgi için: Ezgi ALAY
MEMUR
Telefon No: (0 452) 223 14 29

Ek 7. Kurum İzin Yazısı (Devam)

T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI
ORDU VALİLİĞİ

ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ARAŞTIRMA İZİN KOMİSYON KARARI

ARAŞTIRMA YAPILACAK KİŞİ/KİŞİLER	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRILAN YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRILANIN YAPILACAGI TARİHİ	ARAŞTIRMA KONUSU
Prof.Dr.Nuâdet ERBİL	Ordu Üniversitesi	Ünye Devlet Hastahane	27/05/2019 27/11/2019	Gebelerde Travmatik Doğum Ağrı ve Anvra Bağlanması İyileşi

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışmaya katılanların gövdelilik esasına göre katılmalarının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen göstermek suretiyle çalışma sonunda edinildiği verilerin Müdürlüğümüze bilgi dışında iletilmemesi ve etik kurul raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla 26/04/2019 tarih 923955861 barkod sayılı yazı ve ekinde bulunan bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvurusu Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür.

Uzm. Dr. Mesut SAHA
BAŞKAN
Uygundur/Uygun Değildir:

Uzm. Dr. Ali ATINBAŞ
BAŞKAN
Uygundur/Uygun Değildir:

Doç. Dr. Hakan TİMUR
BAŞHEKİM
Uygundur/Uygun Değildir:

22.05972019
Dr. Ergün YANMAZ
İl Sağlık Müdürü
Uygundur/Uygun Değildir.

Ek 8. Etik Kurul İzni



ORDU
ÜNİVERSİTESİ

Ordu Üniversitesi - Ordu Üniversitesi
Rakıtlaraja - Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Mühürhaja
02.07.2019 10:48
Şıra: 91110249-830-E 0000078951
0000078951

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
13/06/2019	09	15,30	2019-97

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkan Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2019/ 97

Sorumlu yürütücü Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'in KAEK 90 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "Gebelerde Travmatik Doğum Algısı ve Anne Bağlanma İlişkisi" başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-İmzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Merve ŞAHİN

Doğum Yeri : Samsun

Doğum Tarihi : 09.04.1995

Yabancı Dili : İngilizce

E-posta : mrvshn_5594@hotmail.com

İletişim Bilgileri :

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	2013- 2017
Y. Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2018- 2020

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Ünye Devlet Hastanesi	2017-Halen

Yayınlar :

1. Şahin M, Erbil N. (2019). Doğum ve medikalizasyon. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 2(2), 120-130.