



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MATERNAL BAĞLANMANIN BEBEK SAĞLIĞI ÜZERİNE
ETKİSİ**

SEVİNÇ PEHLEVAN AKÇA

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. NURTEN KAYA

İSTANBUL-2019

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Sevinç PEHLEVAN AKÇA
Tez Başlığı : Maternal Bağlanmanın Bebek Sağlığına Etkisi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversite Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 18.01.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Prof.Dr.Nurten KAYA

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Özlem AVCI

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 28./01./2019. tarih ve 2019/04... - 03... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Sevinç Pehlevan AKÇA



TEŐEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim de ve tez çalışmalarım da sürekli olarak beni destekleyen hem bilgisi hem de tecrübesiyle yanımda olan ve tezin bitmesinde sonsuz destek sağlayan danışman hocam Prof. Dr. Nurten KAYA'ya,

Hayatım boyunca beni sürekli destekleyen ve yanımda olan sevdiklerime ve sevenlerime,

Hayatıma girdikleri günden itibaren yaşamıma bir anlam katan çocuklarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Saygılarımla

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
BEYAN	ii
KISALTMALAR LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
1.ÖZET	1
2.ABSTRACT	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER	5
4.1. Hemşirelik	5
4.2. Hemşireliğin Uzmanlık Alanları	6
4.2.1. Çocuk Sağlığı (Pediatri) ve Hastalıkları Hemşireliği	7
4.2.2. Yenidoğan Hemşireliği.....	7
4.3. Yenidoğan/Bebeklerin Bağlanmaları	15
4.3.1. Yenidoğan/Bebek Bağlanma Türleri	20
4.4. Anne/Baba - Bebek Bağlanma Evreleri	28
4.4.1. Tanışma Evresi	28
4.4.2. Sahiplenme Evresi	28
4.4.3. Bağlanma Evresi.....	29
4.5. Anne –Bebek İlişisini Olumsuz Yönde Etkileyen Maternal Davranışlar	29
4.6. Maternal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler	30
4.7. Bağlanma Sürecinde Hemşire/Ebenin Rolü	33
4.8. Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi ve Standartları	38
4.8.1. Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçekler.....	39
5.GEREÇ VE YÖNTEM	43

5.1. Araştırmanın Amacı Ve Tipi.....	43
5.2. Araştırmanın Soruları.....	43
5.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	43
5.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman.....	43
5.5. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi	43
5.5.1. Örneklem Seçim Kriterleri	44
5.6. Verilerin Toplanması	44
5.6.1. Verileri Toplama Araçları	44
5.7. Araştırmanın Uygulanması	47
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	48
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	48
5.10. Araştırmanın Uygulanmasında Karşılaşılan Durumlar	48
3.10.1 Olumlu Durumlar	49
3.10.2. Olumsuz Durumlar	49
5.11. Verilerin İstatiksel Analizleri	49
6.BULGULAR	50
7.TARTIşMA	76
8.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	87
9.KAYNAKLAR	91
10.EKLER.....	99
11.ETİK KURUL ONAYI.....	107
12.ÖZGEÇMİş.....	110

KISALTMALAR LİSTESİ

AD: Anabilim Dalı

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği

BDÖ: Bakım Davranışları Ölçeği

HOP: Hemşirelikte Oryantasyon Programı

ISO: Uluslararası Standardizasyon Örgütü

ICN: International Council of Nurses

MBÖ: Maternal Bağlanma Ölçeği

NVD: Normal Vajinal Doğum

TDK: Türk Dil Kurumu

THD: Türk Hemşireler Derneği

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Bağlanmanın oluşmasında etkili olan süreçler [52].....	34
Tablo 4.2. Yaşam kalitesi ve ilişkili kavramlar [57].....	39
Tablo 6.1. Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin bireysel özelliklerinin dağılımı (N=250).....	51
Tablo 6.2. Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin yaş ve evlilik süresi özelliklerinin ortalama, standart sapma ve medyan değerlerinin dağılımı (N=250)..	54
Tablo 6.3. Vajinal yol ve sezaryen doğum yapan annelerin gebelik özelliklerinin dağılımı (n=250)	55
Tablo 6.4. Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin ilk gebelik yaşı, kaçınıcı gebeliği ve yaşayan çocuk sayısı istatistiği özelliklerin ortalama, standart sapma ve medyan değerlerinin tablosu (N=250)	58
Tablo 6.5. Vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapan annelerin sağlık özelliklerinin dağılımı tablosu (N=250)	60
Tablo 6.6. Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin sigara kullanma özelliklerinin ortalama, standart sapma ve medyan değerlerinin dağılımı. (N=250).	62
Tablo 6.7. Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin EuroQol 5D sağlığı değerlendirme anketi puanlarının ortalama, standart sapma ve medyan değerlerinin dağılımı. (N=250).....	64
Tablo 6.8. Vajinal yol ve sezaryen ile doğan bebeklerin genel sağlık özelliklerinin dağılımı. (N=250).....	67
Tablo 6.9. Vajinal yol ve sezaryen ile doğan bebeklerin gestasyon yaşı, doğum ağırlığı, doğum boyu ve doğum baş çevresi özelliklerinin ortalama, standart sapma ve medyan değerlerinin dağılımı (N=250).....	68
Tablo 6.10. Vajinal yol ve sezaryen ile doğan bebeklerin doğumdan sonra ilk emzirilme zamanı ve uyku süresi özelliklerinin ortalama, standart sapma ve medyan değerlerinin dağılımı (N=250)..	69
Tablo 6.11. Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin maternal bağlanma ölçeği puan ortalama, standart sapma ve medyan değerlerinin dağılımı (N=250). ...	70
Tablo 6.12. Vajinal yol ve sezaryen ile doğan bebeklerin sağlık özelliklerinin maternal bağlanma ölçeği puanlarına göre dağılımı (N=250).	62

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Miadında doğanın büyüme ve büyüme hızı	12
Şekil 4.2. Prenatal bağlanmanın gelişimsel modeli	24
Şekil 4.3. Bağlanma sürecini olumlu etkileyen faktörler	31
Şekil 4.4. Bağlanma sürecini olumsuz etkileyen faktörler	32



1. ÖZET

MATERNAL BAĞLANMANIN BEBEK SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Bu araştırma maternal bağlanmanın bebek sağlığı üzerine etkisini incelemek amacıyla vaka kontrol araştırma tipinde gerçekleştirildi. Araştırmanın evreni İstanbul'daki bir Eğitim Araştırma Hastanesindeki Çocuk Polikliniklerine başvuran vajinal yol ve sezaryenla doğum yapan anneleri ve bir aylık sağlıklı bebeklerinden oluşmaktadır. Örneklemimiz 250 (117 vajinal, 133 sezaryen ile doğum yapan anneler ve 1 aylık bebeklerinden) vakadan meydana gelmektedir. Araştırmanın verileri Anne ve Bebek Bilgi Formu, Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) ve EuroQol-5D Sağlığı Değerlendirme Anketi ile toplandı. Bu araştırma için Maternal Bağlanma Ölçeğinin Cronbach Alfa İç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.945 olarak hesaplandı. Araştırma kapsamına alınan kadınların MBÖ puan ortalamasının 86.7 (SS=13.8), vajinal yol ile doğumda 86.6 (SS=14.15), sezaryende 86.9 (SS=13.6) olduğu görüldü ve vajinal yol ile sezaryen doğum yapan annelerin MBÖ puanları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Vajinal yol ile doğan bebeklerin birinci aydaki ağırlık persantiline bakıldığında 24 ve altı persantil aralığında kalan %39.2 iken sezaryen ile doğan bebeklerin birinci aydaki ağırlık persantil 24 ve altı persantil aralığında kalan %60.8'dir. Doğum boyu artıkça maternal bağlanma ölçeği ortalama puanında anlamlı artış görülmektedir ($p<0.05$). Masaj yapma sıklığı artıkça maternal bağlanma ölçeği ortalama puanının arttığı görülmektedir ($p<0.05$).

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, maternal bağlanma, yenidoğan sağlığı,

2. ABSTRACT

EFFECT OF MATERNAL ATTACHMENT ON BABY HEALTH

This study was carried out in case control type to investigate the effect of maternal attachment on baby health. The population of the study consisted of the vaginal route applied to Pediatric Policlinics in an Educational Research Hospital in Istanbul and their mothers giving birth by cesarean section and one month healthy babies. Our sample consisted of 250 (117 vaginal, 133 cesarean section mothers and 1 month old infants). The data of the study were collected by Maternal and Infant Information Form, Maternal Attachment Scale (MBÖ) and EuroQol-5D Health Assessment Questionnaire. The Cronbach Alpha internal consistency reliability coefficient of the Maternal Attachment Scale was calculated as 0.945 for this study. The mean score of the women included in the study was 86.7 (SD = 13.8), 86.6 (SD = 14.1) during vaginal delivery, 86.9 (SD = 13.6) in cesarean section and no significant difference was found between the VAS scores of the women who had vaginal delivery and cesarean section ($p>0.05$). When the weight percentile of babies born by vaginal route is 39.2% in the 24 and under percentiles, the weight percentile in the first month is 60.8% in the 30th and sixth percentile range. When maternal size increases, there is a significant increase in maternal attachment scale mean score ($p<0.05$). As the frequency of massaging increases, maternal attachment scale average score increases ($p<0.05$).

KeyWords: Nursing, maternal attachment, newborn health

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan, birey özelliği ile dikkate alınmıyor olsa da topluluklar halinde yaşayan bir canlıdır ve başka insanlarla bir arada bulunma isteği içerisindedir. Toplum ise işbirliği ve diğerleriyle ilişki kurmak olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin bir araya gelmesi ve iletişim kurması ile sosyalleşme ve sosyal toplum oluşumu ön plana çıkmaktadır [1,2]. Bu noktada toplumun en küçük oluşumu ailedir. Toplumun vazgeçilmesi mümkün olmayan, geleneksel ve sosyal bir kurum niteliğinde olan ailenin, hem insanlığın devamını sağlaması için, hem de topluma uygun, sağlıklı insanlar yetiştirilmesi için oldukça büyük bir rolü bulunmaktadır [3]. Bu bağlamda aileye yeni katılan bir bebeğin varlığı, ailenin devamlılığı, ölümsüzlüğü gibi duyguları yaşatmaktadır [4]. İnsan yavrusu, diğer türlerin yavrularına oranla, çok daha uzun süre anne-babasının doğrudan yardımına gereksinim duyar. Bu durum insanların bir arada yaşama eğilim ve özellikle de bağlanma gereksinimlerini açıklamaktadır [5,6].

Bağlanma kelimesinin temelleri on üçüncü yüzyıllara dayanır. Bağ kelimesinin etimolojik anlamı, “bir göreve bağlılık ya da bir görevi yerine getirmedir”. Bağlanma kuramına göre insanlarda bağlanma; bir bireyin kendisi için önemli olan bir diğer bireyle güçlü duygusal bağlar kurmak istemesidir. Duygusal bağ kurma isteği ve gereksinimi yenidoğanların hayatlarını devam ettirebilmeleri için oldukça önemlidir. Bu durum yenidoğanların gereksinim duydukları ve gelişimsel yönden de işlevsel olan bağlanma sistemini ifade etmektedir [4, 6-9].

Bağlanma, “anne – bebek arasında zaman içinde gelişen eşsiz sevgi ilişkisidir”. Maternal bağlanma ise gebelikle birlikte başlayan, doğum sonrası dönemde devam eden ve annelik rolü gelişimini de etkileyen bir süreçtir [4,7,8,10,11].

Bir toplumun gelişmişlik düzeyi ve kalkınma durumu ne olursa olsun

toplumun bazı bireyleri sağlık açısından özel risk altındadır. Kadınlar ve çocuklar bu grupların başında gelmektedir. Yenidoğan ve çocuklar, çevresel olumsuzluklardan çok fazla etkilenen, kendi imkânları ile hastalık ve beslenme gereksinimlerini karşılayamayan, özel yardım ve ilgi bekleyen kişilerdir. Çocukların bu özelliklerinden dolayı sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik özel programlar oluşturulmaktadır. Bu programlar yenidoğandan itibaren başlatılmaktadır [12].

Maternal bağlanma, ‘‘anne ve ocuk arasında, sıcak, sürekli, yakın bir ilişkinin olması ile bu durumdan her iki tarafın memnun olması ve haz alması olarak tanımlanmaktadır’’ [4,8,11,13,14]. Yapılan araştırmalarda doğum sonu bağlanmanın yenidoğan’ın kilosunu ve yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavi görmek zorunda kalması gibi faktörlerden etkilendiği ortaya konulmaktadır [11,12,15]. Ayrıca anne ile bebek arasında yaşamın ilk yılında güvenli bağlanma gelişmez ise bebeğin fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal sorunlar yaşadığı ifade edilmektedir [4,7,8,11,16]. Öte yandan anne-bebek arasındaki bağlanma sorunlarının erken dönemde saptanmasının bebeğin sağlık sorunlarını çözümlemede katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Böylece bu çalışma, maternal bağlanmanın bebek sağlığı üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Hemşirelik

Hemşireliğin Tanımı: Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğüne göre hemşire isim olup “doktor tarafından acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, hastanın bakımını düzenlemek, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık çalışanı” olarak tanımlanmaktadır [17].

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses: ICN)’ne göre hemşirelik; “toplumun, ailenin, insanın, sağlığını geliştirmeye ve korumaya eşlik eden ve rahatsızlık halinde iyileştirmeye ve rehabilite etmeye çalışan bir meslek türüdür” [18]. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından yapılan açıklamaya göre hemşirelik, “yardım hizmetleri sunan bir meslek olup, bu hizmetleriyle bireylerin sağlık ve esenliğine katkıda bulunmaktadır”. Hemşireliğin, hizmet alan insanlar için hayati bir önemi bulunmaktadır. Hemşirelik hizmetleri, hastanın kendisi, ailesi veya toplumun başka bir üyesi tarafından giderilemeyen hizmetlerdir [19]”. Türk Hemşireler Derneği (THD) 1981 yılında hemşireliği; “Hemşirelik bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir”. Bu tanımda hemşirelikte yer alan önemli nitelikler olarak:

- Hizmetin sistematik bir biçimde (süreç) gerçekleştirilmesi,
- Hizmet kapsamında bakımın yanı sıra eğitime de yer verilmesi gerektiği,
- Hemşireliğin toplumsal bir gereksinim ve bilim, sanattan oluşan bir meslek olduğu vurgulanmaktadır”

Şeklinde tanımlanmaktadır [20].”

Sonuç olarak sağlıklı/hasta bireyi tüm boyutları ile bir bütün olarak ele alan tek sağlık disiplini olarak nitelenen hemşirelik; insanın fertilizasyon sonrası doğumdan ölüme kadar yaşamın herhangi bir evresinde, esenlik / sağlık - hastalık dizgesi üzerinde ve herhangi bir noktada devreye girerek; birey aile ve toplumun,

esenliğini sağlamayı, sağlığını korumayı, hastalığını önlemeyi, rahatsızlık/hastalık durumunda iyileştirmeyi, başa çıkma yollarını öğretme/kolaylaştırmayı hedeflemektedir. Yukarıdaki tanımlarda da görüldüğü hemşireliğin çalışma alanı çok geniş ve özel tecrübe gerektirdiği ortaya çıkmaktadır.

4.2. Hemşireliğin Uzmanlık Alanları

Aşağıda sıralanan hemşirelikteki uzmanlık alanları; hemşirelik görev ve yetkilerini düzenleyen 8/3/2010 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğiyle, “hemşire, başhemşire, uzman hemşire ve yetki belgesine sahip hemşireliğin tanımları” ile 19 Nisan 2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan düzenleme ile bu yönetmelikte değişiklikle eklenen çalışma alanlarını içeren bilgiler eşliğinde hazırlandı [21].

- Yoğun Bakım Hemşireliği: Yoğun bakım hemşireliği “karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanınmasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurma, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşire” olarak tanımlanmaktadır.
- Acil Servis Hemşireliği: “Hastanın acil servise kabulü, monitorizasyonu, takibi, kaydı, hastalar arasındaki önceliği, iç transferleri ve acil müdahalelere katılmak sorumluluğu olan hemşire” olarak tanımlanmaktadır.
- İç Hastalıkları Hemşireliği: Kendi ilgi konularına göre; diyabetik hastalar için bilinçlendirilmesi için diyabet eğitim hemşiresi, kanserli hastalar için onkoloji hemşiresi, diyabetik hastaların diyalizi için diyaliz hemşiresi, hastanın uygun değerlendirilmesi için rehabilitasyon hemşiresi, endoskopi için endoskopi hemşiresi olarak ayrılmaktadır.
- Cerrahi Hemşireliği: Kendi ilgi konularına göre; ameliyathane hemşiresi, stoma ve yara bakım hemşiresi olarak ayrılmaktadır.
- Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği: Kendi ilgi konularına göre; psikiyatri klinik hemşiresi, çocuk ve adölsan psikiyatri hemşiresi, konsültasyon – liyezon psikiyatri hemşiresi, alkol ve madde bağımlılığı merkezi hemşiresi olarak

ayrılmaktadır.

- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği: “Çiftlere gebelik öncesi, doğumda ve sonrasında yardımcı olma, doğumu uygun koşullarda yapılmasını sağlama, vb. çalışmaları yapan hemşire” olarak tanımlanmaktadır.
- Halk Sağlığı Hemşireliği: Kendi ilgi konularına göre; evde bakım hemşiresi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi hemşiresi, toplum ruh sağlığı merkezi hemşiresi, okul sağlığı hemşiresi, ceza ve tutukevi hemşiresi olarak ayrılmaktadır.
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği: Kendi ilgi konularına göre çocuk sağlığı (pediatri) hemşiresi ve yenidoğan hemşiresi olarak ayrılmaktadır. Aşağıda özellikle yenidoğan hemşireliği olmak üzere bu uzmanlık alanları tezin ana konusu olması nedeni ile ele alınmaktadır.

4.2.1. Çocuk Sağlığı (Pediatri) ve Hastalıkları Hemşireliği

Sağlık Bakanlığı çocuk sağlığı hemşiresini; “evrensel çocuk hakları ve profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda 0-18 yaş arasındaki çocukların aile ve toplum içinde fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden sağlıklı büyüme ve gelişmesi, hastalıklardan korunması ve sağlığının en üst düzeyine çıkarılması; hastalandığında hasta çocuğun tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonundan sorumlu hemşire” olarak tanımlamaktadır [21].

4.2.2. Yenidoğan Hemşireliği

Genel olarak ifade edilirse eğer profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda “yenidoğan ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin; dış ortama uyumunun sağlanması, sağlıklı büyüme ve gelişmesi, anne sütü ile beslenmesi, hastalıklardan korunması ve sağlığının en üst düzeyine çıkarılmasında önemli rolleri olan; hastalandığında bakımından sorumlu olduğu bebeği kapsamlı olarak değerlendirip klinik belirti ve bulguları yorumlayabilen, yenidoğanı ailesi ile birlikte tanıyan, yenidoğanın bakım gereksinimlerini tespit ederek kanıta dayalı bilgiler

doğrultusunda uygun bakımı planlayabilen, üniteadaki araç-gereçleri kullanabilen, araçlardaki verileri değerlendirip yorumlayabilen, bebekler ve yakınları ile iletişimi ve onlara uygun terapötik yaklaşım kurabilen, eğitim ve danışmanlık yapabilen ve ekip anlayışı içinde, ekip üyeleri ile iyi iletişim ve işbirliği kurma becerisine sahip hemşire” olarak tanımlanmaktadır [22,23].

Sağlık bakanlığına göre yenidoğan hemşiresi, “profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda yenidoğan ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin;

- Dış ortama uyumunun sağlanması,
- Sağlıklı büyüme ve gelişmesi,
- Anne sütü ile beslenmesi,
- Hastalıklardan korunması ve sağlığının en üst düzeyine çıkarılmasında önemli rolleri vardır.

Yenidoğan hemşiresi; “hastalandığında bakımından sorumlu olduğu bebeği kapsamlı olarak değerlendirip klinik belirti ve bulguları yorumlayabilir, bebeği ailesi ile birlikte değerlendirir, yenidoğanın bakım gereksinimlerini tespit ederek kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda uygun bakımı planlayabilir, üniteadaki araç-gereçleri kullanabilir, araçlardaki verileri değerlendirip yorumlayabilir, bebekler ve yakınları ile iletişimi ve onlara uygun terapötik yaklaşım kurabilir, eğitim ve danışmanlık yapabilir ve ekip anlayışı içinde, ekip üyeleri ile iyi iletişim ve işbirliği kurma becerisine sahip meslek mensubu” olarak tanımlanmaktadır [21].

Bebeklerde, yaşamın ilk 28 günlük süreci yenidoğan dönemi olarak adlandırılmaktadır. Bu dönem morbitide ve mortalite hızlarının yüksek olduğu, sağlık açısından riskli bir dönemdir. Yenidoğan doğası gereği bireysel, bağımlı, muhtaç, çaresizdir ve annenin varlığı oldukça önemlidir. Bu nedenle doğumdan sonra bütün yenidoğanların fizyolojik gereksinimlerinin karşılanmasına, yeterli duyuşsal uyaran sağlanmasına ve anne – bebek ilişkisinin başlatılmasına gereksinimleri vardır [24]. Yenidoğan hemşireleri bu gereksinimleri aşağıda sıralanan görev, yetki ve sorumluluklarını yerine getirerek karşılamaktadır:

- Bebeğin anomalili olması, erken doğması, düşük doğum ağırlıklı olması veya bebeğin kaybı gibi ailelerde anksiyete ve strese neden olan krizli dönemlerde aileye destek olur.
- Yenidoğanın değerlendirmesini yapar. Yenidoğanın normalden sapma durumunda hekimi bilgilendirir.
- Yenidoğanın vücut sıcaklığının korunması ve sürdürülmesini sağlar.
- Aile bebek etkileşiminin en erken dönemde başlamasına yardımcı olur. Bunun için annenin gereksinimlerini karşılar, anne-bebek arasındaki ilişkinin niteliğini değerlendirir.
- Yenidoğan enfeksiyonlarının önlenmesi için gereken önlemleri alır.
- Gerektiğinde yenidoğanın güvenli bir biçimde taşınmasını sağlar.
- Transport ile ilgili tüm koşulları hazırlar.

Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma konusundaki görev, yetki ve sorumluluklar ise aşağıdaki gibidir:

- Tanı amaçlı bebekten alınması gereken örnekleri alır, uygun şekilde ve en kısa sürede yerine ulaştırılmasını sağlar.
- Gerektiğinde yenidoğanı ameliyata ve işlemlere hazırlar.
- İlaç uygulamalarını yapar, ilaçların etkisi ve yan etkisi yönünden gözler, istenmeyen bir etki görüldüğünde uygun girişimlerde bulunur [25].

Eğitim ve danışmanlık konusundaki görev, yetki ve sorumluluklar:

- Aileler ile sürekli iletişim halinde bulunur. Bebeği aile ve çevresi ile bir bütün olarak ele alır. Bakımın her aşamasında annenin hazırlılık aşamasını değerlendirerek anneyi bakıma katar.
- Bebeğin sağlığını koruma ve geliştirme için bakımın her düzeyinde aileye rehberlik eder, sağlık eğitimini planlar, uygular (anne sütü ve önemi, emzirme tekniği, meme bakımı, yenidoğan tarama testleri, büyüme ve gelişme, kazaları önleme, aşılama, izlem ve kontroller, vb).
- Anne bebek arasındaki ilişkiyi güçlendirmek için tensel temas, yenidoğan masajı ve anne sütüyle beslenmeyi destekler.

- Bebeğin beslenmesi ve emzirme tekniği konusunda anneyi bilgilendirir.
- Yenidoğan tarama testlerinin önemi ve yapılması konusunda aileyi bilgilendirir. Konu ile ilgili toplum eğitimlerine önem verir. Bebeğin aşıları hakkında aileyi bilgilendirir [25].

Öte yandan yenidoğan özelliklerini anlayabilmek için aşağıda yenidoğan kısaca açıklandı.

4.2.1.1. Yenidoğan

Yenidoğan; “Sağlıklı yenidoğan 37 – 42. Gestasyon haftasında doğmuş olan, 2500 – 4000 gram ağırlığında, doğumdan hemen sonra ağlayan, ekstrauterin yaşama kolay uyum sağlayan, konjenital anomalisi ya da hastalığı olmayan bebektir” [26,27].

4.2.1.1.1. Yenidoğan dönemleri

Yenidoğan dönemi, annenin gebelik dönemi, doğum olayı ve yenidoğan bakım koşullarından çok etkilenir. Bu dönemde gebede meydana gelen fizyolojik ve yapısal sorunlar yenidoğanı oldukça etkilemektedir. Aşağıda bu dönemler sıralanıp ve kısaca açıklandı.

Bebeklik Dönemi: Bebeklik dönemi, doğumdan sonraki 365 günü kapsayan dönemdir. Bununla birlikte bebeklik dönemi gebelik haftası ve doğum ağırlığına göre aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır.

Perinatal Dönem: Hamileliğin 22. haftasında başlayan ve doğum sonrası 7 gün içinde sona eren süreçtir.

Erken Yenidoğan Dönemi: Yenidoğan döneminin doğumdan sonraki ilk fizyolojik bir haftalık bölümü (0–7 günlük) ‘Erken Yenidoğan Dönemi’ olarak tanımlanır.

Geç Yenidoğan Dönemi: Doğumdan sonraki 7. gün sonu - 28 günlük dönemdir.

Toplam Neonatal (yenidoğan) Dönem: Doğumda başlar ve doğumdan sonra 28 gün tamamlandığında sonlanır. Yenidoğan dönemi insan yaşamının en hassas ve dinamik dönemidir.

Yenidoğan sonrası dönem olarak tanımlanan dönem ise 29–365 günlük dönemi kapsar [24, 28].

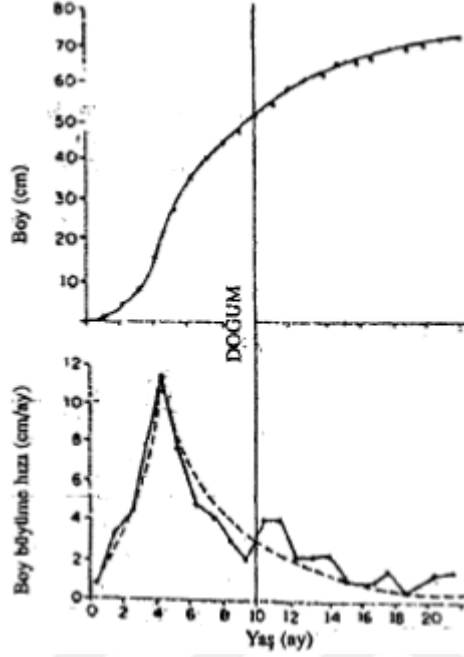
4.2.1.1.2. Yenidoğanın Özellikleri

Vücut ağırlığı ve ağırlık artış hızı: Gestasyon yaşını tamamlayarak miadında doğan bir bebeğin vücut ağırlığı ırk ve bölgesel farklılıklara göre değişir. Amerika Birleşik Devletleri'nde beyaz ırkta doğum tartısı erkek çocuklarda 3.27 kg, kız çocuklarda 3.23 kg (ortalama 2.5 – 4.6 kg), ülkemizde Marmara Bölgesi'nde kız ve erkek çocuklarda ortalama 3.3 kg olarak bildirilmiştir. Orta Anadolu Bölgesinde de benzer sonuçlar vardır.

İri annelerin çocukları, ufak annelerin çocuklarına göre doğumda daha iri doğmakta, genellikle 2. ve 3. çocukların doğum tartısı, ilk çocuktan fazla olmaktadır. Doğumdan sonraki ilk 3 – 4 gün içinde fizyolojik ağırlık kaybı denilen ve çocuğun ağırlığının %5 – 10'unu kaybeder. Bu ilk günlerden sonra sağlıklı bir süt çocuğunun vücut ağırlığı düzenli olarak artar. İlk 6 ay aralığında; sağlıklı bir çocuk günde 20 – 30 gr (veya hafta 150 – 250 gr) alır. 12 -24 ay aralığında; sağlıklı bir çocuk ortalama haftada 50 gr kadar alır. Kabaca 5. ayda çocuk doğum ağırlığının iki katı, 12 ayda üç katı, 24. ayda dört katı olur.

Boy Uzunluğu ve boy uzama hızı: Boy uzunluğu iki yaşa kadar sırt üstü yatar pozisyonda, bir kenarında bir mezür ve çocuğun ayaklarına kadar uzayan hareketli bir bölümü olan özel bir boy cetveli ile ölçülür. Yenidoğanın ortalama boy uzunluğu 50 cm'dir. Kızlarda 49-53 iken, erkeklerde 50-54 cm arası değişir. Miadında yenidoğan bir aylık kız bebek ortalama boy uzunluğu 53 cm ve bir aylık erkek bebek ortalama boy uzunluğu 54,7 cm kadardır. Çocuk ilk 6 aylık dönem içinde ayda yaklaşık 2.5 cm uzarken, 6 – 12 aylar arasında boy uzaması biraz yavaşlayarak ayda

yaklaşık 1.25 cm uzamaktadır. Şekil 4.1’de miadında doğanın büyüme ve büyüme hızı verilmiştir [29].



Şekil 4.1. Miadında doğanın büyüme ve büyüme hızı [29].

Persantil eğriler: Pediatriye normal dağılımı gösteren ve daha yaygın kullanılan bir yöntem, ölçümlerin persantil eğrileri olarak gösterilmesidir. Persantil değerler en doğru olarak izlemeli yöntem ile elde edilmiş ölçümlerden hesaplanır ve zaman eğrileri (yaşa göre kg veya cm olarak) ile hız eğrileri (zaman birimine göre artış) olarak belirtilir. Çocuğun ölçümleri normal eğriler üzerine işaretlenerek normal sınırlar içinde olup olmadığı ve hangi persantil eğriler üzerine işaretlenerek normal sınırlar içinde olup olmadığı ve hangi persantil gruba uyduğu saptanır. Doğumdan sonra vücut ağırlığının değerlendirilmesi yaşa ve boya göre yapılmaktadır ve aşağıda bu değerlendirme kısaca açıklandı:

Yaşa göre ağırlık: Bu ölçüt çocuğun aynı cinsiyetteki yaşlılarına göre durumunu değerlendirmede kullanılmaktadır. Ayrıca bu ölçüt hem akut hem de kronik yetersiz beslenmeyi değerlendirmekte ve genel olarak beslenme durumunun uzun dönemli değerlendirmesini yapmak için kullanılır. Büyüme eğrilerinin en alt çizgi 3. persantile denk gelir ve bu çizginin altında kalan çocuklar “düşük kilolu” olarak adlandırılır. Malnütrisyon sınırı 3. persantil olsa bile 10 persantilin altındaki tüm

çocuklar risk altında kabul edilmektedir. Yaşa göre ağırlığın 97. persantil değeri üstünde olması durumunda obeziteden bahsedilir.

Boya göre ağırlık: Boya göre ağırlığın 3. Persantilin altında olması ‘zayıflık’ olarak adlandırılır ve çocuğun akut olarak beslenme yetersizliği yaşadığını gösterir. Çocuğun enfeksiyon hastalığı gibi bir durum yüzünden yakın zaman önce beslenmesinin bozulması sonucu boya göre ağırlığında düşme olur. Bir toplumda deprem, savaş gibi olağandışı durumlarda, kıtlık zamanlarında ve enfeksiyon hastalıklarının (özellikle isallerin) fazla olduğu dönemlerde zayıflık sıklığında artış gözlenir.

Yaşa göre boy: Boy uzunluğu da ‘yaşa göre boy’ ölçütü ile değerlendirilmekte ve 3. Persantilin altında kalan çocuk kısa boylu ‘bodur’ olarak tanımlanmaktadır. Bir çocuğun yaşlarına göre bodur olarak ölçülmesi, sık geçirilen enfeksiyonları ve geçmişte yaşanmış bir malnütrisyonu ifade etmektedir. Bodurluk sıklığı 3. Aydan itibaren artarak üç yaş dolayında yavaşça düşmeye başlamaktadır. Sosyoekonomik koşulların ve çevrenin kötü olduğu toplumlarda bodurluk sıklığı fazladır [24].

4.2.1.1.3. Yenidoğanın Beslenmesi

Emzirme: Sağlıklı bir toplum oluşmasında anne sütü önemli rol oynar. Anne sütü, bebeğin gereksinim duyduğu besin maddelerini uygun miktar ve kalitede içeren eşsiz bir bebek besinidir. İlk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesi iki yaşını doldurana kadar da emzirilmesi bebeğin ömür boyu sağlığını etkiler. Anne eğer mümkünse doğum masasında emzirtilebilir. Emzirmenin olabildiğince erken başlatılması anne bebek bağlanmasını olumlu etkiler. Ayrıca doğum sonrası bebeklerini göğsüne koyan anneler bebeklerini daha sık emzirdiği gözlemlenmektedir. Emzirme sıklığının belirlenmesi bebek istemine göre ayarlanmalıdır. Bebeğin ağlamasını beklemek emzirme için geç bir bulgudur. Yenidoğan emme hareketleri yaptığında, ellerini kollarını emmeye başlaması, el kollarını hareket ettirdiği zaman emzirme başlanmalıdır. Yenidoğanın beslenmesi gündüz 3, gece ise dört saati geçmemesi gerekir. Bebek 2-3 saatte bir 20-30 dakika kuvvetli emerse etkili emzirme olur. Eğer

bebek etkili emmedi ise göğsü tam olarak boşaltamamışsa diğer emzirmede kalan göğüsten devam edilmelidir. Bu sayede bebek son sütü almış olur [3, 27, 28, 30].

4.2.1.1.4. Yenidoğanda Uyku

Yenidoğan, gece gündüz farkını algılayamaz, bu sebeple birçok kez uyanıp, tekrar uyur. İlk doğduklarında neredeyse sürekli sadece emme zamanında uyanık olup uyku saatleri büyüdükçe azalmaktadır. 3 aya kadar ortalama 16 saate kadar uyuyabilir. Uykuya dalmayı kolaylaştırmak için bebeğin çevresindeki ışık, ses ve trafik yoğunluğu azaltılır. Uyumadan önce banyo yaptırılıp bebek masajı ile sakinleştirilmesi de bebeğin uyku kalitesini artırır. Her emzirme sonrası mutlaka gazı çıkartılan bebek kesintisiz ve kaliteli uyur [27].

4.2.1.1.5. Yenidoğanın Uyum Dönemi

Yenidoğan doğar doğmaz adaptasyon sorunu yaşar. İlk altı saat içinde vücut sistemleri stabilleşmeden önce biyolojik uyum dönemi yaşar. Bu uyum dönemi birbirini takip eden 3 bölümden oluşur [27, 31].

- 1) Birinci Reaktif Dönem:** Ortalama 15-30 dakika sürebilen bu dönemde sistemlerin çoğu aktif olup anne bebek bağlanmasında çok önemli bir dönemdir. Yenidoğan uyanıktır ve emzirilmesi tentene temas bebeğin insan yüzüne odaklanabilmesi kuvvetli ağlaması anne bebek bağlanmasını etkilemektedir. Bu yüzden hiç zaman kaybetmeden bebek emzirilmeli ve ilk anne bebek etkileşimi sağlanmalıdır [11, 13, 27, 32].
- 2) İnaktif Dönem:** Ortalama 1-1.5 saat sürebilen bu dönemde yenidoğan uykuda olup hiçbir uyarana cevap vermez. Bu dönemde zorlu geçen doğum sonrası annenin dinlenmesi için iyi bir zamandır [27].
- 3) İkinci Reaktif Dönem:** Yenidoğanın 2 ve 6 saatleri arasında görülen dönemde bebek uyanık ve uyaranlara cevap verebilir. Herhangi bir nedenden dolayı

Birinci Reaktif Dönemde başlatılmayan anne-yenidoğan etkileşimi mutlaka bu dönemde başlatılmalıdır [27,32].

4.2.1.1.6. Yenidoğanın Banyosu

Yenidoğanın banyosu gün içinde herhangi bir zamanda yapılabilir. Uyku öncesi ve gece yapılması bebeğin daha fazla uyumasını ve annenin dinlenmesi için önerilebilir. Kusma riskine karşı bebek banyo öncesi değil de banyo sonrası emzirilmelidir [27]. Anne bebek bağlanmasının geliştirilmesinde en doğal yol dokunma ve masajdır. Bu durum bebekte vücut temasını sürdürerek güven duygusunu güçlendirir. Bebek masajının, maternal bağlılığın sağlanmasında ve gelişiminde önemli yeri vardır. Masaj düzenli uygulandığında doğumda yeterince gelişmemiş olan dolaşım, sindirim ve boşaltım sistemlerinin gelişmesine yardımcı olur. Ayrıca kas koordinasyonunu kuvvetlendirip, bebeğin fiziksel ve ruhsal gelişimine katkıda bulunur. Her banyo sonrası bebek masajı yapılabilir [31,33].

Yukarıda da belirtildiği gibi özel dönem ve özellikleri olan yenidoğanın bakımı büyük önem taşımaktadır. Yenidoğan hemşireliği hayati rolleri olan uzmanlık alanıdır ve aile-bebek etkileşiminde büyük rol oynamaktadır. Bu bağlamda bebeğin bağlanmasının yanı sıra maternal bağlanma da önemlidir ve aşağıda her iki bağlanma açıklandı.

4.3. Yenidoğan/Bebeklerin Bağlanmaları

Anne bebek etkileşiminin başlamasını tarif etmek için “bağlanma” terimi kullanılır [31]. Bağlanma “sağlıklı ilişkiler kurma ve sürdürülebilir becerisidir” [34,35]. Bağlanma ilişkisi dünyanın her yerinde mevcut olup, fiziksel ve sosyal çevreye göre farklılık gösterebilir [2, 11, 27, 32, 36-38]. Bağlanma, “bebeğin çevresel tehlikelerden korunmak için annesine fiziksel yakınlık sağlamaya çalışmasıyla” açıklanmıştır. Bağlanma yaşamın ilk günlerinde başlayan artarak devam eden ağır duygu içeren beklenen bir durumdur [2, 3, 11, 13, 16, 30-32, 37-39]. Bağlanma'nın kalitesi ve düzeyi, bebeğin fiziksel, ruhsal ve zihinsel gelişimi için çok önemlidir [2, 6, 8, 15, 32, 35, 37, 40, 41]. Annelerin bebeklerine karşı

olumlu duyguların gelişmesi ve bağlanması doğum sonrası ikinci-üçüncü günde gerçekleşir [8, 11]. Bağlanma teorisi bebeğin annesine veya annesi yerine geçen, onu rahatlatan bir bireye bağlanmasının, çocuğun yaşamını sağlıklı bir biçimde sürdürmesinde önemli bir işlevi olduğunu savunmaktadır [4, 8, 9, 11, 14, 15, 31, 33, 35, 37, 42].

Bağlanma, “bebek ile kendisine bakım veren kişi arasında kurulan duygusal bağı tanımlayan bir kavramdır”. Bağlanma sadece bebeklik döneminde değil tüm hayat boyu devam etmektedir. Bazı kuramcılara göre, bir bireyin erişkinlikte başka insanlarla kuracağı ilişkisi ve beklentileri, bu bireyin çocukluğundaki anne ve babasıyla kurduğu bağlanma çeşidiyle belirlenir [2, 3, 6, 8, 10, 11, 14, 15, 30, 32, 35, 37, 42, 44].

Bağlanma, “bebekle duygusal bağ kurma gebelikle başlayan gebelik boyunca artarak ilerleyen doğumdan sonra ise bebekle kurulan ilk temaslar ile en güçlü halini alan bir süreçtir” [10, 11, 13, 16, 31, 32, 37, 45]. Bağlanma ilk olarak Bowlby tarafından “iki kişi arasındaki güçlü bir bağ olarak” tanımlanmıştır. Mary Ainsworth ise Bowlby tarafından tanımlanan bağlanma kavramını, yaptığı yabancı durum testi ile geliştirmiştir. Ainsworth ile laboratuvar ortamında annesinden ayrılan ve sonradan annesiyle buluşturulan çocukların tepkileri ile güvenli ve güvensiz bağlanma örüntülerini değerlendirmiş ve bağlanmayı güvenli, güvensiz (kaygılı/kararsız, kaçınmacı) bağlanma olarak üç gruba ayırmıştır [8, 11, 13, 32, 35, 37, 42, 46]. Bağlanma alanındaki çalışmalarda, erken yıllarda kendisine bakım veren kişilerden olumlu davranışlar (değerli hissettiren, sevilen) bu duygular çerçevesinde yetişen çocukların yaşamının ilerleyen dönemlerinde daha mutlu, daha yetkin, özgüvenine, arkadaş ilişkilerine, problem çözme yeteneklerini ve benlik kontrolüne önemli katkı sağlar [4, 8, 9, 11, 14, 37].

- **Güvenli Bağlanma:** Anne–babanın davranışlarının ilgili yerinde ve zamanında, çocuğunun ihtiyacını karşılar nitelikte ve tutarlı olmasıyla oluşur. Anne –babası yanından ayrıldığında tepki gösterirler ama geri döndüğünde kolayca yatışırlar.

Yapılan çalışmalarda, güvenli bağlanan bebekler daha az ağlamakta ve etrafı daha fazla keşfe çıkan mutlu bebeklerdir.

- Kaygılı/Kararsız Bağlanma: Anne–babanın tutarsız davranışları, aşırı müdahaleci oluşları, çocuğun ihtiyaçlarına tepkisiz kalması ile oluşur. Bu bebekler, anne –babası yanından ayrıldığında yoğun kaygı, kızgınlık ve gerilim yaşarlar, daha sonra tekrar kucağa alındığında zor sakinleşir ve çok hırçınlaşırlar, ağlama krizleri mevcuttur. Bu çocuklar duygularını çok zor yansıtır, anne babaları onları tekrar bırakacak endişesi ile az keşif yaparlar.
- Kaçınmacı Bağlanma: Anne–babanın tutarsızlığı, uzak oluşu, bebeklerin yakın temasından kaçınan, gereksinim doğrultusunda rehberlik yapmamasıyla oluşur. Bu çocuklar ayrıldıklarında çok etkilenmezler ve huzursuzlukları yoktur. Yeniden birleştiklerinde anne ile yakın temas kurmazlar daha çok oyuncakları ile ilgilenirler. Bu çocuklar her şeyi kendi yapmak için çaba gösterirler, “ben her şeyi yapabilirim”, “ben sana gereksinim duymuyorum” imajı verirler. Gelecekte çekingen davranış özelliği gösterirler. Narsistik kişilik oluşumunun temelinde bu kaçınmacı bağlanma olduğu varsayımlar arasındadır [3, 8, 11, 32, 37, 39].

Yapılan bir çalışmada, güvensiz bağlanma ve çocuk istismarı insidansı arasındaki ilişki incelenmiş ve pozitif yönde bir korelasyon olduğu bildirilmiştir [39]. Bir başka araştırmada cinsel suç işlemiş erkeklerin bağlanmaları ve erişkin dönemdeki bağlanma tarzları; çeşitli bağlanma ölçekleri ile değerlendirilmiş olup, bağlanma tarzlarının suç işlememiş bireylere göre daha güvensiz olduğu ortaya konmuştur [39].

Colin’in (1991) iletğine göre Bowlby ve Ainsworth, anne ve çocuk arasındaki sıcak duyguların, özellikle korku ve stres anlarında birbirlerine sağladıkları rahatlık ve desteğin bağlanmayı oluşturduğunu belirtmektedir [2, 3, 11, 13, 30, 39, 47]. Bağlanma çift yönlü bir süreçtir. Bu nedenle anne–çocuk ilişkisinin sürekliliği ve tutarlılığı çocuğun sonraki yaşantılarını da etkilemektedir. Her iki tarafın da birbirinin gereksinimlerini karşılaması ile gelişir [2, 4, 11, 13, 14, 16, 31, 37, 45].

Bowlby, özellikle yaşamın ilk üç yılını vurgu yapmaktadır. Bu yıllarda anne yoksunluğu yaşayan çocukların fiziksel ve ruhsal hastalıklarının artmakta olduğunu ifade etmektedir [4, 39]. Herhangi bir nedenden kaynaklanan etkileşim bağlanma yetersizliği bebeklik ve erken çocukluk döneminde otizm, analitik depresyon, gelişme geriliği, zihinsel ve dil gelişim yetersizliği, idiopatik davranış bozukluklarına yol açabileceği gözlemlenmektedir [4,31]. Ayrıca çocuklarda ilk aylarda görülen kolik, bebek egzaması, uyku bozuklukları, emme ve yeme güçlükleri, iştahsızlık, kusma ve diğer psikosomatik belirtiler de çoğu kez anne bebek etkileşiminin olumsuz olmasına bağlanmaktadır [4, 14, 31]. Yenidoğan bir bebek; beslenmek, temizlenmek, ısınmak, korunmak, yaşamını devam ettirebilmek için annesine muhtaçtır. Kesebir'in (2011) ilettiğine göre Bowlby yeni doğan bebeklerin sadece kendilerine bakmaya ve korumaya istekli kişinin varlığıyla hayatlarını devam ettirebileceklerini belirtmektedir. Ancak anneler, babalar ya da çocuğa bakmakla yükümlü diğer yetişkinler çocuğun bakımını sadece bir görev olarak algılamazlar, bundan mutluluk ve tatmin de sağlarlar [3, 7, 11, 48]. Çocukla yaşadıkları etkileşimin sonucunda onunla aralarında hissettikleri bağ giderek güçlenir.

Anne / baba–bebek arasında bağlanmanın kurulabilmesi için önceden var olması gereken bazı koşullar vardır [4, 11]. Bu koşullar aşağıda sıralandı:

- Kişinin daha önce yaşadığı bağlanmaların farkında olması
- Fiziksel ve psikolojik yeterlilik
- Gebelik ve bebeğin kabulü
- Bağlanma bilgisinin oluşumu gibi koşullardır.

Bebekler yaşamının ilk 2-3 yılını kapsayan bağlanma süresince yoğun ve değişik duygular yaşarlar. 0-3 aylık dönemde bebek anneye yönelmiş olup anne uyaralarıyla hareketlenir. 3-6 aylık dönemde bebek anneye bağlanma duygusu geliştirmeye başlar ve sadece bağımlı değildir. Altıncı ve yedinci aylar “ayrılık anksiyetesinin” en güçlü yaşandığı aylardır. Annenin kaybı, anneden sürekli ayrılma, ağır bebeklik depresyonuna yol açabilir, bu yokluğun sürekli devam etmesi bebeğin ileri dönemlerde kişilik gelişiminde önemli kayıplara neden olabilir. 7-24 aylık

dönemde bebekte güçlü bağlar oluşur. 25 aydan sonra bebek anneden bağımsız olur ve anneye çok yönlü ilişkileri vardır [4].

Bağlanma sistemi “bebeğin güven gereksiniminden doğan gelişimsel sürede en önce oluşup diğer sistemlerin oluşmasına zemin hazırlayan, insanın yaşamsallığının sürmesine hizmet eden” bir sistemdir. Bağlanma sistemi; çocukların anne veya bakıcılarıyla ilişkileri temelinde üç davranış örüntüsüyle sonuçlanabilir. Birincisi arama, yakınlığı koruma ve ayrılığı protesto etmedir. İkincisi keşfetme tehdit içermeyen durumlarda anneyi güvence üssü olarak kullanma. Üçüncü ise destek güvenlik için bebek stres altında ise bakıcıyı güvenli sığınak olarak kullanmadır [3, 4, 8].

Yılmaz’ın (2010) çalışmasında belirtildiği gibi; Peppers ve Knapp (1980) bağlanmanın yenidoğan döneminde değil doğum öncesi dönemde başladığını ileri sürmektedirler. Annenin bebeğine bağlanmasında dokuz olaydan bahsetmişlerdir. Bunlar; gebeliğin planlanması, gebeliğin onaylanması, gebeliğin kabul edilmesi, fetal hareketlerin hissedilmesi, fetüsün bir birey olarak kabul edilmesi, doğum yapması, bebeğini görmesi, bebeğine dokunması ve bebeğine bakım vermesidir. Gebeliğin planlanması, fetal hareketlerin hissedilmesi, fetüsün bir birey olarak kabul edilmesi gibi ilk beş maddenin prenatal dönemde başladığının göstergesidir [32, 39].

Bağlanma kuramcılarına göre bağlanma biçemi süt çocukluğu döneminde güvenli ya da güvensiz olarak bir kez belirlendikten sonra yaşam boyunca süreklilik gösterir [4, 11, 36, 37]. Süt çocuklarında saptanan bağlanma özelliklerinin ergenlik döneminde de devam ettiğine ilişkin kanıtlar vardır. Yapılan araştırmada, 12 aylık bebeklerin bağlanma biçimlerinin 17 yaşındaki bağlanma biçimleri ile %70 oranında benzerliği vardır. Bunun sonucunda ise bağlanma tipinin nesiller boyu kendini tekrarladığı ortaya konulmaktadır. [37]. Bowlby’nin çalışmalarından başlamak üzere güvensiz bağlanma biçemi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmektedir. Major depresyon, sosyal kaygı bozukluğu, obsesif-kompulsif

bozukluk ve kronik ağrı bozukluklarının güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkileri araştırmalarla ortaya konulmaktadır. 4, 11, 36].

4.3.1. Yenidoğan/Bebek Bağlanma Türleri

4.3.1.1.Baba – Bebek (Paternal) Bağlanması

Bebeklik döneminin duygusal gelişimin sağlıklı olmasında anne baba en önemli iki bireydir [2, 11, 48]. Ses tonu, giyimi, tepkileri, kokusu ve dokunuşlarının farklılığından bebek anne ve babayı birbirinden ayırt edebilir. Anne veya babasından ayrıldığı durumlarda bebek, farklı sevgi kaynağının yanında olması onu güvende hissettirir. Bebekler bu dönemlerde acıktıklarında, yorulduklarında ve uykuları geldiğinde annelerini tercih edip, oyun zamanlarında ise babalarını tercih ederler [2, 4, 11]. Babalar bebeğine bakma ve sevmeye duygusunu daha çok doğumdan sonra geliştirebilirler. Babaların bebeklerine pozitif duygular beslemesi ve bağ kurması doğum sonu ikinci-üçüncü günde gerçekleşir. Babalık rolünün kabulü ise ilk bir ay süresince gerçekleşir [3, 4].

Doğumdan sonra babanın bebeğiyle duygusal ilişki kurabilmesi için fiziksel temasta bulunması gerekir. Anne ve bebek hastanede yattığı sürece babalar belirli saatlerde bebeklerini görebildikleri için bebekleri ile geçirdikleri zaman yetersizdir. Babalarda bebek bakımı konusunda cesaretlendirilmelidir. Doğum eylemi ile ilgili koşullar da babanın bebeğine bağlanmasını engelleyebilir, çünkü babalar bu dönemde daha çok verdikleri destek ve bebeğin iyi olması ile meşguldürler [3, 4, 11, 48]. Doğum anında eşinin ve yenidoğanın yanında bulunması aile bütünlüğü ve paylaşımları anne bebek bağlanmasını olumlu etkilemektedir [2, 31]. Eşler arasındaki gerginlikler bebekte olumsuz duygulanıma yol açmaktadır [4, 11].

Cinsel suç işlemiş erkeklerin geçmişlerindeki bağlanma ile ilgili bir çalışmada; Ebeveynlerin aşırı koruyucu ve kontrolcü tutum sergiledikleri görülmektedir. İlgisiz sevgisiz ilişki ortamında büyüdükleri için özellikle babalarına karşı daha güvensiz bağlanma yaşadıkları bildirilmektedir [39].

Sonuç olarak, baba- bebek bağlanması sağlıklı kurulabilmesi için babanın ilk bir yıl içerisinde bebeğin bakımı ile ilgili bütün faaliyetlerde etkili katılımcı olması gerekir [11].

4.3.1.2.Prenatal Bağlanma ve Maternal Bağlanma

Prenatal Bağlanma: “Gebeliğin başladığı andan doğumun gerçekleştiği ana kadar olan döneme prenatal dönem” denir. Bu dönem bebek oluşumu ve gelişiminin sağlandığı dönemdir [2, 34] ve “anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen temel ilişki” olarak ta tanımlanabilir [35, 45]. Araştırmacılar gebelik dönemini inceleyerek gebelikte anne – bebek bağlanması kavramını açıklamaya çalışmışlardır. Gebelik ilerledikçe kadın, fetüsü kendinden farklı, yeni bir birey gibi algılamakta ve fetüs hem kadının bir parçası hem de bağımsız bir birey olarak sevilir hale gelmektedir [10, 34, 39]. Anne ile fetüs arasında bağlanma olduğu, bebeğini doğum esnasında kaybeden annelerin yaşadığı yoğun yasın gözlenmesi sonucu ortaya konulmaktadır. Araştırmacılar annenin ölü doğmuş bebeği ile fiziksel temas kurup kurmamasının maternal yası etkilemediğini tespit etmişlerdir. Bu sonuç, gebelikte anne-bebek bağlanması kavramının hem tıp hem de psikoloji alanında daha detaylı araştırılması gereksinimini doğurmuştur. Bu gereksinimler doğrultusunda yapılan bir çalışmada; kadınların annelik rolü kazanması ve doğum sonu dönemde yenidoğan ile anne arasındaki bağın hemen kurulmasında gebelik sürecinin çok önemli olduğu gözlenmektedir [2, 10, 34, 35, 39]. Çocuğun sağlıklı gelişimi için bağlanma, annenin zihninde gebelik döneminde başlamalıdır [10, 14]. Hamilelik ve anneliğe uyum dönemi kadının yaşamındaki en anlamlı olaylardan biridir [34]. Anne vücudundaki değişiklikleri benimseyip bebeğine olumlu duygular aktarması bağlanmanın temelini oluşturur. 16-32 gebelik haftalarında fetal hareketleri hissetmesi ve hareketleri sayması ile duygusal tatmin yaşar [2, 11, 13, 15, 32, 37].

Yılmaz (2010)’ın çalışmasında belirtildiği üzere; Lumley gebelikte bebeğin ultrason ile görülebilirliği annenin bebeğine bağlılığını artırmaktadır. Bebeğini ultrasonda gören annelerin bebeklerini “küçük insan” olarak farklı bir birey olarak algılamasını sağlar [32]. Sorunsuz gebelik öyküsü olan 213 gebe kadın ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, fetal hareketlerin sayımı bağlanmayı artırdığı

gözlemlenmektedir. Başka bir çalışmada ise prenatal bağlanma düzeyi yüksek olan gebelerin fetal hareketleri daha fazla algıladıkları gözlemlendi [15].

Prenatal bağlanmanın yetersizliğinde, çocuk beynindeki sağ taraf fonksiyonları olumsuz etkilenmektedir. Bu durum yenidoğanın, çocukluk, adölesan hatta yetişkinlik döneminde ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir [45].

Bu kapsamda kadınların doğum yapmadan önce bir takım özel görev ve sorumluluklarının olduğu ileri sürülmüştür. Bunlar [2, 15, 31, 34, 42];

- (1) hem bebeği hem de kendisi için gebelikten doğuma güvenli bir geçiş yapabileceği yerleri arama (hekim ve sağlık kuruluşlarını irdelemesi),
- (2) bebeğin diğer bireyler tarafından özel ve önemli olarak kabul edilmesini sağlama,
- (3) bebeğe bağlanma ve kendini bebeğe adamadır (bebeğe hazır olma, kıyafetler alma, odasını hazırlama, fetüs hareketlerini sayma, doğmamış bebeği ile konuşması ve klasik müzik dinletmesi, bebeği ile ilgili hayaller kurması vb.).

Annelik rolünün kazanılmasında;

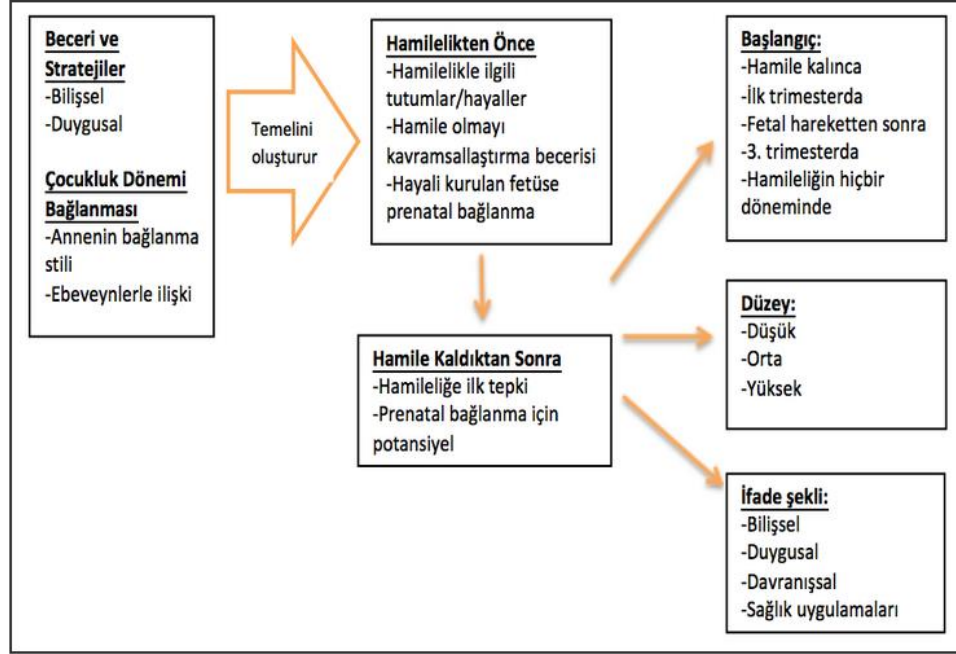
- Doğum öncesi bakım almama veya bakım almaya zamanında gitmeme,
- Sağlıksız beslenme,
- Sigara, alkol ve uyarıcı madde kullanma,
- Emniyet kemeri takmama, aşırı hız yapma gibi riskli davranışlarda bulunma,
- Ebeveynlerin bebeğin cinsiyetine çok önem verilmesi,
- Önceki gebelik kayıpları, prematüre doğum yapmak,
- İstenmeyen gebelik, travmatik doğum öyküsü gibi olaylar ve davranışlar risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir [2, 10, 15].

Gebeliğin istenen gebelik olması, sosyal desteklerinin olması, eşi ile huzurlu bir ilişkisi olması prenatal bağlanmayı güçlendirmektedir [31]. İngiltere’de yapılan bir araştırmada prenatal dönemde bebeğine yetersiz bağlanan kadınların anksiyete, ruhsal hastalık ve depresyon, fetüsten rahatsız olma, fetal istismarda artış gözlemlenmektedir [15].

İlk kez ebeveyn olan bireylerin bebeklerine karşı tutumlarının belirlenmeye çalışıldığı bir çalışmada, gecikmiş bağlanmanın bulantı, kusma gibi hoş olmayan gebelik semptomları ve eşlerin ilgi veya destek eksikliği ile ilişkilendirilmektedir [39]. Doğum öncesi dönemde depresyon artıkça bağlanmanın azaldığı, olumlu sağlık davranışları artıkça bağlanmanın arttığı saptanıldı. [39]. Daha anlaşılır olması amacı ile prenatal bağlanmaya yönelik gelişimsel bir modelin bileşenleri aşağıda listelenmiş ve Şekil 2’de verilmiştir [49].

- 1.** Prenatal bağlanma üç özellik açısından tanımlanabilir; başlama zamanı (örneğin hamileliğin erken döneminde, fetal hareketten ya da ultrasondan sonra, son trimesterde ya da hamilelikte hiçbir zaman), düzeyi (örneğin düşük, orta veya yüksek) ve ifade şekli (örneğin bilişsel, duygusal veya davranışsal).
- 2.** Gençlik dönemi, hamilelik öncesi erken yetişkinlik dönemi ve hamile kaldıktan sonraki yetişkinlik dönemi boyunca belirgin olan prenatal bağlanmanın temeli olabilecek beceri ve stratejiler çocuklukta edinilmeye başlar. Bu nedenle bu gelişimsel ilerleme doğmamış çocuğa yönelik prenatal bağlanmanın gelişme süreci olarak tanımlanarak bir hipotez kurulabilir.
- 3.** Çocuklukta başlayan bilişsel, duyuşsal beceri ve stratejiler ki bunlar soyut düşünme, fantezi/hayal kurabilme, “diğerine” dair içsel çalışma modelini zihinsel olarak temsil edebilme veya biçimlendirebilme, empatik ilgi, perspektif alma, diğerlerinin işaretlerine duyarlı olma, cevap verme ve diğeri ile kendini ayırarak diğerrinin ihtiyaçlarına odaklanabilme gibi becerileri prenatal bağlanma için öncül olarak görülür. Ek olarak, ebeveynlerle kurulan ilişkinin pozitif algılanması ve çocukluk deneyimleri ile gelişen bağlanma stili (örneğin güvenli, kaçınan vb.) gelişen fetüse bağlanma becerisini etkileyebilir.
- 4.** Gençlik ve erken yetişkinlik yılları boyunca prenatal bağlanmaya yönelik farklı düzeyde potansiyeller görülebilir.
- 5.** Hamile kaldıktan sonra prenatal bağlanmanın düzeyi, kadının hayatındaki durumsal faktörlerle (örneğin gebelik evresi, fetal hareketi hissedip hissetmediği ya da gelişen fetüsü ultrasonda görüp görmediği, daha önceki gebelik ya da ebeveynlik deneyimi gibi) ilişkili olabilir. Bu durumsal faktörler prenatal bağlanmanın zamanlama, yoğunluk ve ifadesinin şeklini belirleyebilir.

6. Prenatal bağlanma bilişsel, duygusal bağlanma, bağlanma davranışları (örneğin fetüsle etkileşime geçme, ona cevap verme vb.) ve öz-bakım pratikleri açısından ifade edilebilir.



Şekil 4.1. Prenatal bağlanmanın gelişimsel modeli [49].

4.3.1.3. Anne-Bebek (Maternal) Bağlanması

Daha önce de belirtildiği gibi maternal bağlanma “zaman içinde gelişen, özel eşsiz şevkat dolu sevgiye dayalı bir ilişkidir” [4, 33, 37, 48]. Bowlby 1951 yılında, maternal bağlanmayı “anne ve çocuk arasında sıcak, sürekli, yakın bir ilişkinin olması ve bu durumdan her iki tarafın da memnun olması ve haz alması” olarak tanımlamıştır [2-4, 8, 11, 13, 14, 32, 37]. Anne ile çocuk arasında kurulan güvenli bir bağlanma ilişkisinin çocuğa sağlıklı psikolojik gelişim olanağı sağladığını belirtmektedir [4, 13, 16, 37]. Maternal bağlanma “davranışsal ve emosyonel düzeyde annenin bebeğine bağlanmasıdır” [4, 14]. Maternal bağlanmanın oluşma süreci fetüsle arasında duygusal bağın gelişmesi ile birlikte oluşur. Bu yüzden bağlanma gebelik, doğum ve postpartum periyod dönemlerini de kapsar [4, 10, 14, 33, 35, 42, 48]. Bağlanmada anne ön planda olup anneden yansıyan sıcaklık ile oluşur [11, 32, 42, 45].

Doğum sonrası ilk dakikalar, ilk saatler ve ilk günler anne bebeğin yeni durumlarına uyum sağlamaları ve aralarındaki ilişkinin oluşumu nedeni ile kritik bir dönemdir. Doğum sonrası iki-üç gün içerisinde bebek ile anne arasında uyum süreci ve beraberliklerinden karşılıklı haz duymaları beklenir [30, 32, 33, 37, 48]. Sezaryenle doğum yapan anneler, normal doğum yapan anneler ile uyum süresi bakımından karşılaştırıldığında, normal doğum yapıp hemen anne yanına verilen bebeklerin annelerinde, sarılma ve şefkat dolu davranışları daha fazla gösterdikleri gözlemlenildi [30].

Şen (2007) ve Akkoca (2009)'nın çalışmasında belirttiği gibi; Fennel ve arkadaşlarının (1974) annelik davranışlarını incelediler. Araştırmalarında birinci gruptaki annelere doğumdan sonra bebeklerini ilk üç gün boyunca yoğun etkileşimde bulunmaları, ikinci gruptaki annelere ise doğumdan hemen sonra bebeklerini kısa süre görmeleri ve daha sonrasında ise her dört saatte bir yirmi dakikalık süreler boyunca bebeklerini emzirme zamanında görmelerine izin verildi. Bir ay ve bir yıl sonra yapılan değerlendirmelerde bebekleri ile erken dönemde uzun süreli temas kurmuş olan annelerin, bebeklerini seyrek gören annelere göre daha bağlı oldukları görülmektedir. Bu anneler bebeklerinden ayrıldıklarında ise bebeklerini özlediklerini sık ifade ettiklerini ve çocukları hakkında daha çok konuşma gereksinimi duydukları ifade etmektedir [8, 32].

Bağlanma yenidoğandaki en belirgin davranış değişikliğidir. Bağlanma annenin kendi genetik yapısı ve anne babasının ona bağlanmasından da etkilenir [7, 10, 11, 14, 30-32, 43]. Bu yüzden sağlıklı toplum için bağlanma önemle irdelenmelidir. Bağlanmanın oluşmasında bebeklerin bir takım davranış özellikleri de etkili olmaktadır. Bebeğin, “ebeveynleriyle iletişimde kullandığı ve hayatının ilk dokuz ayında geliştirdiği davranışlarına bağlanma davranışları” denir. Emme, sokulma/uzanma, bakış, gülümseme, ağlama bebeğin başlıca bağlanma davranışlarıdır. Emme davranışı, bağlanma davranışları arasında en temel olanıdır. Emzirmede anne ile bebeği arasında sağlanan ten teması (kanguru bakımı) ve bağlanma arasında olumlu yönde bir ilişki vardır [4, 8, 11, 13, 14, 30]. Sekizinci haftayla birlikte bebek annesine yönelmekte, gülümsemekte, uzun süreli göz teması kurmaya başlamaktadır [14].

“Anne ve babanın doğumdan sonraki ilk karşılaşmalarında bebeğe karşı gösterdikleri davranışlar, ebeveynlik davranışı” kabul edilmektedir. Bu davranışlar, bebeğin el ve ayaklarına dokunma, okşama, bebekle konuşma, göz teması kurma, bebeğini inceleme davranışlarıdır [4, 8, 37].

Anne-bebek ilişkisinde önemli olan bazı özellikler vardır. Bunlar; süreklilik, tutarlılık ve aynılıktır [4, 13]. Bebeğin annesinin her zaman kendisini sevip besleyeceğinden emin olması süreklilik, gereksinimlerinin aksatılmadan giderilmesi tutarlılık, daima aynı kişinin bakım vermesi ise aynılık olarak tanımlanmaktadır [4, 13]. Anne-bebek ilişkisinde bu üç kuralın olması, bebekte temel güven duygusunun gelişmesini sağlamaktadır. Temel güven duygusu, bebekte yaşam boyu sürecek olan duygusal yeterliliğin gelişmesini oluşturur. Bebeğe, ilerideki hayatında kendine güvenen, sosyal, atılgan, üretken bir kişi olması için zemin hazırlar. Güvenli bağlanma için bebeğe verilen bakımın; dikkatli, ilgili ve duyarlı olması gerekir. İhmal ve istismara maruz kalan bebeklerde ise güvensiz bağlanma yaşanmakta olup bebeklerin daha uyumsuz ve huzursuz oldukları bilinmektedir [4, 13, 14, 18].

Bebeğin bağlanmasına yön veren iki önemli annelik davranışı vardır. En üst düzeyde bağlanma, anne, bebeğinin işaret ve hareketlerini anladığı ve doğru cevapladığı ve bebeğinin fiziksel, emosyonel tüm gereksinimlerini karşıladığı zaman oluşur. Bir diğeri ise sosyal etkileşimdir. Anne, bebeğinin tüm fiziksel gereksinimlerini hızla karşılayıp, sosyal etkileşime sokmamışsa annelerine bağlanmada başarısızlıklar ortaya çıkmaktadır. Tek başına sosyal ilişki de yeterli değildir, her iki davranış birbirini tamamlar. Sosyal etkileşim, kardeşler, baba ve diğer aile fertlerinin de edilmesiyle genişler [4].

Bağlanma, annenin bebeğe gösterdiği sıcaklık, dokunma, bakım ile gerçekleşmektedir. Anne – bebek ilişkisinde, anne ile bebeğinin birbirlerine verdikleri tepkiler, aralarındaki duygusal iletişimin kalitesini belirler. Bazı nedenlerle doğum sonrası annelerinden ayrılarak, özel bakıma alınan bebeklerde; gelişmenin yavaşladığını ya da durduğunu, bu bebeklerin beslenme sorunları ve sosyal geri çekilme yaşadıklarını ve yüzlerinde sürekli üzüntülü bir ifade taşıdıkları belirlenmektedir [11, 13].

Anne-bebek ilişkisindeki ilk süreç, açlık ve susuzluk gibi fizyolojik gereksinimlerin karşılanmasıdır. Annenin bundan sonra bebeği ile geçirdiği zaman ve kalitesi önem kazanmaktadır. İlk aylarda anne ile bebek arasında kurulan ilişki çocuğun ileride kuracağı ilişki biçimleri hakkında bilgi vermektedir. Bebeğin ileri yaşlardaki gelişimi üzerinde etkili olan bağlanma olgusu, anne bebek bağlanmasını etkileyen faktörlerin ve bağlanma durumunun değerlendirilmesi ve bağlanmayı artırıcı uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi hemşirenin önemli rolleri arasındadır [2, 4, 11, 13, 18, 30-32, 37].

Doğum sonrası erken dönemde anne bebek yaklaşmasını sağlayan unsurlar vardır. Odanın paylaşımı, ten tene temas, göz göze temas, kucaklama, emzirme, bebek bakımına katılımından oluşmaktadır [2, 11, 30, 32, 37].

4.3.1.3.1. Odanın Paylaşımı (Roving-in)

Normal bir doğum eyleminden sonra bebek anne yanına beşik içinde verilebilir. Buna “odanın paylaşımı” adı verilir. Bebek ile annenin sürekli aynı odada kalması anne sorumluluğunu başlatır. Her fırsatta emzirmesi açısından da önemlidir. Sağlık politikamızda bu durumu desteklemektedir. Doğumdan hemen sonra annenin bebekten ayrılması, aynı odayı paylaşamaması anne bebek ilişkisini olumsuz etkiler [3, 11, 30, 32, 48].

4.3.1.3.2. Ten –Tene Temas (kanguru bakımı)

Doğum sonrasında birkaç saat içinde başlar ve birkaç gün içinde gelişir. Anne ve bebek arasında vazgeçilmez bağlılık unsurunu oluşturur, bakım ve tedavisinde de yer alır [32]. Anne bebek bağlanmasını artıran ve bebeğin dış ortama adaptasyonunu kolaylaştıran ten- tene temasa kanguru bakımı denir. Kanguru bakımı, “bebeğin yüzü anneye dönük bir şekilde, doğrudan ten temasının sağlanarak, annenin göğüsleri arasına yerleştirilmesidir.” Kolaylıkla uygulanabilen ve ek hazırlık gerektirmeyen bir yöntemdir [3, 6, 8, 27, 30, 32, 48].

4.3.1.3.3. Kucaklama

Anne bebeğini daha rahat kavradıktan sonra tüm vücudu ile hissetmek için bebeğine sıkıca sarılır. Sarılma anne sevgisinin bir göstergesidir. Anneler genellikle

bebeklerini sol göğsü üzerinde tutar. Bebek bu sayede annenin kalp atışlarını duyar ve kendini güvende hissedip sakinleşir [3, 11, 30, 32, 48].

4.3.1.3.4. Göz-Göze Temas

Bebekle anne göz göze geldiğinde anne kendini bebeğe daha yakın hisseder ve temas bebek için bir ödüdür. Bu sayede anlamlı bir ilişki kurulmuş olur. Göz-göze iletişim term bebeklerle anneleri arasında olduğu kadar, prematüre bebeklerle anneleri arasında gözlemlenmiş olup annelik duygusunun başlangıcı olarak nitelendirilir [3, 8, 11, 30].

4.3.1.3.5. Emzirme

Emzirme anne bebek bağının oluşmasını, sevgi dolu bir ilişkinin pekişmesini kolaylaştırır. İsteyerek ve severek emziren anneler bebeklerine güven duygusunu verir. Emziren anneler bebeklerine daha şefkatli davranır, bakım ve beslenme konusunda daha az yakını [3, 11, 30, 32, 48].

4.4. Anne/Baba - Bebek Bağlanma Evreleri

Tanışma evresiyle başlayıp sahiplenme evresiyle devam eden bağlanma evresiyle son bulan bir süreçtir [4, 33, 37].

4.4.1. Tanışma Evresi

Bağlanmanın ilk adımı olup tüm insan ilişkilerinin ilk basamağıdır. Bu evre doğum sonrası ilk 48 saati kapsayan evredir. Bu evrede anne bebek karşılıklı bakışıp, anne/baba bebeği ile göz göze temas kurmaya çalışır. Bu evrede anneler bebeklerine dokunarak, bebeklerini keşfetmeye çalışırlar.

4.4.2. Sahiplenme Evresi

Bu evre doğum sonrası üçüncü günde başlayıp altı haftaya kadar süren dönemi kapsar. Bu evrede anne/baba bebeği ismi ile ya da cinsiyeti ile hitap eder. Anne/babalar bebeklerinin temel gereksinimlerine verdikleri yanıtları öğrenmeye çalışıp zaman içinde doğru yorumlayabilir. Bu durum dayanıklı bağların gelişimine karşılıklı uyum yakalayabilmelerine öncülük eder.

4.4.3. Bağlanma Evresi

Bu evre doğumdan sonraki altı-sekiz haftayı kapsar. Anne /baba bebeklerinin bakımında yeterlilik kazanmışlardır. Karşılıklı ilişki, uyum belirgin düzeyde artmıştır. Sevgi ve derin bağlanma duygusu tamamen oluşmuştur.

4.5. Anne –Bebek İlişisini Olumsuz Yönde Etkileyen Maternal Davranışlar

Anne ile bebek arasında kurulan ilişki çocuğun tüm hayatını etkiler. Bu nedenle olumsuz maternal davranışları çok iyi gözlem yapılması ve erken müdahalede bulunulması açısından çok önemlidir.

- İstenmeyen bebek ve annenin bebeği önemsememesi, bebeği odada yalnız bırakması,
- Annenin bebeğini çirkin olarak görmesi, ondan nefret etmesi,
- Annenin bebeğinin ağlamasından ve çıkardığı seslerden rahatsız olması,
- Annenin bebeğin kusmasından dolayı tiksinişmesi
- Alt değiştirirken midesinin bulanması ve sinirlenmesi,
- Annenin bebeğini tutmak istememesi, dokunmaktan, okşamaktan ve göz-göze temastan kaçınması,
- Bebeği ile konuşmama ya da bebeğinin kendisini sevmediğini düşünme,
- Bebeğinin sağlık kontrollerinde sorun saptanmamasına karşın ısrarla bebeğinde sorun olduğuna kendini inandırma,
- Bebeğinin anne babaya ait hiçbir fiziksel ve psikolojik özellik bulunmadığını ifade etmesi,
- Emzirmek istememe veya çok az besleme,
- Bebeğe sözlü veya sözsüz olumsuz davranışlarda bulunma,
- Bebeğinin cinsiyetinden memnun olmamadır [11].

Anne –bebek bağlanmasında ki olumsuzluklar sağlıklı bebekleri de duygusal yönde etkiler. Annenin gösterdiği olumsuz davranışlar sonucu bebekte görülebilecek sorunlar ise;

- Beslenme bozuklukları (sürekli kusma, tekrarlayan ishal),

- Büyüme gelişme geriliği/aşırı ağlama ve huzursuzluk,
- Laterjik ve mutsuz görünüm, düzensiz uyku,
- Zevk alınmayan bir ilişki, dik ve sabit bakış,
- Bebeğin minimal düzeyde ses çıkarmasıdır [11].

4.6. Maternal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

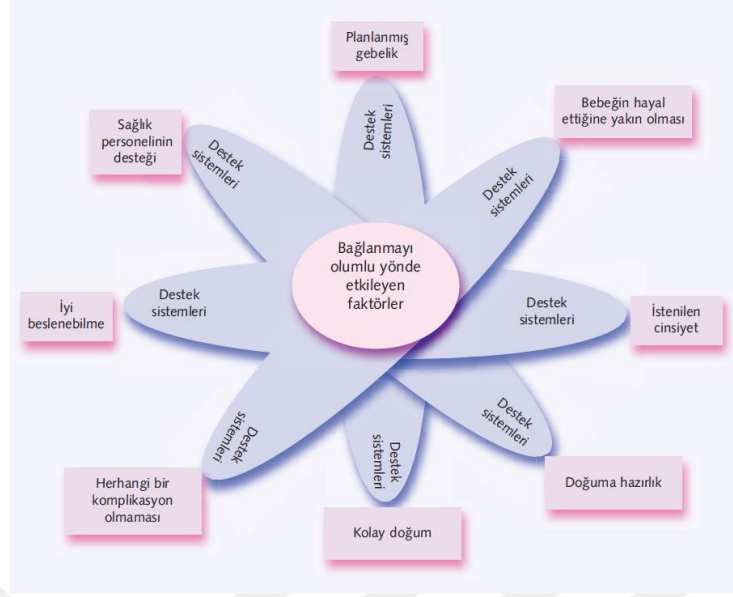
Annelik, sosyal rollerle, gelişimsel bileşenlerin, davranış ve tavırların bileşimidir. Annelik davranışlarının öğrenme süreci olarak tanımlan “annelik rolünün” kazanılması, doğum sonu üç-on ay arasında gerçekleşmektedir [10, 37, 48].

Annenin annelik rolüne hazır olmaması, annenin bebek bakımı konusunda kendine güvenmemesi ve eksik hissetmesi, iki gebelik arası sürenin kısalması, doğum öncesi bakım almaması, önceki çocuğunun yaşı, doğum sayısı, eğitim düzeyi, çalışma durumu maternal bağlanmayı etkilemektedir [2-4, 8, 16, 27, 37].

Emzirme ve annenin emzirmeye niyeti olması bağlanma sürecini etkileyen en önemli davranıştır [48].

Doğum süreci, zor doğum, sezeryan doğum, bebekte var olan veya sonradan oluşan sağlık sorunları anne –bebekte erken ten temasını engellediği için maternal bağlanmayı olumsuz etkiler [3, 4, 48].

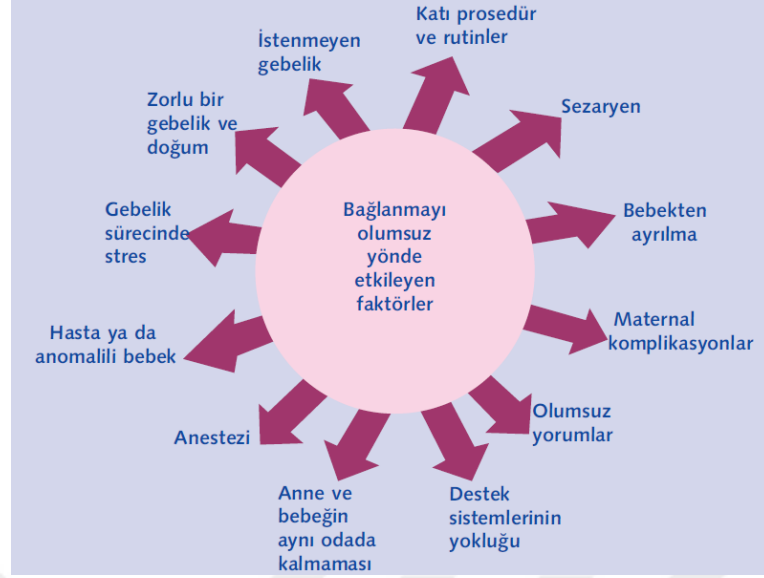
İki çocuk arasındaki yaş farkının artması maternal bağlanmayı olumlu yönde etkilemektedir [4, 16]. Şekil 3’de bağlanma sürecini olumlu etkileyen faktörler şematize edilerek özetlenmiştir.



Şekil 4.2. Bağlanma sürecini olumlu etkileyen faktörler [48].

Başarılı bağlanmayı etkileyen etmenler arasında bebeğin dış görünüm özellikleri, yüzü ve hareketleri yer alır. Yapılan bir araştırmada, anne –babaların dış görünümünü beğenmedikleri, ileri derecede bedensel kusuru olan bebeklere, yeteri kadar bakım vermedikleri ve değişik yollarla bebeklerini ret ettikleri gözlemlendi [32].

Prematüre doğan bebeklerin yenidoğan ünitesinde yatma olasılığından dolayı erken kurulacak anne bebek etkileşimi sekteye uğrar. Prematür bebekler, term bebeklere göre iletişim ve etkileşim süresinde daha az tepki verir. Böylelikle prematürel maternal bağlanmayı olumsuz etkileyen faktörler arasındadır [3, 4, 6, 8, 48]. Şekil 4’de bağlanma sürecini olumsuz etkileyen faktörler şematize edilerek gösterilmiştir.



Şekil 4.3. Bağlanma sürecini olumsuz etkileyen faktörler [48].

Özet olarak maternal bağlanma; ebeveynlik deneyimleri, annenin sağlık durumu, zeka düzeyi, adölesan gebelik, yüksek riskli gebelik, gebeliğin planlı olması ve gebeliğin istenmesi (Bu iki durum anne bebek ilişkisinin kurulmasında ilk kuraldır.), aile içi ilişkiler, eş desteği, ailenin sosyoekonomik ve kültürel durumu, hayal ettiği bebekle doğan bebek arasındaki farklılıklar, bebeğin cinsiyeti, doğum şekli, sağlık personelinin davranış ve tutumu, verilen bakımın kalitesi, ilk günden anne ve yenidoğanın ayrılması, çocuk bakımı konusunda annenin bilgili olması, hastane kuralları ve uygulamaları, gibi faktörlerden etkilenmektedir [2-4, 31, 33, 42].

Yapılan araştırmalarda planlı gebeliği olan kadınlarda olumlu maternal bağlanma gözlemlenmektedir [2, 10 ,48]. Literatürde maternal bağlanmayı etkileyen faktörler arasında doğum korkusuna da yer verilmektedir. Bu korkunun temelinde, geçmişteki kötü olarak algılanan doğum deneyimleri, doğum esnasında oluşacak ağrı düzeyinin bilinmezliği, doğacak bebeğin zarar görme endişesi oluşturmaktadır. Doğum korkusu ve şekli maternal bağlanmayı etkilediği konusunda bulgulara yer verilmektedir. Ayrıca, sezaryen doğumun maternal bağlanmayı olumsuz etkilediği belirtilmektedir [2].

Maternal bağlanma düzeyi bazı çalışmalarda ileri yaş gebeliklerinde daha düşük olduğu görülürken bazı çalışmalarda ise annelerin esnek kişilik özellikleri,

ebeveynlik rolünden daha fazla memnuniyet duyması, annelik rolüne katılımın fazla ve annelik rolüne daha kolay uyum sağladıkları belirtilmektedir [10, 50].

Primipar annelerin, bebek bakımı, bebeğin büyüme ve gelişmesi, bebeğin gelişimsel davranışları, hastalıklar konusunda yetersiz hissetmesi gibi durumlar annenin anksiyete yaşamasına sebep olduğu için, bu annelerde memnuniyet azalabilir ve anne bebek bağlanması olumsuz etkilenebilir [4, 10, 41]. Gebelik döneminde oluşan bağlanmanın, doğum sonrası bağlanmayı etkilediği konusunda çalışmalar vardır [4, 10].

Annenin çocukluğundaki bağlanma stili kendisi ile bebeği arasındaki bağlanma stilini etkiler. Annelerine çocukluklarında güvenli bağlanan bireylerin, kendi çocuklarına da güvenli bağlandıkları konusunda anlamlı ilişkiler bulunmaktadır [4].

Maternal – fetal bağlanma ile depresyon arasında ilişki bildirilmektedir. Maternal depresyon düzeyi yüksek olan kadınlarda maternal-fetal bağlanma düzeyleri düşük olarak gözlenmektedir. Gebe kadınların depresyon düzeylerinin yaş, çalışma durumu, eğitim düzeyinden etkilendiği, bu etkenlerin ise maternal bağlanmayı da etkilediği bildirilmektedir [2].

Sonuç olarak maternal bağlanma bir çok faktörlerden etkilenmektedir. Bu yüzden anne ile en yakın iletişimde bulunan hemşire/ebeler tarafından bilinmesi gereklidir.

4.7. Bağlanma Sürecinde Hemşire/Ebenin Rolü

Hemşireler/Ebeler, gebelik süresince, doğum anında ve doğum sonrasında, annenin duygu ve endişelerini ifade etmesini sağlayan, pozitif başa çıkma stratejilerini kullanmasında destek veren, aile içi ilişkilerin düzenlenmesini sağlayan, çevresindeki sosyal destek sistemlerini etkili şekilde kullanmasını sağlayacak en uygun konumda olan ekip üyesidir [4, 45]. Bağlanmanın oluşmasında etkili olan süreçler, hemşire/ebenin rol ve sorumluluklarına yön vermektedir ve Tablo 4.7’de bu süreçler özetlenmektedir [5].

Tablo 4.1. Bağlanmanın oluşmasında etkili olan süreçler [52].

Çocuğun Kişilik Özellikleri	Aile Sistemi	Sosyo-Kültürel Etkenler
Doğum öncesindeki ve sonrasındaki süreçler	Annelik ve babalık rollerinin benimsenmesi	Kültürel değerler
Nörolojik ve hormonal işlevler	Anne-babanın çocukluk öyküleri, kendi anne-babaları ile olan bağlanma ilişkileri, gelişim düzeyleri, eğitim, iş ve mizaçları	Cinsiyet rolleri
Genetik aktarım	Anne-babanın birbirleri ile olan ilişkilerinin niteliği	Etkin köken
Cinsiyet	Anne-babanın sağlık durumu	Eğitim
Mizaç özellikleri	Ailenin çocuğuna olan sorumluluklarını (ilgi, sevgi, eğitim, sağlık ve parasal kaynaklar) yerine getirme derecesi	İşsizlik oranı
Motor faaliyetler ve bilişsel faaliyetler	Aile büyüklerinin ve çevrenin desteği, Ailedeki ilişki örüntüleri (Anne-Baba, Anne-Baba-Çocuk)	Komşuluk ve diğer ilişkiler ağır, Etkin güç kaynakları (medya, politika, din ve teknoloji) Tarihsel yapı (sosyal çevre, barış-savaş ve ekonomi)

Kaynak: H. ÇERÇEL, "Prenatal ve Perinatal Dönemde Bağ Kurma ve Bağlanma."

Hamilelik döneminden başlayarak anne, baba adayına ve gereksinim duyulduğunda diğer aile üyelerine verilecek destek, önleyici ve koruyucu özellik taşıması nedeniyle oldukça önemlidir. Doğum servislerinde çalışanlar anne-fetüs, anne-yeni doğan ve ebeveyn-yeni doğan ilişkisinin pozitif yönde gelişimini sağlamak için aşağıdaki bilgilerden faydalanabilirler [2, 11, 15, 30, 32, 33, 37, 49].

- Planlı ve istenen gebeliğin anne/baba - bebek için ilk önemli adım olduğundan aileler bu konuda bilinçlendirilmelidir. Ailelerin istedikleri zaman istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için aile planlaması yöntemleri anlatılmalıdır [2, 11, 15, 27].
- Ebeveynlerin hayatında onlar için stres yaratabilecek çevresel, sosyal ve finansal faktörleri fark etmek ve ilgili kurumlara yönlendirme sağlamak,
- Sıkıntı, anksiyeteyi fark edip yardım eden bir bakım sağlamak ve kadınları fiziksel, duygusal ve pratik destek ağı açısından ve dayanıklılık geliştirmek için desteklemek,

- Gelişen bebeğin bireyselliği ve gereksinimleri konusunda ebeveynlerin farkındalığını arttırmak,
- Ebeveynleri, hem zihinsel hem de fiziksel olarak bebeğin gelişine hazırlanmak konusunda yüreklendirmek (bebek arabası, gibi ebeveyn-çocuk etkileşimini arttıracak ekipmanlar konusunda rehberlik etmeyi de içerir).
- Ebeveynleri doğmamış bebeklerini hayallerinde canlandırmak ve ultrason taramaları, fetaloskültasyon (steteskop ile dinleme) ve karına elle dokunma sırasında bebekleri ile iletişim kurma ve onun hareketlerinin kendine özgü örüntüsünü fark etme konusunda yüreklendirmek.
- Ebeveynleri gebe izlem kontrollerine düzenli gelmesi, gerekli test ve uygun tedavileri yaptırması konusunda bilinçlendirme,
- Ebeveynlerin gelişen bebeklerinin hem doğum öncesi hem de doğumdan itibaren iletişim kurabilen ve ilişki geliştirebilen bir birey olduğunu anlamasını sağlamak, bebekleri ile konuşmak ve şarkı söylemek konusunda yüreklendirmek, eğer gerekirse doğumdan sonra onlara yeni doğanın nasıl tepkiler verdiğini göstermek,
- Kadına bu süreçte destek olmak ve güvenli ebeveyn-yeni doğan bağı geliştirmek için eşlerin/partnerlerin ve aile üyelerinin rolünün önemini vurgulamak,
- Ulaşılabilir zamanlarda her iki ebeveynin de katılabileceği doğum öncesi eğitimler sağlamak (bu konuda çoğu hastanelerde gebe okulu açılmaktadır),
- Bütün aile için bütüncül bir bakım sağlamak (Bebeğin bakımına babayı da katmak, eşlerin birbirlerini anlamalarını da kolaylaştırır),
- Partnerlerin/babaların gereksinimlerine bireysel olarak hitap etmek, onlarla bebekleri ile yapmaktan hoşlanabilecekleri ve endişe duyabilecekleri neler olabileceği ile ilgili konuşmaya zaman ayırmak, bebek bakımı konusunda bilgi vermek,
- Hemen doğum sonrası annenin ten tene temasını (kanguru bakımı) desteklemek, mümkünse doğum masasında emzirmeyi desteklemek,
- Doğum öncesi eğitimlerde doğum anında ve sonrasında anne sütünün artırılması, emzirmenin sürdürülmesi ve anne sütünün önemi ilgili bilgiler vermek,
- Primipar, meme başı veya bebek kaynaklı sorunları olan annelere (yarık damak, yarık dudak) uygun emzirme pozisyonları konusunda bilgi vermek, gerekli

araçları sağlamak, bu anne ve bebeklerine daha fazla zaman ayırıp sık aralıklarla takip etmek,

- Eğer anne uygun değilse baba/partnerin hemen doğum sonrası ten tene temasını desteklemek (bu babaların kendilerine güvenmesini sağlar ve ebeveyn-yeni doğan bağına başlatır, özellikle ilk kez babalık duygusunu tadan babaların bebekleri ile iletişime girme, dokunma ve bakım konusunda daha çekingen olduğu gözlemlenmiş olup onlara daha fazla zaman ayrılıp uyum dönemi süresince desteklenmelidir),
- Doğum aşamaları ve doğum anında bire bir şefkatli, sıcak bir bakım sağlamak (çünkü doğumun aşamaları ve doğum sırasında pozitif, destekleyici bakımın sağlanmış olması gereksiz medikal müdahaleleri azaltır, kadınların kontrol sahibi olduğunu hissetmesine imkân tanır ve bir birey olarak önem verildiğini hissetmesini garantiler ve oksitosin üretimini pozitif yönde etkiler),
- Ebeveynler ve yeni doğan arasında sakin ve huzurlu bir etkileşimi destekleyecek bir çevre sağlamak (annenin rolüne adaptasyonu ve bebeği ile etkileşimini artırmak)
- Erken dönem ebeveynsel bağ kurma davranışlarına (örneğin ten tene temas, dokunma, konuşma, şarkı söyleme gibi) olanak sağlamak, Anne bebek arasındaki ilişkiyi belirli periyotlarda takip ederek değerlendirmek. Anneye gerekli durumlarda rol modeli oluşturmaktadır.
- Ebeveynleri bebeklerini kucakta taşıma, tutma, okşama konusunda cesaretlendirmek ve onlara çok fazla kucakta tutarak şımartmayacaklarını anlatmak, bebek masajı konusunda bilgilendirmek ve uygulamalı olarak ebeveynler ile birlikte masajı gerçekleştirmek.
- Zor bir doğumu takiben eğer gerekirse anne-bebek ilişkisini kolaylaştırmak için erken tanı ve uygun danışmanlık sağlamak,
- Taburculuk eğitimi vermek (emzirmenin devamlılığı sağlanmalı ve yaşam boyu sağlığını etkileyeceği aileye aşılmalı, anne-baba-bebek ilişkisinin sürdürülmesinin önemi ve olumlu bağlanmanın bebeğin tüm yaşamını etkileyeceği anlatılmalıdır),
- Bağlanma sorunu yaşayan aileleri izlemek ve ileride oluşabilecek çocuk ihmal ve istismarını önlemek (yapılan çalışmalarda bebeklik döneminde oluşan ihmal

ve istismar, çocuklarda psiko-sosyal travma sonucu beyin gelişimini etkiler. Bu çocuklarda stresle baş edebilme yönünden kalıcı sekeller gelişir. Özellikle çocuk ihmalinin uyaran eksikliğine yol açarak sinaptik bağlantı yokluğuna yol açtığı bildirilmiştir),

- Doğum sonrası depresyonu olan ya da olmayan annelerin kaliteli, pozitif ebeveyn-yeni doğan etkileşimi geliştirmelerini desteklemek için gereksinimlerini karşılayan hizmetler oluşturmak,
- Doğum sonrası depresyonu erken fark etmek ve hem kadına hem de aileye uygun ve zamanında destek koşullarını sağlamak (doğum sonrası depresyon sağlıklı yaşamı, yaşam kalitesini ve güvenliğini ciddi bir şekilde tehlikeye koyması nedeni ile anne ve bebek, diğer aile üyeleri için çok önemlidir),
- Annenin doğum sonrası depresyonun etkilerinden korunmasında ve yeni doğana stabil ve güvenli koşulların sağlanmasına çok önemli rolü olan eşlerin/partnerlere uygun şekilde düzenlenmelidir.
- Sağlık çalışanlarının olumlu ve olumsuz maternal davranışlar konusunda bilgi sahibi olmasını sağlamak.

Hemşire/ebe ebeveyn-bebek bağlanmasının olumlu olup olmadığını; anne ve babayı sık ziyaret ve takip ederek (ebeveynlerin bebeği okşaması, yatıştırması, kucaklaması vb.), bebekle konuşurken isimle hitap etme ve olumlu güzel sözcükler kullanma, ziyaret ve kontroller sırasında ilgili ve bebeği ile ilgili sorular sorma, tenso temas ve göz göze temasta artış gösterme, emzirmede istekli davranma gibi göstergelerle değerlendirebilir. Öte yandan hemşire/ebe ebeveyn - bebek bağlanmasının olumsuz olup olmadığını; ebeveynlerin aşırı karamsar olması, bebeğin durumuyla ilgilenmemesi, soru sormaması, pasif ve ilgisiz davranması, bebeğin cinsiyetinden memnun olmaması, emzirmek istememesi, bebeğin yetersiz kilo alması, bakım yetersizliği gibi belirtilerle tanımlanabilir [4, 8, 13, 31, 32].

Sonuç olarak bağlanmada etkili olan süreçlerin amacına yönelik planlanması, yürütülmesi ve geliştirilmesi sürecinde hemşire/ebeler etkin rol oynamaktadır.

Bu çalışmada annenin maternal bağlanmasını sağlık durumunun etkileyebileceği dikkate alınarak sağlığa ilişkin yaşam kalitesi belirlenmiştir. Bu

nedenle aşağıda kısaca sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ele alınmaktadır.

4.8. Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi ve Standartları

Yaşam kalitesi “iyilik hali”nin bir derecesi olarak tanımlanır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi (SİYK) ise kişinin sağlık durumunu göstermekten daha geniş bir perspektifi işaret eder. Yaşam kalitesi ve bu kapsamda SİYK için üzerinde uzlaşmış bir tanım yoktur. Bir görüşe göre SİYK “kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışıdır” [53]. Diğer bir görüşe göre SİYK “hastalığın durumuna ve hastalığın tedavisine bağlı hasta kişinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin etkilenmesidir” [53, 54]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1980’den beri yaşam kalitesini ölçmek ve değerlendirmek için çalışmalar yapmaktadır. DSÖ’ye göre yaşam kalitesi “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde sağlık durumlarını algılama biçimidir.” Tanımın kişiden kişiye değişmesi evrensellik ilkesinin dışında kalmaktadır [6, 55]. Tıbbın sürekli gelişim gösterdiği günümüzde sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, yaşam kalitesinin artırılması da hedeflenmektedir. Bu nedenle iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülebilmesi sürekli çalışmalar yapılmaktadır [54].

SİYK’in kapsamında sosyal rolü yerine getirmeyi de içeren işlevsel yetenekler, toplumsal etkileşimin derecesi ve kalitesi, ruhsal sağlık, ağrı gibi somatik duyular ve yaşamdan duyulan memnuniyet gibi bir dizi bileşene yer verilir. Aslında klinik olmayan tüm verilerin yaşam kalitesi kavramıyla bir görülme eğilimi kavram karmaşasını daha da arttırmaktadır [53, 56]. Bu karmaşıklığı gidermek adına Tablo 4.2’de yaşam kalitesi ile ilgili kavramlar kısaca açıklanmaktadır.

Tablo 4.2. Yaşam kalitesi ve ilişkili kavramlar [57].

Kavram	Anlam
Yaşam kalitesi	Bireyin yaşamına ait tüm kişisel ve çevresel faktörler Sağlık durumunu kapsayabilir veya kapsamaz
Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi	Bireyin sağlığının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri
Sağlık durumu	Fiziksel ve semptomatik faktörler
İşlevsel durum	Aktiviteler yapılırken ortaya çıkan semptomların seviyelerini de kapsayan istenen/arzulanan aktiviteleri yapabilme yeteneği (Eksternal, izlenebilir)
İyilik hali	Yaşamdan duyulan memnuniyeti ait his, psikolojik faktörler (İnternal, kendi-kendine değerlendirilir)
Memnuniyet	Hastanın sağlık yönünde davranışı, durumun hasta tarafından kabul derecesi

Kaynak: A. Perim, "Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma Ve Uygulam Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi.

4.8.1. Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçekler

Yaşam kalitesi ölçümü zordur. Yaşam kalitesinin ölçümünde; özellikle sağlıklı yaşam kalitesinde son zamanlarda ilerlemeler olmaktadır. Her klinik alanda gittikçe artan tedavilerden kaynaklanan yan etkilerin hesaplanmasında yaşam kalitesinin ölçülmesinin öneminin farkındalık yaratması konuyla ilgili çalışmaları artırmaktadır [53, 55]. Sağlık çıktılarında klasik yöntemlerle ölçümler yapılırken, yaşam kalitesi ölçümü ise kişinin rolü, ruh hali, hastalık ve benzeri durumlarda kişinin deneyimleri, genel psikolojik durumu, mutluluk ve yaşamdan duyduğu tatmin gibi kavramları temel alır. Yaşam kalitesi ölçümü, klasik olarak nitel olarak tanımlanan, başka bir deyişle eskiden "ölçülemez" denilen ölçüleri, nicel ve uygulama araçlarıyla bir araya getirmektedir [53, 56]. Bunlar kısaca Jenerik Ölçekler olarak tanımlanır ve Kısa Form – 36, Nottingham Sağlık Profili, EuroQoL-5D, İyilik Hali Skalası, Hastalık Etki Profili, Sağlık Yaralanma İndeksi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi SİYK değerlendirme ölçekleridir. Aşağıda bu ölçekler kısaca açıklanmaktadır.

4.8.1.1.Kısa Form – 36 (Short Form – 36, SF-36)

Jenerik ölçekler içerisinde en yaygın olarak kullanılanıdır. Yaşam kalitesini

değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir. Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmaktadır. [58].

4.8.1.2. Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile-NHP)

Hasta tarafından algılanan emosyonel, sosyal ve fiziksel sağlık problemlerini değerlendirir. Enerji, ağrı, fiziksel mobilite, uyku, emosyonel reaksiyonlar ve sosyal izolasyon olmak üzere altı kategoriden ve cevapları evet/hayır şeklinde 38 sorudan oluşur [58].

4.8.1.3. Euro QoL (EQ – 5D)

Çeşitli girişimlerin sağlık sonuçları üzerine etkisini ortak bir skalayla değerlendirmeyi ve izlemeyi sağlar. Sağlık durumunun beş boyutunu değerlendiren beş sorudan oluşur. Bu boyutlar; hareket, kendi kendine bakım, genel aktiviteler, ağrı/rahatsızlık ve anksiyete/depresyondur. Sorular, anketin uygulandığı güne yönelik sorgulanmaktadır [58]. Bu araştırmada sade ve kolay anlaşılabilir olması nedeni ile EuroQol'un kullanılmasına karar verildi.

4.8.1.4. Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile-SIP)

Hasta tarafından algılanan sağlık durumunun davranış esaslı ölçümünü sağlar. On iki alanda 136 soru içerir. Bu alanlar; fiziksel boyut (3 alan), psiko-sosyal boyut (4 alan) ve diğer 5 tanesi de bağımsız alanlardır [58].

4.8.1.5. Sağlık Yararlanma İndeksi (Health Utilities Index-HUI)

Kişinin sağlık durumunu ölçme, yaşam kalitesini değerlendirmek ve yararlanma skorları oluşturmak amaçlı jenerik bir sağlık profilidir. Tedavi edilen hastaların tecrübelerini, hastalık ve tedavi dönemindeki sonuçları, sağlık girişimlerinin etkinlik ve geçerliliğini ve genel popülasyonun sağlık durumunu

tanımlar. HUI 2’de duyu, mobilite, kendine bakım, emosyon, bilişsel durum, ağrı ve fertilitte alanları, HUI 3’de ise görme, işitme, konuşma, ambulasyon, hüner, emosyon ve bilişsel durum alanları bulunmaktadır [55, 58].

4.8.1.6.İyilik Hali Skalası (Quality of Well-BeingScale-QWB)

Genel sağlık sonuçlarını değerlendirmek için kullanılır. Mobilite, fiziksel aktivite ve sosyal aktivite olmak üzere üç fonksiyonel komponenti değerlendiren 31 sorudan oluşur [58].

4.8.1.7.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (World Health Organization Quality of Life AssessmentWHOQOL)

Kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı bir çalışmadır. DSÖ’nün, dünya çapında 15 merkezinde yapılan pilot çalışmalar sonucu, 100 soruluk WHOQOL – 100 ve arasında seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL – BREF ölçeği oluşturulmuştur. WHOQOL – BREF ölçeği, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 sorudan oluşur. Bunlar, fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alanlar olmak üzere 4 alandan meydana gelir. Türkçe dahil 20’den fazla dile çevrili vardır. Türkçeye uyarlanması Eser ve arkadaşları tarafından yapıldı [58, 59].

SİYK Ölçeklerinin klinikte kullanılması, hasta özerkliğini artırmakta, hastaya daha fazla yarar sağlamakta olup hastanın maruz kalabileceği zararlardan koruma, buna bağlı olarak hasta-sağlık çalışanı arasındaki iletişimi geliştirmektedir [55].

SİYK’i belirlemek için, standart ölçekler kullanıldığından, hastaya bazı yaşam kalitesi alanlarının daha önemli olduğu dayatılmakta ve hasta için önemli olan yaşam kalitesi alanları atlanabilmektedir. Diğer yandan SİYK Ölçeklerinin uzunluğu, zaman alıcılığı, anlaşılabilirliği sorun oluşturabilir. Yaşam kalitesi, zamana, duruma ve mekana göre farklılık gösterir. Bu yüzden aynı kişinin farklı

durumlardaki yaşam kalite algısının ölçüm sonuçlarının doğruluğu da tartışmalar arasındadır. SİYK ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirlikleri yapılırken değişime duyarlı olması gerekir. Farklı toplumlarda uygulanması durumunda kültürler arası geçerlilik te olması gerekir. Bu açıdan bakıldığında ölçeklerin psikometrik sorunlara yol açabildiği görülmektedir [55].



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı Ve Tipi

Bu araştırma maternal bağlanmanın bebek sağlığı üzerine etkisini saptamak amacı ile vaka – kontrol türde gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Soruları

- Maternal bağlanma bebeğin sağlık parametrelerini (boy, kilo, baş çevresi vb..) etkiler mi?
- Doğum şekline göre (sectio sezaryen ve doğum) maternal bağlanmanın bebek sağlığı üzerindeki etkisi farklı mıdır?

5.3. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenleri: Maternal Bağlanma

Bağımsız Değişkenleri: Annenin bireysel, sezaryen veya doğum ile ilgili özellikleri, bebeğin sağlık parametreleri.

5.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman

Araştırma Mayıs 2018-Ekim 2018 tarihleri arasında, İstanbul ilinde yer alan bir Eğitim Araştırma Hastanesinin Sağlam Çocuk Polikliniğinde gerçekleştirildi.

5.5. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; Eğitim Araştırma Hastanesinin 2017 yılı verileri incelendi ve söz konusu kurumda yılda 839 doğumun gerçekleştiği ve doğumdan 1 ay sonra polikliniğe başvuran birey sayısının ortalama 280 olduğu belirlendi. Araştırmanın gücü %90 olarak kabul edildiğinde örneklemin 250 anne ve bebeğinden meydana gelmesi gerektiği belirlendi. Böylece araştırma 125 vajinal yol ve 125 sezaryen ile doğum yapan anneler ile 1 aylık bebekleri olmak üzere toplam 250 vaka olarak planlandı. Fakat araştırma süresinin kısıtlılığından dolayı polikliniğe 117 vajinal doğum 133 sezaryen doğum yapan anne ile planlandı. Vajinal yol ile

doğum yapan anneler çalışmaya 16 kişi daha azdır.

5.5.1. Örneklem Seçim Kriterleri

Örneklem seçiminde araştırma kapsamına dahil edilme kriterleri aşağıda sıralandı. Araştırma kapsamına alınacak bireyin (annenin);

- İletişim sorununun olmaması (Türkçe konuşabilmesi, psikolojik sorununun olmaması vb.),
- Okuma yazma bilmesi,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Bebeğinin gestasyonel yaşının 37-42 hafta arasında olması.

Örneklem seçiminde araştırma dışı tutulma kriterleri aşağıda sıralandı.

- Annenin 37 gebelik haftasından önce doğum yapması,
- 37 gebelik haftasında doğup bebeğin sağlık sorununun olması ve yoğun bakım ünitesinde yatması
- Çoğul gebelikler

5.6. Verilerin Toplanması

5.6.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; Anne Bilgi Formu, Bebek Bilgi Formu, Maternal Bağlanma Ölçeği ve EuroQol-Sağlığı Değerlendirme Anketi kullanıldı.

5.6.1.1. Anne bilgi formu (Ek 1)

Bu form, literatürden [4, 11, 32, 33] yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirildi ve formda annenin yaşı, öğrenim durumu, mesleği, sigara kullanma durumu, gebelik sayısı, emzirme deneyimi, annenin gebelikte gelişen sağlık sorunları, bu gebeliği isteme ve doğum öncesi gebelik ile ilgili eğitim alma durumu, eşinin (babanın) öğrenim durumu, babanın çalışma durumu ve aile tipi, doğum şekli olmak üzere vb. 32 soru bulunmaktadır. Bu form, araştırma kapsamındaki anneleri

doğum şekline (vajinal yol veya sezaryen) göre sınıflandırmak ve bebek sağlığını etkileyebilecek anneye ait değişkenleri belirlemek için kullanıldı.

5.6.1.2.Bebek bilgi formu (Ek 2)

Literatürden [4, 11, 32, 33] yararlanarak geliştirilen bu formda; gestasyon yaşı, bebeğin cinsiyeti, doğum ağırlığı ve boyu, birinci aydaki kilosu ve boyu, ilk emzirme zamanı, bebeğin beslenme içeriği, emzirme sıklığı, uyku süresi, masaj yapılma sıklığı vb. hakkında 19 soru bulunmaktadır. Bu form, araştırma kapsamındaki bebeklerin sağlık göstergelerini ve sağlığı etkileyebilecek faktörleri belirlemek amacı ile kullanıldı.

5.6.1.3.Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) (Maternal Attachment Inventory-MAI) (Ek 3)

Kavlak'ın çalışmasında belirttiği gibi; maternal bağlanmayı ölçmek amacıyla, Mary E. Muller tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Muller, MAI sorularını maternal adaptasyon ve maternal bağlanmayı inceleyen literatür doğrultusunda oluşturmuştur. İçerik geçerliliği dil uzmanları, teorisyenler, kadın doğum ve çocuk hemşireleri ve yeni bebeği olan kadınlardan oluşan 12 uzman tarafından değerlendirilmiştir. Muller, ölçeği ilk olarak postpartum 30-40 gün arasında bebeği olan 196 anneye uygulamıştır. MAI'nün güvenilirlik katsayısı Cronbach alpha 0.85 olarak bulunmuştur. İkinci aşamada Muller, MAI'nün postpartum periyottan sonra da kullanılıp kullanılmayacağını incelemek amacıyla, bu 196 annenin bir grubuna (n=62) doğumdan sonraki dördüncü ayda, bir diğer gruba doğumdan sonraki sekizinci ayda (n=86) uygulamıştır. Doğum sonrası dördüncü ayda Cronbach alpha 0.76, sekizinci ayda Cronbach alpha 0.85 olarak bulunmuştur (Muller 1994). Maternal Bağlanma Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Kavlak tarafından 2004 yılında, 165 sağlıklı bebeği olan anne üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın ilk aşamasında dil geçerliliğine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Sevgiyi gösteren maternal duygu ve davranışları ölçen MAI kişinin kendinin uyguladığı bir ölçek olduğu için okuma-yazma bilen ve okuduğunu anlayabilen kadınlarla uygulanabilen bir ölçektir. Her bir madde "her zaman" ile "hiçbir zaman" arasında

değişen, dörtlü likert tipte 26 maddelik bir ölçektir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve Her zaman (a)= 4 puan, Sık sık (b)= 3 puan, Bazen (c)= 2 puan ve Hiçbir zaman (d)= 1 puan olarak hesaplanır. Yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 104'tür.

Maternal Bağlanma Ölçeğinin, Cronbach Alpha iç tutarlılık güvenilirliği; 1 aylık bebeği olan annelerde 0.77, 4 aylık bebeği olan annelerde 0.82 olarak saptanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Ölçeğin test tekrar test ve iki yarı güvenilirliğine ilişkin bulgular da ölçeğin güvenilirliğini desteklemektedir [4, 60].

Maternal Bağlanma Ölçeğini, annelerin bağlanma düzeylerinin belirlenebilmesi, bağlanma ile ilgili yaşanan problemleri erken dönemde saptanabilmesi için Türk toplumunda geçerli ve güvenilirliği kanıtlandığından dolayı tercih edildi.

5.6.1.4.EuroQol-5D sağlığı değerlendirme anketi (Ek 4)

Hastalığa özgü olmayan bir anket geliştirmek ve uygulanabilirliğini test etmek amacı ile ilk kez 1987 Mayısın'da beş Avrupa merkezinden araştırmacılar bir araya geldi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi maddelerini oluşturdu. Kasım 1991'de anket yeniden uyarlanarak beş boyutlu hale getirildi. Bu boyutlar hareket, öz-bakım, olağan işler, ağrı/rahatsızlık ve endişe/depresyondan oluşmaktadır. Söz konusu her bir boyut,

- Sorun yok (düzey 1)
- Bazı sorunlar var (düzey 2)
- Aşırı sorunlar var (düzey 3) olmak üzere 3 düzeyde değerlendirilerek, sağlık durumu boyutlarını gösteren sonuçlar, beş sayı ile tanımlanabilmektedir.

Öte yandan ankette bireylerin bugünkü sağlık durumları hakkında 0 ile 100 arası değer verdikleri ve bunu bir termometre benzeri ölçek üzerinde işaretledikleri görsel

analog ölçek (Visual AnalogueScale) bulunmaktadır [61]. Bu çalışmada annelerin sağlık durumunun maternal bağlanmayı etkileyebileceği varsayılarak SİYK'nin ölçülmesi gerektiği düşünüldü ve sade ve kolay anlaşılabilir olması nedeni ile EuroQol'un kullanılmasına karar verildi.

5.6.1.5.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 5)

Araştırmaya katılan kişilerin araştırma hakkında anlaşılabilir bir dil ile konunun içeriğini, önemini ve nasıl yapılması gerektiğini anlatan bu form kişilerden bilgilendirilmiş olurlarını almak için kullanıldı.

5.7. Araştırmanın Uygulanması

Öncelikle araştırmanın evrenini belirlemek amacıyla; araştırmanın gerçekleştirileceği Eğitim Araştırma Hastanesinin 2017 yılı verileri incelendi ve söz konusu kurumda yılda 839 doğumun gerçekleştiği ve doğumdan 1 ay sonra polikliniğe başvuran birey sayısının ortalama 280 olduğu hesaplandı. Araştırmanın gücü %90 olarak kabul edildiğinde örneklemin 250 olması gerektiği belirlendi. Böylece araştırmanın 125 vajinal yol ve 125 sezeryan ile doğum yapan anneler ile 1 aylık bebekleri olmak üzere toplam 250 vaka üzerinde yapılmasına karar verildi. Ancak veri toplanan kurumun polikliniklerine başvuran annelerin vajinal doğum yapma oranları düşük olduğundan ve tezin bitirme süresiyle ilgili sorunlar nedeni ile 117 vajinal yol 133 sezeryan ile doğum ile araştırma tamamlandı. Araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri de dikkate alınarak öncelikle 25 kadınla pilot çalışma yapıldı. Çalışma sürecinde ve veri toplama formlarında, veri toplamaya engel bir durum ile karşılaşılmadı ve çalışma başlatıldı.

Polikliniklere gelen hastalara araştırmacı kendini tanıttı ve araştırma konusu ve izlenecek adımlar hakkında sözlü ve yazılı bilgi verildi. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu (Ek 5.) imzalamaları istendi. Daha sonra Anne Bilgi Formu ve (Ek 1) ve Bebek Bilgi Formu (Ek 2.) dolduruldu. Ayrıca Maternal Bağlanma Ölçeği (Ek 3.)ve EuroQol-5D Sağlığı Değerlendirme Anketi'ni (Ek 4.) kendileri doldurulmaları istendi.

Araştırmada Anne Bilgi Formunu'nun doldurulması 5-10 dakika Bebek Bilgi Formunun doldurulması 5 dakika Maternal Bağlanma Ölçeğinin doldurulması 10-25 dakika EroQol-5D Sağlığı Değerlendirme Anketini doldurulması 5 dakika olmak üzere veriler toplamı 25-45 dakika içinde toplandı.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaların yürütülmesinde bilimsel ve evrensel etik ilkelere uyulması zorunludur. Bu amaçla çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na sadık kalındı. Örnekleme alınan kadınlara, araştırmanın amacı ve kendilerinden ne beklendiği açıklanarak, araştırmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, istedikleri zaman çıkabilecekleri ve elde edilen bilgilerin sonuçlarının ancak kimlik bilgileri gizli tutularak yayınlanabileceği anlatılarak araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı bilgilendirilmiş olur alındı (Ek 5).

Ayrıca aşağıda sıralanan kurum ve kişilerden gerekli izinler elde edildi:

- Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Oya Kavlak'tan yazılı izin alındı (Ek 6).
- EuroQol_5D Sağlığı Değerlendirme Anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Nurten Kaya'dan yazılı izin alındı (Ek 7).
- Araştırmanın yürütülebilmesi için Medipol Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı (Ek 8).
- Araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı (Ek 9).

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları verilerin toplandığı kuruma genellenilebilir araştırmaya okur-yazar olmayanların dahil edilmemesi sosyal destek düzeyi ve maternal bağlanma arasındaki ilişkiyi araştırmak açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

5.10. Araştırmanın Uygulanmasında Karşılaşılan Durumlar

3.10.1 Olumlu Durumlar

- Araştırmanın yapıldığı birimde çalışan sağlık ekibi üyeleri ile olumlu işbirliği sağlandı ve sürdürüldü.
- Araştırmayı araştırmacının çalıştığı hastanede yapmış olması veri toplama süreci boyunca polikliniklere gelen hastalara ulaşmayı ve iletişimi kolaylaştırdı.
- Araştırmaya katılan annelerle yüz yüze sohbet edildiği için aklına takılan bebekleri ile ilgili soruları sormaları ve samimi bir ortam oluşmasıdır.
- Hastane yönetimi, hekim, hemşire, ebe, tıbbi sekreter araştırma süresi boyunca araştırmacıyı ve araştırmayı destekledi.

3.10.2. Olumsuz Durumlar

- Hastane ortamında anne- babaların stresli olması, bebeklerin sürekli ağlamaları anket doldurmada aksaklıklara neden oldu.

5.11. Verilerin İstatiksel Analizleri

SPSS 25.0 (License Autorization Wizard) istatistik programı kullanılmıştır. Gruplara göre değişkenlerin sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleri belirlendi. Elde edilen verilerin normallik analizi için Bir Grupta Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi uygulandı. Dağılımları normal olan verilerde, ordinal değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi, iki grup ortalaması arasındaki farkın belirlenmesinde bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grupların ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesinde tek-yönlü ANOVA yöntemleri kullanıldı ve anlamlı farkın bulunduğu durumlarda Tukey HSD yönteminden yararlandı. İstatistik analizde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

6. BULGULAR

Bu bölümde; maternal bağlanmanın bebek sağlığı üzerine etkisini saptamak amacı ile vaka-kontrol türde gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular ve analizleri tablolar halinde sunuldu. Araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklar altında ele alındı:

1. Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin bireysel, gebelik, sağlık özellikleri ve genel sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ile ilgili bulgular.
2. Vajinal yol ve sezaryen ile doğan bebeklerin bireysel ve sağlık özellikleri ile ilgili bulgular.
3. Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin maternal bağlanma özellikleri ve bebek sağlığına etkileri ile ilgili bulgular

6.1.Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin bireysel, gebelik, sağlık özellikleri ve genel sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ile ilgili bulgular

Tablo 6.1. Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin bireysel özelliklerinin dağılımı (N=250)

Bireysel özellikler	Vajinal doğum (n=117)		Sezaryen (n=133)		Toplam (N=250)		x ² p
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
18-23	20	57,1	15	42,9	35	14	x ² =3,388 p=0,495
24-29	44	48,9	46	51,1	90	36	
30-35	40	40,8	58	59,2	98	39,2	
36-41	12	50	12	50	24	9,6	
42-47	1	33,3	2	66,9	3	1,2	
Öğrenim durumu							
İlköğretim mezunu	66	56,9	50	43,1	116	46,4	x ² =10,34 p=0,006
Ortaöğretim mezunu	35	42,2	48	57,8	83	33,2	
Yükseköğretim mezunu	16	31,4	35	68,6	51	20,4	
Evlilik süresi							
1-9 yıl	80	47,7	99	55,3	179	71,6	x ² =1,515 p=0,469
10-18 yıl	32	50,8	31	49,2	63	25,2	
19 yıl ve üzeri	5	62,5	3	37,5	8	3,2	
Mesleği							
Ev hanımı	105	49,1	109	50,9	214	85,6	x ² =3,063 p=0,08
Diğer*	12	33,3	24	66,7	36	14,4	
Sosyal Güvence							
Var	100	45,9	118	54,1	218	87,2	x ² =0,59 p=0,443
Yok	17	53,1	15	46,9	32	12,8	
Aile tipi							
Çekirdek aile	86	43,2	113	56,8	199	79,6	x ² =5,032 p=0,025
Geniş aile	31	60,8	20	39,2	51	20,4	
Ekonomik durumu							
Gelirim giderimden fazla	21	40,4	31	59,6	52	20,8	x ² =1,49 P=0,475
Gelirim giderime eşit	56	46,7	64	53,3	96	48	
Gelirim giderimden az	40	51,3	38	48,7	78	31,2	

Babanın öğrenim durumu							
İlköğretim mezunu	51	58,6	36	41,4	87	34,8	$\chi^2=9,016$ P=0,011
Ortaöğretim mezunu	49	43,8	63	56,3	112	44,8	
Yükseköğretim mezunu	17	33,3	34	66,7	51	20,4	
Babanın mesleği							
Memur	5	26,3	14	73,7	19	7,6	$\chi^2=5,759$ p=0,124
İşçi	77	49,4	79	50,6	156	62,4	
Serbest meslek	26	42,6	35	57,4	61	24,4	
Diğer	9	64,3	5	35,7	14	5,6	
Eşi ile akrabalık bağının bulunma durumu							
Yok	87	43,7	112	56,3	199	79,6	$\chi^2=3,78$ p=0,286
1 kuşak	22	57,9	16	42,1	38	15,2	
2 kuşak	3	60	2	40	5	2	
3 kuşak	5	62,5	3	37,5	8	3,2	
Babanın sağlık sorununun bulunma durumu							
Var	1	25	3	75	4	1,6	$\chi^2=0,776$ p=0,378
Yok	116	47,2	130	52,8	246	98,4	

Tablo 6.1’de araştırmaya katılan annelerin bireysel özellikleri gösterilmektedir. Bu tabloya göre vajinal yolla doğum yapmış annelerin %57,1’inin (n=20) 18–23 yaş, %54,2’sinin (n=12) 36–41 yaş aralığında olduğu; sezaryen yöntemiyle doğum yapmış annelerde ise %51,1’inin (n=46) 24–29, %59,2’sinin (n=58) 30–35 ve %66,9’unun (n=2) 36 – 41 yaş aralığında oldukları ve araştırma kapsamındaki tüm kadınların %39,2’sinin (n=98) 30-35 yaş aralığında bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca yaş yılı yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür ($\chi^2=3.388$; $p>0.05$). Vajinal yolla doğum yapmış annelerin %56,9’i (n=66) ilköğretim mezunu; sezaryen yöntemiyle doğum yapmış annelerin %68,6’sı (n=35) yükseköğretim mezunu oldukları ve öğretim durumu yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu görülmüştür ($\chi^2=10.34$; $p<0,05$). Evlilik süreleri incelendiğinde; vajinal yolla doğum yapanlar ile sezaryen yöntemiyle doğum yapan anneler arasında evlilik süresi yönünden istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür. Vajinal yol ile doğum yapan kadınların %45,9’u (n=100), sezaryen ile doğum yapmış

annelerin %54,1'inin (n=118) ev hanımı olduğu vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür ($x^2=3.063$; $p>0.05$). Vajinal yolla doğum yapan annelerin %45,9'unun (n=100); sezaryen doğum yapan annelerin %54,1'nin (n=118) sosyal güvencelerinin olduğu tespit edilmiştir ($x^2=0.59$; $p>0.05$). Aile tipinde vajinal yolla doğum yapan annelerin %60,8'inin (n=31) geniş aile; sezaryen doğumda %56,8'inin (n=113) çekirdek aile olduğu ve aile tipinde gruplar arasında anlamlı farkın olduğu görülmüştür ($x^2=5.032$; $p<0.05$). Grupların ekonomik durumları incelendiğinde vajinal yolla doğum yapan annelerin %51,3'nün (n=40) gelirlerinin giderlerinden az olduğunu; sezaryen doğumda ise annelerin %59,6'sının (n=31) gelirlerinin giderlerinden fazla, %53,3'nün (n=64) gelirlerinin giderlerine eşit olduğu belirtilmiştir. Ailelerin %48'nin (n=96) gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu ve gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ($x^2=1.49$; $p>0,05$). Babanın eğitim durumları incelendiğinde vajinal yolla doğumda babaların %58,6'sının (n=51); sezaryen doğumda %56,3'nün (n=63) ortaöğretim mezunu oldukları, gruplarda %44,8 (n=112) ile ortaöğretim mezunlarının fazla olduğu ve gruplar arasında anlamlı farkın olduğu görülmüştür ($x^2=9.016$; $p<0.05$). Babaların mesleği açısından vajinal yolla doğumda %64,3'ünün (n=9) diğer meslek grubunda çalıştıkları; sezaryen doğumda %73,7'sinin (n=14) memur, %50,6'sının (n=79) işçi, %57,4'nün (n=26) serbest meslek sahibi oldukları, gruplarda en fazla %62,4'ünün (n=156) ile işçi çalışanların olduğu ve aralarında anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür ($x^2=5.759$; $p>0.05$). Annelerin eşleri ile akrabalık bağları açısından vajinal yolla doğumda %57,9'unun (n=22)'le birinci kuşak, %60'nın (n=3)'le ikinci kuşak %62,5'nin (n=5)'le üçüncü kuşak akrabalık bağının olduğu; sezaryen doğumda %56,3'ünün (n=112) ile akrabalık bağının olmadığı görülmüş ve akrabalık bağı açısından gruplar arasında anlamlı farkın olmadığı tespit edilmiştir ($x^2=5.032$; $p>0.05$). Babanın sağlık sorunu bulunma durumunda vajinal yolla doğumda %47,2'sinin (n=116); sezaryen doğumda %52,8'inin (n=130) sağlık sorunu bulunmadığı, gruplar arasında %98,4'ünün (n=246) sağlık sorunu olmadığını ve gruplar arasında anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür ($x^2=5.032$; $p>0.05$).

Tablo 6.2. Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin yaş ve evlilik süresi özelliklerinin ortalama, standart sapma ve medyan değerlerinin dağılımı.

		N	Ort.	S.S.	Medyan	Min.	Mak.	t p
Yaş	Sezaryen	133	29.82	5.11	30	19	47	-2.248
	Vajinal Doğum	117	28.38	4.97	28	18	43	0.025
Toplam		250	29.15	5.08	29.50	18	47	
Evlilik Süresi	Sezaryen	133	6.76	5.12	5	1	30	t=0.126
	Vajinal Doğum	117	6.89	5.51	5	1	23	p=0.900
Toplam		250	6.82	5.30	5	1	30	

Tablo 6.2’de vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annenin yaşının ve evlilik süresinin tanımlayıcı istatistikleri görülmektedir. Annenin yaş ortalaması vajinal yol ile doğum yapan grupta 28,38 yıl (SS=4,97) iken sezaryen doğumlarda annenin yaş ortalamasının 29,82 (SS=5,11), tüm grupta ise 29,15 (SS=5,08) olduğu saptanmıştır. Her iki grubun yaş yılı ortalaması yönünden farklı olduğu ve sezaryen yol ile doğum yapan grubun yaş ortalamasının vajinal doğum yapan gruptan istatistiksel anlamlılık ile yüksek olduğu saptanmıştır (t=2.248; p<0.05). Evlilik süresi ise vajinal yolla doğum yapan grupta ortalama 6,89 yıl (SS=5,51) iken sezaryen doğum grubunda 6,79 (SS=5,12) yıl olduğu ve evlilik süresi yönünden gruplarda (p>0,05) anlamlı farkın olmadığı görülmüştür.

Tablo 6.3. Vajinal yol ve sezaryen doğum yapan annelerin gebelik özelliklerinin dağılımı (N=250)

Gebelik özellikleri	Vajinal doğum (n=117)		Sezaryen (n=133)		Toplam (N=250)		X ² P
	n	%	n	%	N	%	
Gebelikte sağlık sorununun bulunma durumu							
Evet	14	30,4	32	69,6	46	18,4	6,064
Hayır	103	50,5	101	49,5	204	81,6	0,014
Gebelik sürecinde gelişen sağlık sorunu							
Gestasyonel diyabet	4	18,2	18	81,8	22	47,8	6,49 0,039
Düşük tehdidi	1	14,3	6	85,7	7	15,2	
Hipertansiyon	9	52,9	8	47,1	14	37	
İlk gebelik yaşı							
18 yaş ve altı	11	64,7	6	35,3	17	6,8	13,581 0,004
19-26	89	52	82	48	171	68,4	
27-34	14	26,4	39	73,6	53	21,2	
35 yaş ve üzeri	3	1,2	6	66,7	9	3,6	
Kaçıncı gebelik							
1-3	93	45,6	111	54,4	204	81,6	0,654
4-7	24	52,2	22	47,8	46	18,4	0,419
Yaşayan çocuk sayısı							
1-3	104	46	122	54	226	90,4	0,579
4-7	13	54,2	11	45,8	24	9,6	0,447
Kürtaj							
Var	6	31,6	13	68,4	19	7,6	1,913
Yok	111	48,1	120	51,9	231	92,4	0,167
Düşük							
Var	23	46	27	54	50	20	0,016
Yok	94	47	106	53	200	80	0,899
Gebelik döneminde kontrole gitme durumu							
Düzenli	95	44,8	117	55,2	212	84,8	2,215
Kısmen	22	57,9	16	42,1	38	15,2	0,137
Gebeliğin planlı olma durumu							
Planlı	84	44,9	103	55,1	187	74,8	2,173 0,337
Plansız	33	53,2	29	46,8	62	24,8	
İstenmeyen	0	0	1	100	1	0,4	

Bebek bakımı deneyiminin bulunma durumu							
Evet ¹	69	45,4	83	54,6	152	60,8	0,082
Hayır	48	49	50	51	98	39,2	0,774
Bebek bakımında destek alma durumu							
Evet ²	35	49,3	36	50,7	71	28,4	0,248
Hayır	82	45,8	97	54,2	179	71,6	0,618
Bebek bakım isteği							
Evet	106	45,1	129	54,9	235	94	4,512
Hayır	11	73,3	4	26,7	15	6	0,034
Bebek bakımı konusunda eğitim alma durumu							
Evet	28	52,8	25	47,2	53	21,2	0,855
Hayır	89	45,2	108	54,8	197	78,8	0,355
Hangi kaynaklardan eğitim alındı							
Hemşire	20	62,5	12	37,5	32	12,8	
Aile büyükleri	13	68,4	6	61,6	19	7,6	0,358
Kitap, dergi, gazete	10	40	15	60	25	10	0,512
Gebe okulu	4	50	4	50	8	3,2	

¹ Diğer çocuklar, mesleki eğitimler

² Aile büyükleri

Tablo 6.3’de araştırmaya katılan annelerin gebelik özellikleri gösterilmektedir. Bu tabloya göre vajinal yolla doğum yapan annelerin %50,5’sinin (n=103) gebelik süresince gelişen sağlık sorunu bulunmadığını; sezaryende %69,6’sının (n=32) gebelik süresince gelişen sağlık sorunu bulunduğunu ve gebelik süresince gelişen sağlık sorunları yönünden vajinal yol ve sezaryen yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu görülmüştür ($\chi^2=6.064$; $p<0,05$). Gebelik süresince gelişen sağlık sorunları incelendiğinde vajinal yolla doğumda %52,9’unun (n=9) Hipertansiyon; sezaryen doğumda %81,8’inin (n=18) Gestasyonel Diyabet, %85,7’sinin (n=6) Düşük tehdidiyle karşılaştıkları ve gebelik süresince gelişen sağlık sorunları yönünden vajinal yol ve sezaryen grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu görülmüştür ($\chi^2=6.49$; $p<0,05$). İlk gebelik yaşlarında vajinal yolla doğum yapan annelerde %64,7’sinin (n=11) 18 yaş ve altı, %52’sinin (n=89) ile 19 – 26 yaş aralığı; sezaryende %75’inin (n=39), 27–34, %66,7’sinin (n=6) 35 yaş ve üzerinde oldukları ve ilk gebelik yaşında vajinal doğum ve sezaryen grupları arasında anlamlı farkın olduğu görülmüştür ($\chi^2=13.581$; $p<0,05$). Gebelik sayısı yönünden vajinal yolla doğumda %52,2’sinin (n=24) 4–7 gebelik; sezaryende

%53,9'unun (n=110) 1-3 gebelik sayısı olduğu ve gebelik sayısı bakımında gruplar arasında anlamlı farkın olmadığı görülmüştür ($x^2=0.654$; $p>0.05$). Yaşayan çocuk sayısı bakımından vajinal yolla doğumda %54,2'sinin (n=13) 4-7; sezaryende %54'ünün (n=122) 1-3 yaşayan çocuk olduğu ve yaşayan çocuk sayısı yönünden vajinal yolla doğumda ve sezaryen yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür ($x^2=0.579$; $p>0.05$). Kürtaj sayısı bakımından vajinal yolla doğumda %48,1'inin (n=111); sezaryende %51,9'unun (n=120) kürtaj olmadıkları ve kürtaj sayısı yönünden vajinal yol ve sezaryen yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür ($x^2=1.913$; $p>0.05$). Düşük sayısı bakımından vajinal yolla doğumda %47'sinin (n=94); sezaryen de %53'ünün (n=106) düşük yapmadıkları, sezaryende %54'ünün (n=27) düşük yaptıkları ve düşük sayısı yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür ($x^2=0.016$; $p>0.05$). Gebelik döneminde kontrollere gitme durumunda vajinal yolla doğumda %57,9'unun (n=22) kısmen gittiklerini; sezaryende %55,2'sinin (n=117) düzenli olarak gittiklerini ve gebelik süresince düzenli kontrollere gitme yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür ($x^2=2.215$; $p>0.05$). Gebeliğin planlı olma yönünden vajinal yolla doğumda %53,2'sinin (n=33) plansız; sezaryende %55,1'inin (n=103) planlı, %100 'ünün (n=1) istenmeyen gebelik olduğu ve gebeliğin planlı olma yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür ($x^2=2.173$; $p>0.05$). Bebek bakımında deneyimin bulunma durumunda vajinal yolla doğumda %45,4'ünün (n=69); sezaryende %54,6'sının (n=83) deneyimlerinin bulunduğu ve bebek bakım deneyimi yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür ($x^2=0.082$; $p>0.05$). Bebek bakımında destek alma durumunda vajinal yolla doğumda %49,3'ünün (n=35); sezaryende %50,7'sinin (n=36) destek aldıklarını ve bebek bakım destek alma yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür ($x^2=0.248$; $p>0.05$). Bebek bakım isteği durumunda vajinal yolla doğumda %73,3'ünün (n=11) hayır cevabı verdikleri; sezaryende %54,7'sinin (n=128) evet dedikleri ve bebek bakım isteği yönünden vajinal yol ve sezaryen ile

doğum yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu görülmüştür ($\chi^2=4.512$; $p<0.05$). Bebek bakımı konusu bakımından eğitim alma durumunda vajinal yolla doğumda %52,8'inin (n=28) evet derken; sezaryende %54,8'inin (n=108) hayır dedikleri ve bebek bakım konusunda eğitim alma yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür ($\chi^2=0.855$; $p>0.05$). Hangi kaynaklardan eğitim alındığı incelendiğinde vajinal yolla doğum yapan annelerin %62,5'sinin (n=20) hemşirelerden, %68,4'ünün (n=13) aile büyüklerinden; sezaryen ile doğum yapan annelerin %60'ının (n=15) kitap/dergi/gazeteden eğitim aldıkları ve eğitim alınan kaynaklar yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı tespit edilmiştir ($\chi^2=0.358$; $p>0.05$).

Tablo 6.4. Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin ilk gebelik yaşı, kaçınıcı gebeliği ve yaşayan çocuk sayısı özelliklerinin ortalama, standart sapma ve medyan değerlerinin dağılımı (N=250)

		N	Ort.	S.S.	Medyan	Min.	Mak.	t p
İlk Gebelik Yaşı	Sezaryen	133	25.32	4.86	25	15	43	-4.006 0.00
	Vajinal Doğum	117	23.12	3.95	23	15	36	
Toplam		250	24.27	3.92	24	15	43	
Gebelik Sayısı	Sezaryen	133	2.22	1.29	2	1	6	1.132 0.259
	Vajinal Doğum	117	2.41	1.39	2	1	7	
Toplam		250	2.31	1.34	1	1	7	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Sezaryen	133	1.89	0.99	2	1	5	1.238 0.217
	Vajinal Doğum	117	2.05	1.10	2	1	5	
Toplam		250	1.96	1.04	2	1	5	

Tablo 6.4'de vajinal yol ve sezaryen ile yapılan doğumlarda annenin ilk gebelik yaşının, gebelik sayısının ve yaşayan çocuk sayısının ortalama, standart sapma ve medyan değerleri görülmektedir. İlk gebelik yaşının vajinal doğumda ortalaması 23,02 (SS=3,95) iken sezaryen doğumlarda annenin ilk gebelik yaşının ortalaması 25,38 (SS=4,86) olduğu ve annenin ilk gebelik yaşları kıyaslandığında

vajinal doğum ve sezaryen anlamlı farklılaşmanın olduğu görülmüştür ($p<0.05$). İlk gebelik yaşı ortalaması göz önüne alındığında sezaryen doğumda ilk gebelik yaşı ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gebelik sayısı vajinal doğum ortalaması 2,41 (SS=1.39) iken sezaryende ortalamanın 2,22 (SS=1.29) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farkın olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Yaşayan çocuk sayısı bakımında vajinal yolla doğumda ortalama 2,05 (SS=1.10), sezaryende ise 1,89 (SS=0.99) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).



Tablo 6.5. Vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapan annelerin sağlık özelliklerinin dağılımı (N=250)

Sağlık özellikleri	Vajinal Doğum (n=117)		Sezaryen (n=133)		Toplam (N=250)		X ² p
	n	%	n	%	N	%	
Kronik sağlık sorununun bulunma durumu							
Evet	5	35,7	9	64,3	14	5,6	0,732
Hayır	112	47,5	124	52,5	236	94,4	0,392
Kronik sağlık sorunu							
Hipertansiyon	0	0	3	100	3	21,4	8,333 0,304
Diabet	0	0	1	100	1	7,1	
Diğer *	5	50	5	50	10	71,4	
Sürekli ilaç kullanma durumu							
Evet	6	42,9	8	57,1	14	5,6	0,093
Hayır	111	47	125	53	236	94,4	0,761
Sigara kullanma durumu							
Hiç kullanmadı	99	47,8	108	52,2	207	82,8	0,584 0,747
Bıraktı	3	37,5	5	62,5	8	3,2	
Halen içiyor	15	42,9	20	57,1	35	14	
Sigarayı bıraktı ise							
<i>Ne kadar süre önce bıraktı</i>							
6-9 ay	0	0	1	100	1	12,5	2,831 0,243
10-13 ay	2	33,4	4	66,6	6	75	
14 ay ve üzeri	1	100	0	0	1	12,5	
<i>Sigarayı kaç yıl içtiniz</i>							
1-5 yıl	2	50	2	50	4	57,1	2,289
6-10 yıl	1	33,3	2	66,7	3	42,9	0,318
<i>Bırakmadan önce günde kaç adet içtiniz</i>							
1-5 adet/güm	1	50	1	50	2	28,6	0,196 0,658
6-10 adet/gün	1	25	3	75	4	57,1	
11 adet/gün ve üzeri	1	100	0	0	1	14,3	
Halen içiyor ise							
<i>Kaç yıldır sigara içiyorsunuz</i>							
1-5	3	37,5	5	62,5	8	22,8	0,666 0,881
6-10	9	45	11	55	20	57,1	
11-15	1	50	1	50	2	5,71	
16 yıl ve üzeri	2	40	3	60	5	14,2	

Günde kaç adet içiyorsunuz

1-5 adet/gün	12	50	12	50	24	68,5	
6-10 adet/gün	2	22,2	7	77,8	9	25,7	1,921
11 adet/gün ve üzeri	1	50	1	50	2	5,8	0,383

Tablo 6.5’de araştırmaya katılan annelerin sağlık özellikleri gösterilmektedir. Bu tablodan anlaşılacağı üzere kronik sağlık sorunu bulunma durumunun vajinal yolla doğumda %47,5 (n=112)) oranla ve sezaryenle doğumda %52,5 (n=124) oranla bulunmadığı ve kronik sağlık sorunu bulunma yönünden vajinal yol ve sezaryen yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı tespit edilmiştir ($x^2=0.732$; $p>0,05$). Sürekli ilaç kullanımında vajinal yolla doğumda annelerin %47’sinin (n=111) hayır; sezaryende %53’ünün (n=125) hayır dedikleri, sezaryenle doğumda %57.1 ile (n=8) sürekli ilaç kullanımının daha fazla olduğu ve sürekli ilaç kullanma yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür ($x^2=0.093$; $p>0,05$). Sigara kullanma durumunda vajinal yolla doğumda annelerin %47,8’inin (n=99) hiç kullanmadığını, %37,5’inin (n=3) bıraktığını, %42,9’unun (n=15) halen içmeye devam ettiklerini; sezaryen ile doğumda %51,7’sinin (n=107) hiç kullanmadıklarını, %62.5’sinin (n=5) bıraktığını, %57.1’sinin (n=20) içmeye devam ettiklerini ve sigara kullanma yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür ($x^2=0.584$; $p>0,05$). Gruplar içerisinde sigaranın bırakılma yönünden %75’inin (n=6) doğumdan 10–13 ay öncesinde bıraktıkları, bırakmadan önce en fazla %57,1’sinin (n=4) 6–10 adet/gün arasında içtikleri, gruplar arasında en fazla sigara bırakma oranının (n=5) sezaryende olduğu görülmüştür. Halen içenlerde %57,1’inin (n=20) 6–10 yıldır sigara içtikleri, %68,5’inin (n=24) 1–5 adet/gün içtikleri, sigara kullanma süresi bakımında (n=20) ve kullanılan günlük sigara adedi (n=7) bakımında en fazla sezaryen grubunda olduğu görülmüştür. Sigara bırakma ve halen içme durumları yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında anlamlı farkın bulunmadığı anlaşılmıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.6. Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin sigara kullanma özelliklerinin ortalama, standart sapma ve medyan değerlerinin dağılımı. (N=250)

		N	Ort.	S.S.	Medyan	Min.	Mak.	t p
Doğum Öncesi Sigara Kullanma (Yıl)	Sezaryen Vajinal Doğum	5	6.75	3.30	7	3	10	- 0.973 0.38
Toplam		8	5.71	3.25	5	2	10	
Doğum Öncesi Sigarayı Bırakma Süresi (Ay)	Sezaryen Vajinal Doğum	5	9.25	2.5	9.5	6	12	- 3.734 0.014
Toplam		8	6.29	4.31	6	1	12	
Halen Sigara İçenler (Yıl)	Sezaryen Vajinal Doğum	20	10.05	6.30	10	3	30	- 0.058 0.953
Toplam		35	10	5.88	10.00	3	30	

Tablo 6.6’da vajinal yol ve sezaryen ile yapılan doğumlarda annenin sigara kullanma, bırakma ve halen içme genel istatistikleri görülmektedir. Doğum öncesi sigara kullanmada vajinal yolla doğumda ortalama 4,33 (SS=3,215) yıl iken sezaryende ortalama 6,75 (SS=3,304) yıl olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Doğum öncesi sigarayı bırakan annelerin vajinal doğumda sigarayı bırakma ortalaması 2,33 (SS=2.309) ay iken sezaryen doğumlarda sigarayı bırakma ortalaması 9,25 (SS=2,5) ay ve annenin doğum öncesi sigarayı bırakma durumu için vajinal doğum ve sezaryen de anlamlı farklılaşmanın olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Halen içme bakımından vajinal yolla doğumda ortalama 9,93 (SS=5,47) yıl iken sezaryen de 10,05 (SS=10,05) yıl olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 6.7. Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin EuroQol 5D sağlığı değerlendirme anketi puanlarının ortalama, standart sapma ve medyan değerlerinin dağılımı. (N=250)

		N	Ort.	S.S.	Median	Min.	Mak.	t p
EuroQol 5D Skor	Sezaryen	133	0.87	0.13	0.88	0.35	1	2.578 0.01
	Vajinal Doğum	117	0.91	0.13	1	0.23	1	
Toplam		250	0.89	0.13	1	0.23	1	
EuroQol_{VAS}	Sezaryen	133	74.69	17.5	80	20	100	0.415 0.679
	Vajinal Doğum	117	75.63	17.33	70	20	100	
Toplam		250	74.98	17.20	70.00	20	100	

Tablo 6.7’de vajinal yol ve sezaryen ile yapılan doğumlarda EuroQol 5D skoru genel istatistikleri görülmektedir. Vajinal doğumda EuroQol 5D Skor ortalaması 0,91 (SS=0.13) iken sezaryen de 0,87 (SS=0.13) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olduğu görülmüştür ($p<0.05$). EuroQol Vas skoru vajinal yolla doğumda ortalama 75,63 (SS=17.33) iken sezaryen de %74,69 (SS=17.5) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

6.2.Vajinal yol ve sezaryen ile doğan bebeklerin bireysel ve sağlık özellikleri ile ilgili bulgular.

Tablo 6.8. Vajinal yol ve sezaryen ile doğan bebeklerin genel sağlık özelliklerinin dağılımı. (N=250)

Bebeklerin genel sağlık özellikleri	Vajinal Doğum (n=117)		Sezaryen (n=133)		Toplam (N=250)		X ² p
	n	%	n	%	N	%	
Gestasyon yaşı							
37-39	38	26	108	74	146	58,4	60,825 0,00
40-42	79	76	25	24	104	41,6	
Cinsiyeti							
Kız	64	46,7	73	53,3	137	54,8	0,001 0,976
Erkek	53	46,9	60	53,1	113	45,2	
Doğum ağırlığı							
2.5kg altı	4	26,7	11	73,3	15	6	2,620 0,270
2.5 kg-4.0kg	106	48	115	52	221	88,4	
4.0kg üstü	7	50	7	50	14	5,6	
Doğum Boyu							
46 cm ve altı	1	14,3	6	85,7	7	2,8	3,902 0,142
46.01-54 cm	115	48,1	124	51,9	239	95,6	
54,01 cm ve üstü	1	25	3	75	4	1,6	
Doğum baş çevresi							
33cm ve altı	6	40	9	60	15	6	0,303 0,860
33.01cm ve 37 cm	110	47,2	123	52,8	233	93,2	
37.01cm ve üstü	1	50	1	50	2	0,8	
Birinci aydaki ağırlığı persantili							
24 ve altı	19	38	31	62	50	20	5,562 0,062
25-75	82	52,6	74	47,4	156	62,4	
76 ve üstü	16	36,4	28	63,6	44	17,6	
Birinci aydaki boy persantili							
24 ve altı	16	42,1	22	57,9	38	15,2	1,308 0,52
25-75	76	49,7	77	50,3	153	61,2	
76 ve üstü	25	42,4	34	57,6	59	23,6	
Birinci aydaki baş persantili							
24 ve altı	79	49,7	80	50,3	159	63,6	1,746 0,418
25-75	35	42,7	47	57,3	82	32,8	
76 ve üstü	3	33,3	6	66,7	9	3,6	

Bebeğin beslenme içeriği							
Anne sütü	117	46,9	132	53,1	249	67,8	0,399
Mama	27	22,8	91	77,2	118	32,2	
Düzenli kontrol							
Evet	111	45,9	131	54,1	242	96,8	2,640
Hayır	6	75	2	25	8	3,2	0,104
Emzirilme sıklığı							
Her istediğinde	78	45,9	92	54,1	170	68	0,749
Her ağladığında	27	50	27	50	54	21,6	
İki saat aralıklarla	8	42,1	11	57,9	19	7,6	0,862
Diğer	4	57,1	3	42,9	7	2,8	
Uyku							
8-11 saat arası	5	41,7	7	58,3	12	4,8	3,298
12-15 saat arası	38	40	57	60	95	38	0,192
16-19 saat arası	74	51,7	69	48,3	143	57,2	
Emzik kullanma							
Hayır	78	48,4	83	51,6	161	64,4	0,493
Evet	39	43,8	50	56,2	89	35,6	0,483
Banyo yapma sıklığı							
Her gün	27	43,5	35	56,5	62	24,9	6,00
Günaşırı	51	42,9	68	57,1	119	47,8	
Haftada bir	19	47,5	21	52,5	40	16,1	0,112
Haftada 2	19	67,9	9	32,1	28	11,2	
Masaj							
Her zaman	19	46,3	22	53,7	41	16,4	2,416
Sık sık	25	53,2	22	46,8	47	18,8	
Bazen	63	43,4	82	56,6	145	58	0,491
Hiçbir zaman	10	58,8	7	41,2	17	6,8	

Tablo 6.8’de araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin sağlık özellikleri gösterilmektedir. Bu tabloya göre vajinal yolla doğum yapmış annelerin %76’sının (n=79) 40 – 42 hafta aralarında; sezaryende %74’ünün (n=108) 37 – 39 hafta aralığında daha fazla oldukları, gestasyon yaşı yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında anlamlı farkın bulunduğu görüldü ($\chi^2=60.825$; $p<0.05$). Bebeğin cinsiyetinde vajinal yolla doğumda %46.7’sinin (n=64)’le kız, %46.9’unun (n=53)’le erkek; sezaryen de %53.3’ünün (n=73)’le kız, %53.1’inin (n=60)’le erkek olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü

($x^2=0.001$; $p>0.05$). Doğum ağırlığı vajinal yolla doğumda en fazla %48'inin (n=106)'le aralığında; sezaryen doğumda en fazla %52'sinin (n=115)'le 2.5 – 4.0 kg, %73.3'ünün (n=11)'le 2.5 kg ve altı bebek doğumlarının olduğu ve gruplar arasında anlamlı farkın olmadığı görüldü ($x^2=2.6$; $p>0.05$). Doğum boyunda vajinal yolla doğumda en fazla %48.1'inin (n=115)'le 46.01 – 54 cm aralığında; sezaryen de en fazla %51.9'unun (n=124)'la 46.01 – 54 cm aralığı, %85.72'sinin (n=6)'le 46 cm ve altı, %75'inin (n=3)'le 54.01 cm ve üstünde olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($x^2=3.902$; $p>0.05$). Doğum baş çevresinde vajinal yolla doğumda en fazla %47.2'sinin (n=110)'le 33.01 – 37 cm aralığında; sezaryen de en fazla %60'ının (n=9)'la 33 cm ve altı aralığında olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($x^2=0.303$; $p>0.05$). Birinci aydaki vücut ağırlığı persantilinde vajinal yolla doğumda en fazla %52.6'sının (n=82)'le %25-%75 aralığında; sezaryen de en fazla %63.6'sının (n=28) %76 ve üstü aralığında olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($x^2=5.562$; $p>0.05$). Birinci aydaki boy persantilinde vajinal yolla doğumda en fazla %49.7 (n=76)'le %25 - %75 aralığında; sezaryende %57.9'unda (n=22) %24 ve altı ve üstü aralıklarında olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($x^2=1.308$; $p>0.05$). Birinci aydaki baş persantilinde vajinal yolla doğumda en fazla %49.7'sinde (n=79)'le %24 ve altı; sezaryen de en fazla %66.7'sinde (n=6)'le %76 ve üstü aralıklarında olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($x^2=1.746$; $p>0.05$). Bebeğin beslenme içeriği bakımından vajinal yolla doğumda en fazla %46.9'unun (n=117)'la anne sütü; sezaryen de en fazla %77.2'sinin (n=91)'le mama'nın olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$). Düzenli olarak kontrole gitmede vajinal yolla doğumda en fazla %75'inin (n=6)'le hayır; sezaryen de %54.1'inin (n=131)'le evet dedikleri ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($x^2=2.64$; $p>0.05$). Emzirilme sıklığında vajinal yolla doğumda en fazla %57.1'inin (n=4)'le diğer; sezaryen de en fazla %57.9'unun (n=11)'le iki saat aralıklarla olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($x^2=0.749$; $p>0.05$). Uyku bakımında vajinal yolla doğumda en fazla %51.7'sinin (n=74)'le 16 – 19 saat aralığı; sezaryen de en fazla %60'ının (n=57)'la 12 – 15 saat aralıklarında olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($x^2=3.298$; $p>0.05$). Emzik

kullanma bakımında vajinal yolla doğumda en fazla %48.4'ünün (n=78)'le hayır; sezaryen de en fazla %56.2'sinin (n=50) evet dedikleri ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($\chi^2=0.493$; $p>0.05$). Banyo yapma sıklığı bakımından vajinal yolla doğumda en fazla %67.9'unun (n=19)'la haftada iki; sezaryen de en fazla %57.1'inin (n=68) gūnaşırı olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($\chi^2=6$; $p>0.05$). Masaj yapma bakımından vajinal yolla doğumda en fazla %58.8'inin (n=10) hiçbir zaman; sezaryen de en fazla %56.6'sının (n=82)'la bazen olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($\chi^2=2.416$; $p>0.05$).

Tablo 6.9. Vajinal yol ve sezaryen ile doğan bebeklerin gestasyon yaşı, doğum ağırlığı, doğum boyu ve doğum baş çevresi özelliklerinin ortalama, standart sapma ve medyan değerlerinin dağılımı (N=250)

		N	Ort.	S.S.	Medyan	Min.	Mak.	t p
Gestasyon Yaşı (Hafta)	Sezaryen	133	38.68	1.203	39	37	42	6.876
	Vajinal Doğum	117	39.75	1.257	40	37	42	
Toplam		250	39.18	1.338	39	37	42	
Doğum Ağırlığı (gr)	Sezaryen	133	3323	537	3365	2000	4700	0.029
	Vajinal Doğum	117	3325	434.5	3320	2000	4436	
Toplam		250	3324	490.7	3355	2000	4700	
Doğum Boyu (cm)	Sezaryen	133	50.2	2.21	50	45	56	1.635
	Vajinal Doğum	117	50.6	1.95	50	46	55	
Toplam		250	50.4	2.1	50	45	56	
Doğumdaki Baş Çevresi (cm)	Sezaryen	133	34.96	1.29	35	32	40	1.142
	Vajinal Doğum	117	34.78	1.17	34	31.5	38	
Toplam		250	34.87	1.24	35	31.5	38	
Birinci Aydaki Ağırlığı (gr)	Sezaryen	133	4404	676.82	4500	3000	6500	0.515
	Vajinal Doğum	117	4365	511.23	4300	3250	6520	
Toplam		250	4386	604.14	4500	3000	6520	
Birinci Aydaki Boyu (cm)	Sezaryen	133	53.8	2.35	54	48	60.5	1.212
	Vajinal Doğum	117	54.1	2.24	54	50	60	
Toplam		250	53.96	2.30	54	48	60.5	
Birinci Aydaki Baş Çevresi (cm)	Sezaryen	133	37.22	1.40	37	34	41	1.523
	Vajinal Doğum	117	36.93	1.58	37	27	50	
Toplam		250	37.10	1.50	37	27	41	

Tablo 6.9'de vajinal yol ve sezaryen ile yapılan doğumlarda gestasyon yaşı,

doğum ağırlığı, doğum boyu ve doğumdaki baş çevresi genel istatistikleri görülmektedir. Vajinal doğumda gestasyon yaşı ortalaması 39.75 hafta (SS=1.257) iken sezaryen doğumlarda gestasyon yaşı ortalaması 38.68 hafta (SS=1.203) olduğu ve gestasyon yaşı vajinal doğum ve sezaryen de anlamlı farklılaşmanın olduğu görüldü ($p<0.05$). Doğum ağırlığında vajinal yolla doğumda ortalama 3325 kg (SS=434.5) iken sezaryen de ortalama 3323 kg (SS=537) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$). Doğum boyunda vajinal yolla doğumda ortalama 50.6 cm (SS=1.95) iken sezaryen de ortalama 50.2 (SS=2.21) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$). Doğumdaki baş çevresinde vajinal yolla doğum da ortalama 34.78 cm (SS=1.17) iken sezaryen de ortalama 34.96 cm (SS=1.29) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$). Birinci aydaki ağırlığında vajinal yol ile doğumda ortalama 4365 kg (SS=511.23) iken sezaryende ortalama 4404 kg (SS=676.82) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$). Birinci aydaki boyunda vajinal yol ile doğumda ortalama 54.1 cm (SS=2.24) iken sezaryende ortalama 53.8 cm (SS=2.35) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$). Birinci aydaki baş çevresinde vajinal yol ile doğumda ortalama 36.93 cm (SS=1.58) iken sezaryen de ortalama 37.22 cm (SS=1.40) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$).

Tablo 6.10. Vajinal yol ve sezaryen ile doğan bebeklerin doğumdan sonra ilk emzirilme zamanı ve uyku süresi özelliklerinin ortalama, standart sapma ve medyan değerlerinin dağılımı (N=250).

		N	Ort.	S.S.	Medyan	Min.	Mak.	t p
İlk emzirilme zamanı (dk)	Sezaryen	133	59.59	20.62	60	10	120	29.77 0.00
	Vajinal Doğum	117	29.66	17.12	30	5	120	
Toplam		250	45.58	24.20	45	5	120	
Uyku Süresi (saat)	Sezaryen	133	15.39	2.782	16	9	20	0.494 0.692
	Vajinal Doğum	117	15.56	2.448	16	8	20	
Toplam		250	15,47	2,615	16	8.5	20	

Tablo 6.10’da vajinal yol ve sezaryen ile doğumdan sonra ilk emzirilme süreleri genel istatistikleri verilmektedir. İlk emzirilme süresi vajinal yol ile doğumda ortalama 29.66 dk (SS=17.12) iken sezaryende ortalama 59.59 dk (SS=20.62) olduğu görüldü. Vajinal doğumun medyanı 30 dakika iken sezaryen doğumun medyanı 60 dakikadır. İlk emzirilme süresinde bebeğin doğum şekli bakımından anlamlı farklılaşmanın olduğu görüldü ($p<0.05$). Uyku süresinde vajinal yol ile doğumda ortalama 15.56 saat (SS=2.44) iken sezaryende ortalama 15.39 saat (SS=2.78) olduğu ve uyku süresinde bakımından bebeklerin doğum şekli bakımından anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$).

6.3.Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin maternal bağlanma özellikleri ve bebek sağlığına etkileri ile ilgili bulgular.

Tablo 6.11. Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan annelerin maternal bağlanma ölçeği puan ortalama, standart sapma ve medyan değerlerinin dağılımı (N=250).

		N	Ort.	S.S.	Median	Min.	Mak.	t p
MBÖ*	Sezaryen	133	86.86	13.63	89	50	104	-0.161
	Vajinal Doğum	117	86.58	14.15	88	52	104	0.872
Toplam		250	86.73	13.85	88	50	104	

* Maternal Bağlanma Ölçeği

Tablo 6.11’de görüldüğü vajinal yolla ve sezaryen ile doğumda Maternal Bağlanma Ölçeğinin genel istatistikleri verilmektedir. Maternal bağlanma puanında vajinal yol ile doğumda ortalama puan 86.58 (SS=14.15) iken sezaryen de ortalama puan 86.86 (SS=13.63) olduğu ve maternal bağlanma ölçeği puanında bebeklerin doğum şekli bakımından anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$).

Tablo 6.12. Vajinal yol ve sezaryen ile doğan bebeklerin sağlık özelliklerinin maternal bağlanma ölçeği puanlarına göre dağılımı (N=250).

	Vajinal Doğum (n=117) MBÖ		Sezaryen (n=133) MBÖ		Toplam (N=250) MBÖ	
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS
Gestasyon yaşı						
37-39	88,55	14,275	86,78	13,308	87,24	13,539
40-42	85,63	14,085	87,24	15,230	86,02	14,309
	t=1,045 p=0,302		t=-0,152 p=0,879		t=0,686 p=0,493	
Cinsiyeti						
Kız	86,00	13,551	84,88	13,31	85,40	13,386
Erkek	87,28	14,947	89,28	13,73	88,35	14,284
	t=-0,487 p=0,628		t=-1,873 p=0,630		t=-1,679 p=0,094	
Doğum ağırlığı						
2.50 kg ve altı	89,00	9,899	80,18	18,06	82,53	16,44
2.51 kg - 4.0 kg	86,11	14,503	87,14	12,944	86,65	13,692
4.01 kg ve üzeri	92,29	9,81	92,86	15,323	92,57	12,364
	F=0,681 p=0,508		F=2,054 p=0,132		F=1,953 p=0,144	
Doğum Boyu						
46 cm ve altı	79	-	74,67	18,544	75,29	17,007
46.01cm – 54,00 cm	86,71	14,24	87,14	13,185	86,93	13,675
54,01 cm ve üstü	79	-	100	-	94,75	10,50
	F=0,288 p=0,750		F=3,994 p=0,021		F=3,139 p=0,45	
Doğum baş çevresi						
33.00 cm ve altı	85	17,309	75,67	14,151	79,4	15,615
33.01 cm – 37 cm	86,71	14,109	87,58	13,292	87,17	13,661
37.01 cm ve üstü	82	-	100	-	91	12,728
	F=0,093 p=0,911		F=3,827 p=0,240		F=2,337 p=0,099	
Birinci aydaki vücut ağırlığı persentili						
24 ve altı	84,95	15,393	84,87	15,786	84,90	15,479
25 – 75	86,22	14,154	87,31	12,196	86,74	13,23
76 ve üstü	90,38	12,780	87,89	14,933	88,8	14,087
	F=0,725 p=0,487		F=0,447 p=0,647		F=0,925 p=0,398	

Bebeğin beslenme içeriği

Anne sütü	86,43	14,12	86,86	13,63	86,66	13,834
Mama	87,44	14,171	86,11	14,257	87,35	13,739
		t=-1,234		t=-0,464		t=-1,184
		p=0,219		p=0,644		p=0,238

Düzenli kontrole gitme

Evet	86,63	14,03	86,89	13,733	86,77	13,842
Hayır	85,67	17,739	85,50	0,707	85,63	14,995
		t=-0,162		t=-1,066		t=-0,229
		p=0,872		p=0,293		p=0,819

Emzirilme sıklığı

Her istediğinde	87,5	14,147	87,5	13,424	87,5	13,72
Her ağladığında	83,44	13,06	83,7	13,358	83,57	13,085
İki saat aralıklarla	94,38	10,88	91	16,625	92,42	14,233
		F=2,463		F=1,097		F=3,428
		p=0,066		p=0,353		p=0,180

Uyku süresi

8 – 11 saat	91,8	13,682	96,57	5,503	94,58	9,52
12 – 15 saat	86,68	11,69	86,6	13,575	86,63	12,79
16 – 19 saat	86,18	15,385	86,1	13,994	86,14	14,679
		F=0,367		F=1,921		F=2,079
		p=0,693		p=0,151		p=0,127

Emzik kullanma

Hayır	88,12	14,08	87,61	13,724	87,86	13,857
Evet	83,51	13,97	85,62	13,516	84,70	13,678
		t=1,671		t=0,876		t=1,735
		p=0,970		p=0,416		p=0,084

Banyo yapma sıklığı

Her gün	85,63	13,644	89,17	15,968	87,63	14,987
Günaşırı	88,78	14,541	87,81	11,89	88,23	13,043
Haftada bir	80,47	12,984	82,76	14,919	81,68	13,903
Haftada iki	87,42	14,163	80,33	10,863	85,14	13,418
		F=1,68		F=1,798		F=2,492
		p=0,175		p=0,151		p=0,061

Masaj yapılma sıklığı

Her zaman	95,74	11,57	91,86	14,403	93,66	13,152
Sık sık	90,52	10,779	87,64	14,245	89,17	12,464
Bazen	83,27	14,511	84,96	13,174	84,23	13,748
Hiçbir zaman	80,20	14,536	91	12,014	84,65	14,248

F=5,754 p=0,001	F=1,788 p=0,153	F=5,948 p=0,001
--------------------	--------------------	--------------------

Tablo 6.12’de grupların sağlık özellikleri toplam maternal puanı baz alınarak incelenmiştir. Buna göre bebek cinsiyeti gözetmeksizin vajinal doğumda gestasyon yaşı maternal bağlanma puanının, 37 – 39 haftalar için ortalama 88.55 (SS=14.275), 40 – 42 haftalar için ortalama 85.63 (SS=14.085) olduğu görüldü. Sezaryen doğumda gestasyon yaşı maternal bağlanma puanının, 37 – 39 haftalarda ortalama 86.78 (SS=13.308) ve 40 – 42 haftalarda ortalama 87.24 (SS=15.23) olduğu görüldü. Bebeğin doğum şekli bakımından (N=250) maternal bağlanma puanı gestasyon yaşı 37 – 39 hafta olanlarda ortalama 87.24 (SS=13.539), 40 – 42 hafta olanlarda ortalama 86.02 (SS=14.309) olduğu ve gruplar arasında maternal bağlanma puanının gestasyon yaşına göre anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$). Cinsiyet bakımında maternal bağlanma puanı, vajinal yol ile doğumda kız bebeklerde ortalama 86 (SS=13.551), erkek bebeklerde ortalama 87.28 (SS=14.947); sezaryende kız bebeklerde ortalama 84.88 (SS=13.312) ve erkek bebeklerde ortalama 89.28 (SS=13.73) olduğu görüldü. Bebeğin doğum şekli bakımından (N=250) maternal bağlanma puanı kız bebeklerde ortalama 85.4 (SS=13.386), erkek bebeklerde ortalama 88.35 (SS=14.284) olduğu ve gruplar arasında maternal bağlanma puanlarında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0,05$). Doğum ağırlığında maternal bağlanma puanı, vajinal yol ile doğumda 2.5 kg ve altında ortalama 89 (SS=9.899), 2.51 kg – 4.0 kg aralığında ortalama 86.11 (SS=14.503), 4.01 kg ve üstünde ortalama 92.29 (SS=9.8); sezaryen yollu doğumda 2.5 kg ve altında ortalama 80.18 (SS=18.06), 2.51 kg – 4.0 kg aralığında ortalama 87.14 (SS=12.944), 4.01 kg ve üstünde ortalama 92.86 (SS=15.323) olduğu görüldü. Bebeğin doğum şekli bakımından (N=250) maternal bağlanma puanı 2.5 kg ve altında ortalama 82.53 (SS=16.44), 2.51 kg – 4.0 Kg aralığında ortalama 86.65 (SS=13.692) ve 4.01 kg ve üstünde ortalama 92.57 kg (SS=12.364) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0,05$). Doğum boyunda maternal bağlanma puanı, vajinal yol ile doğumda 46 cm ve altında ortalama 79, 46.01 cm – 54 cm aralığında ortalama 86.71 (SS=14.24), 54.01 cm ve üstünde ortalama 79; sezaryende 46 cm ve altında ortalama 74.67 (SS=18.544), 46.01 cm – 54 cm aralığında ortalama 87.14 (SS=13.185) ve 54.01 cm ve üstünde ortalama 100 olduğu görüldü. Doğum

boyunda maternal bağlanma puanında: sezaryen doğumda 46 cm ve altı (n=6) ile 54.01 cm ve üstü (n=3) arasında anlamlı fark görüldü ($p<0.05$). Maternal bağlanma ortalama puanı; 46 cm ve altında 75.29 (SS=17.007), 46.01 cm – 54 cm aralığında 86.93 (SS=13.675), 54.01 cm ve üstünde 94.75 (SS=10.50) olduğu ve bebeğin doğum şekli bakımından (N=250) farklılaşmanın olmadığı görüldü. Doğum baş çevresi ölçüsü-maternal bağlanma puanı ilişkisinde, vajinal yol ile doğumda 33 cm ve altında ortalama puan 85(SS=17.309), 33.01 cm – 37 cm aralığında ortalama puan 86.71 (SS=14.109), 37.01 cm ve üstünde ortalama puan 82, sezaryende 33 cm ve altında ortalama puan 75.67 (SS=14.151), 33.01 cm – 37 cm aralığında ortalama puan 87.58 (SS=13.292) ve 37.01 cm ve üstünde ortalama puan 100 olduğu görüldü. Bebeğin doğum şekli bakımından (N=250) maternal bağlanma puanı 33 cm ve altında ortalama 79.4 (SS=15.615), 33.01 cm – 37 cm aralığında ortalama 87.17 (SS=13.661), 37.01 cm ve üstünde ortalama 91 (SS=12.728) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.005$). Birinci aydaki vücut ağırlığı persantilinde maternal bağlanma puanı, vajinal yol ile doğumda %24 ve altında ortalama puan 84.95 (SS=15.393), %25 - %75 aralığında ortalama puan 86.22 (SS=14.154), %76 ve üstünde ortalama puan 90.38 (SS=12.78); sezaryen de %24 ve altında ortalama puan 84.87 (SS=15.786), %25 - %75 aralığında ortalama puan 87.31 (SS=12.196) ve %76 ve üstünde ortalama puan 87.89 (SS=14.933) olduğu görüldü. Bebeğin doğum şekli bakımından (N=250) maternal bağlanma puanı %24 ve altında ortalama 84.9 (SS=15.479), %25 - %75 aralığında ortalama 86.74 (SS=13.23), %76 ve üstünde ortalama 88.8 (SS=14.087) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$). Bebeğin beslenme içeriği maternal bağlanma puanı, vajinal yol ile doğumda anne sütü ortalama 86.43 (SS=14.12), mama ortalama 87.44 (SS=14.171); sezaryen de anne sütü ortalama 86.86 (SS=13.63) ve mama ortalama 86.11 (SS=14.257) olduğu görüldü. Bebeğin doğum şekli bakımından (N=250) maternal bağlanma puanı anne sütünde 86.66 (SS=13.834), mama 87.35(SS=13.739) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$). Düzenli kontrole gitme durumunda maternal bağlanma puanı, vajinal yol ile doğumda “evet” cevabının ortalama puanı 86.63 (SS=14.03), “hayır” cevabının ortalama puanı 85.67 (SS=17.739); sezaryen de “evet” cevabının ortalama puanı 86.89 (SS=13.733) ve “evet” cevabının ortalama

puanı 85.50 (SS=0.707) olduğu görüldü. Bebeğin doğum şekli bakımından (N=250) düzenli kontrole gitme maternal bağlanma durumu “evet” cevabının ortalama puanı 86.77 (SS=13.842), “evet” cevabının ortalama puanı 85.63 (SS=14.995) ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$). Emzirilme sıklığı bakımında maternal bağlanma puanı, vajinal yol ile doğumda her istediğinde ortalama puanı 87.5 (SS=14.147), her ağladığında ortalama puanı 83.44 (SS=13.06), iki saat aralıklarla ortalama puanı 94.38 (SS=10.88); sezaryen de her istediğinde ortalama puanı 87.5 (13.424), her ağladığında ortalama puanı 83.7 (SS=13.358) ve iki saat aralıklarla ortalama puanı 91 (SS=16.625) olduğu görüldü. Bebeğin doğum şekli bakımından (N=250) arasında emzirilme sıklığında maternal bağlanma puanı her istediğinde ortalama puanı 87.5 (SS=13.72), her ağladığında ortalama puanı 83.57 (SS=13.085), iki saat aralıklarla ortalama puanı 92.42 (SS=14.233) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$). Uyku süresinde maternal bağlanma puanı, vajinal yol ile doğumda 8 – 11 saatleri arasında ortalama puanı 91.8 (SS=13.682), 12 – 15 saatleri arasında ortalama puanı 86.68 (SS=11.69), 16 – 19 saatleri arasında ortalama puanı 86.18 (SS=15.385), sezaryen de 8 – 11 saatleri arasında ortalama puanı 94.57 (SS=5.503), 12 – 15 saatleri arasında ortalama puanı 86.6 (SS=13.575) ve 16 – 19 saatleri arasında ortalama puanı 86.1 (SS=13.994) olduğu görüldü. Bebeğin doğum şekli bakımından (N=250) uyku süresi maternal bağlanma puanı 8 – 11 saatleri arasında ortalama puanı 94.58 (SS=9.52), 12 – 15 saatleri arasında ortalama puanı 86.63 (SS=12.79), 16 – 19 saatleri arasında ortalama puanı 86.14 (SS=14.679) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$). Emzik kullanmada maternal bağlanma puanı, vajinal yol ile doğumda “hayır” cevabının ortalama puanı 88.12 (SS=14.08), “evet” cevabının ortalama puanı 83.51 (SS=13.97); sezaryende “hayır” cevabının ortalama puanı 87.61 (SS=13.724) ve “evet” cevabının ortalama puanı 85.62 (SS=13.516) olduğu görüldü. Bebeğin doğum şekli bakımından (N=250) emzik kullanma maternal bağlanma puanı “hayır” cevabının ortalama puanı 87.86 (SS=13.857), “evet” cevabının ortalama puanı 84.7 (SS=13.678) olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$). Banyo yapma sıklığı maternal bağlanma puanı, vajinal yol ile doğumda her gün ortalama puanı 85.63 (SS=13.644), gūnaşırı ortalama puanı 88.78 (SS=14.541), haftada bir ortalama puanı 80.47 (SS=12.984),

haftada iki ortalama puanı 87.42 (SS=14.163); sezaryende her gün ortalama puanı 89.17 (SS=15.968), gūnaşırı ortalama puanı 87.81 (SS=11.89), haftada bir ortalama puanı 82.76 (SS=14.919) ve haftada iki ortalama puanı 80.33 (SS= 10.863) olduğu görüldü. Bebeđin doğum şekli bakımından (N=250) banyo yapma sıklığı maternal bağlanma puanı her gün ortalama puanı 87.63 (SS=14.987), gūnaşırı ortalama puanı 88.23 (SS=13.043), haftada bir ortalama puanı 81.68 (SS=13.903), haftada iki ortalama puanı 85.14 (SS=13.418) olduğu ve gruplar arasında sadece gün aşırı – haftada bir arasında ($p=0.047$, $p<0.05$) zayıf farklılaşmanın olduğu, tamamında anlamlı farklılaşmanın olmadığı görüldü ($p>0.05$). Bebeklere yapılan masajda maternal bağlanma puanı, vajinal yol ile doğumda her zaman da ortalama puanı 95.74 (SS=11.57), sık sık da ortalama puanı 90.52 (SS=10.779), bazen de ortalama puanı 83.27 (SS=14.511), hiçbir zaman da ortalama puanı 80.2 (SS=14.536); sezaryen de her zaman da ortalama puanı 91.86 (SS=14.403), sık sık da ortalama puanı 87.64 (SS=14.245), bazen de ortalama puanı 84.96 (SS=13.174) ve hiçbir zaman da ortalama puanı 91 (SS=12.014) olduğu görüldü. Vajinal yol ile doğumda masaj yapma sıklığında Her zaman – Bazen arasında ($p=0,003$) ve Her zaman – Hiçbir Zaman ($p=0,018$) arasında maternal puanı olarak anlamlı farklılaşmanın olduğu görüldü. Gruplar arasında masaj yapma maternal puanı her zamanda ortalama puanı 93.66 (SS=13.152), sık sık da ortalama puanı 89.17 (SS=12.464), bazen de ortalama puanı 84.23 (SS=13.748), hiçbir zaman da ortalama puanı 84.65 (SS=14.248) olduğu ve gruplar arasında güçlü olarak anlamlı farklılaşmanın olduğu görüldü ($p=0.001$, $p<0.05$). Gruplar arasına bakıldığında maternal bağlanma puanı her zaman – bazen arasında anlamlı bir bağlantı olduğu görüldü ($p=0,001$).

7. TARTIŞMA

Bağlanma yaşamın ilk günlerinde başlayan, ömür boyu devamlılık gösteren, nesiller boyu etkileşim sağlayan duygusal yönlü ve beklenen bir durumdur. Yapılan araştırmalarda doğum sonu bağlanmanın yenidoğan'ın kilosu ve yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavi görmek zorunda kalması gibi faktörlerden etkilendiği ortaya konulmaktadır [11, 12, 25]. Annenin doğmamış bebeğine olan bağlılığının kalitesi, doğum sonrası çocuğun araştırma ve problem çözme yeteneğini, sosyallığını ve okul öncesi gelişimini pozitif olarak etkilediği bilinmektedir [31]. Ayrıca anne ile bebek arasında yaşamın ilk yılında güvenli bağlanma gelişmez ise bebeğin fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal sorunlar yaşadığı ifade edilmektedir [14, 31, 34]. Öte yandan anne-bebek arasındaki bağlanma sorunlarının erken dönemde saptanmasının bebeğin sağlık sorunlarını çözümlenmede katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada maternal bağlanmanın bebek sağlığı üzerindeki etkisi vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapanlarda ayrı ayrı incelendi, ayrıca tüm vakalar üzerinde analizler yapıldı. Vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapanların maternal bağlanmalarını ve bu bağlanmanın bebek sağlığı üzerindeki etkisini karşılaştırabilmek için vaka ve kontrol grubunun maternal bağlanmayı etkileyebilecek değişkenler yönünden benzer olması gerekmektedir. Literatürde annenin yaşı, öğrenim durumu, evlilik süresi, mesleği, sosyal güvencesi, aile tipi, ekonomik durumu, babanın öğrenim durumu, mesleği, anne-baba arasında akrabalık bağının bulunma durumu, babanın sağlık durumunun annenin maternal bağlanmasını etkileyen değişkenler olduğu belirtilmektedir [3-11, 13-15, 32-34, 44, 50, 52, 73]. Bu çalışmada evlilik süresi, sosyal güvence, ekonomik durum, babanın mesleği, anne-baba arasında akrabalık bağının bulunma durumu, babanın sağlık durumu değişkenleri yönünden vajinal yol ile doğum yapanlar ile sezaryen yöntemi ile çocuk sahibi olan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Benzer şekilde Karabulut [64] evlilik süresi, kadınların mesleği Şolt ve Savaşer [4], Kavlak [32] sezaryen ve normal doğumlarda sosyal güvence; Yüksel Yakut [66] ekonomik durum

değişkenleri yönünden sezaryen ile vajinal doğum grupları arasında fark olmadığını belirtmektedir.

Bu çalışmada annenin yaşı, öğrenim durumu ve mesleği, aile tipi, babanın öğrenim durumu değişkenleri yönünden vajinal yol ile doğum yapanlar ile sezaryen yöntemi ile çocuk sahibi olan gruplar arasında anlamlı farkın bulunduğu saptandı. Elde edilen bu sonuç istenmeyen bir durumdu ve araştırmanın en önemli sınırlılığını oluşturmaktadır. Benzer şekilde Başar ve ark. [16] yaş, Çapık [63] öğrenim durumu; Gözükara [65] aile tipi değişkenleri yönünden sezaryen ile vajinal doğum grupları arasında anlamlılık taşıyan farkların bulunduğunu belirtmektedir.

Yukarıda da belirtildiği gibi vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapanların maternal bağlanmalarını ve bu bağlanmanın bebek sağlığı üzerindeki etkisini karşılaştırabilmek için vaka ve kontrol grubunun maternal bağlanmayı etkileyebilecek gebelik özellikleri yönünden benzer olması gerekmektedir. Literatürde gebelikte sağlık sorununun bulunma durumu, gebelik sürecinde gelişen sağlık sorunu, ilk gebelik yaşı, kaçınıcı gebelik olduğu, yaşayan çocuk sayısı, kürtaj ve düşük deneyimi, gebelik döneminde kontrole gitme durumu, gebeliğin planlı olma durumu, bebek bakımı deneyiminin bulunma durumu, bebek bakımında destek alma durumu, bebek bakım isteği, bebek bakımı konusunda eğitim alma durumunun annenin maternal bağlanmasını etkileyen değişkenler olduğu belirtilmektedir [4-6,52,72]. Bu çalışmada kaçınıcı gebelik olduğu, yaşayan çocuk sayısı, kürtaj ve düşük deneyimi, gebelik döneminde kontrole gitme durumu, gebeliğin planlı olma durumu, bebek bakımı deneyiminin bulunma durumu, bebek bakımında destek alma durumu, bebek bakımı konusunda eğitim alma durumu değişkenleri yönünden vajinal yol ile doğum yapanlar ile sezaryen yöntemi ile çocuk sahibi olan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı

Bu çalışmada gebelikte sağlık sorununun bulunma durumu, gebelik sürecinde gelişen sağlık sorunu, ilk gebelik yaşı, bebek bakım isteği değişkenleri yönünden vajinal yol ile doğum yapanlar ile sezaryen yöntemi ile çocuk sahibi olan gruplar arasında anlamlı farkın bulunduğu saptandı. Elde edilen bu sonuç istenmeyen bir

durumdu ve araştırmanın diğer bir sınırlılığını oluşturmaktadır [55, 58, 65, 69, 70,83, 92].

Öte yandan bu çalışmanın verilerine göre, sezaryen doğum yapan kadınlar gebeliğinde daha fazla sorun yaşamıştır. Ancak sorun yaşamayanlarda da sezaryen oranı yüksektir. Bu durum ise sezaryen doğumların herhangi bir sağlık probleminden kaynaklanmadığı şeklinde yorumlanabilmektedir. Bu çalışma bulguları ile paralellik gösteren bir çalışmada kadınların %29.2'sinin kendi isteği ile sezaryen olduğu bulundu [69].

Gebelik süresince gelişen sağlık sorunlarında vajinal yolla doğumda %52.9'unun (n=9) hipertansiyon; sezaryen doğumda %81.8'inin (n=18)'le gestasyonel diyabet, %85.7'sinin (n=6) düşük tehdiyle karşılaştıkları ve gebelik süresince gelişen sağlık sorunları yönünden vajinal yol ve sezaryen grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu görüldü ($x^2=6.49$; $p<0,05$). Turan ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada annelerin %77,1'i gebelikleri boyunca sağlık personeli tarafından izlenmiş, %19,8'i gebelik sırasında sorun yaşadığı belirlenmiştir [70].

Bu çalışmada ilk gebelik yaşı değişkeni yönünden vajinal doğum ve sezaryen grupları arasında anlamlı farkın olduğu ve ilk gebelik yaşı ortalamasının sezaryen doğumda daha yüksek olduğu görüldü. Keskin (2018)'in yaptığı çalışmada, annelerin yaşı ile doğum şekli arasında 25 yaş ve altından kaynaklanan normal doğum lehine anlamlı farklılık olduğu bulundu [68]. Ayrıca Varışoğlu'nun (2009) yaptığı çalışmada, sezaryen ve Normal vajinal doğum (NVD) yapan olgular doğurganlık özelliklerine göre karşılaştırıldı ilk gebelik yaşı bakımından anlamlı fark olduğu belirlendi. Bu fark 25 ve üzeri yaş grubunda daha fazla sezaryen doğum yapılmasından kaynaklanıyordu. NVD ile elektif, elektif endikasyonlu ve acil sezaryen doğumu ilk gebelik yaşı bakımından karşılaştırdığımızda sezaryen doğum yapan her üç grubun ilk gebelik yaşı benzerken, NVD yapan kadınların ilk gebelik yaşı diğer gruplara kıyasla düşük bulundu. Ayrıca Varışoğlu'nun (2009) çalışmasında toplam gebelik, doğum, ölü doğum, düşük ve ideal çocuk sayısı

açısından sezaryen ve NVD yapanlar arasında bir ilişki saptandı [73]. Sonuç olarak literatürde yapılan çalışmalarda, ilk gebelik yaşı >25 yaş olanlarda %70.7 oranında sezaryen doğum yapıldığı, NVD yapan kadınların ilk gebelik yaşının sezaryen doğum yapanlara kıyasla daha küçük olduğu saptandı. Bu bulgu sezaryen doğumun artmasının önemli sebeplerinden biri olan eğitim düzeyinin artmasıyla evlilik yaşının ileri yaşlara kaymasının katkısını düşündürdü. Nitekim ülkemizde ve dünyada yapılan birçok çalışmada ileri yaş gebeliklerde sezaryen olma oranının daha fazla olduğu bildirildi [74, 90-92].

Yukarıda da belirtildiği gibi gebelik sayısı yönünden vajinal yol ve sezaryen doğum yapan gruplar arasında fark bulunmadı. Çalışmamda gebelik sayısı bakımından gruplar arasında farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Keskin (2018), Kızılkaya (2013) ve Çakır'ın (2009) yaptıkları çalışmalarda, annelerin gebelik sayısı ile doğum şekilleri arasında fark bulunmaması bu veriler ile benzerdir [71, 72].

Şen (2007) ve Şolt (2011) yaptıkları çalışmalarda, bir çocuğu olan annelerin maternal bağlanma puanlarının, iki ya da daha fazla çocuğu olan annelerin maternal bağlanma puanlarından daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Elde edilen bu veri çalışmalarda bir çocuğu olan annelerin maternal bağlanma puan ortalamalarının yüksek olmasının tek çocuğa bakım vermesinden ve çocuğuyla daha fazla zaman geçirmesinden kaynaklandığı şeklinde yorumlandı [32, 67].

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerinin anne ve bebek yönünden sağlıklı geçirilmesini sağlamak için gebelik döneminde kadınların yeterli sıklıkta izlenerek, risklerin önceden belirlenip önlem alınması gereklidir [27]. Varışoğlu'nun yaptığı çalışmada, kadınların %98'inin ilk trimesterde bakım almaya başladığı saptandı [73]. TNSA 2003 verilerine göre ilk trimesterde doğum öncesi bakım alma oranı %57.5, kentsel kısımda yaşayan annelerin ilk 3 ayda Doğum Öncesi Bakım (DÖB) alma oranı kırsal kesimde yaşayan annelerden yüksek bulundu [74]. Literatürde Malatya'da doğum yapan annelerin % 48'inin, Bornova'da %64.9'unun yeterli antenatal bakım aldığı ifade edilmektedir [75, 76]. Diğer bir çalışmada ise ilk trimesterde bakım alma oranı %75.1 olarak bulunmuş ve ilk 3 ayda DÖB alma oranı

incelendiğinde; şehir merkezinde yaşayan annelerin oranı, şehir merkezi dışında ikamet eden annelerden daha yüksek saptandı [70]. Özer (2004)'in yaptığı çalışmada, annelerin hamilelikleri sırasında en az bir kez olmak üzere %97.8 oranında kontrol yaptırdıkları, yapılan kontrollerde %51.6 oranında sağlık eğitimi aldıkları belirlendi [77].

Bu çalışmada gebeliğin planlı olma durumu değişkeni yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı görüldü. Varışoğlu (2009) araştırma kapsamındaki kadınların %83.6'sının gebeliğini planladığını [73]; Özkan ve Aslan (2007) çalışmalarında planlı gebelik oranının %68 olduğunu; Çakmak ve ark. (2006) ise %73 olduğunu ifade etti [78, 79].

Gebeliğin planlı olması psikolojik destekle anne ve çocuk sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Planlanan gebelik kişinin öncelikle sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam ile gebeliğe hazırlanmasını sağlayan önemli bir faktör olup antenatal bakımın ilk adımını oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, istenmeyen gebeliklerde ise yasal olan ve olmayan müdahalelere bağlı komplikasyonları da ortadan kaldıracığı saptandı [80]. Ayrıca gebeliğin planlı olmasının maternal bağlanmayı etkileyebilecek bir değişken olduğu varsayıldı.

Bu çalışmada bebek bakımında deneyimin bulunma durumu değişkeni yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı görüldü. Varışoğlu'nun (2009) yaptığı çalışmada annelerin %72.1'inin bebek bakımı konusunda endişe yaşamadıkları, %76.7'sinin bebek bakımında eşinden yardım aldığı, %59.1'inin eşinden bebek bakımında tam destek aldığı, %59.1'inin kendi ailesinden ve eşinin ailesinden tam destek aldığı ifade edildi [73]. Şensöz (2011)'ün yaptığı çalışmasında doğum şekilleri ile eş desteği arasında anlamlı bir farkın olduğu belirlendi [81].

Bebek bakımında destek alma durumu değişkeni yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın

bulunmadığı görüldü. Mutlu ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada annelerin, gebeliğinde problem yaşama, doğum sonrası eş ilişkilerinde değişme olma gibi durumlarda, bebeklerine bakarken eş ya da aileden destek aldığı saptanmıştır [43].

Araştırma kapsamına alınan kadınların bebeklerine bakmak isteme durumu değişkeni yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu görüldü. Ayrıca bebek bakımı konusunda eğitim alma durumu değişkeni yönünden vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapan gruplar arasında anlamlı farkın bulunmadığı görüldü.

Beydağ (2007)'a göre, anneler, annelik rolüne uyum yapabilmek, kendi ve yenidoğan bakımını sağlıklı sürdürebilmek için bakım ve eğitim almaya gereksinim duyarlar. Anneler, kendileri ile ilgili olarak, dinlenme, hijyen ve meme bakımı, uterus masajı, involüsyon sürecindeki değişiklikler ve doğum sonrası sorunlara yönelik konularda; yenidoğan beslenmesi ve bakımı konularında eğitime gereksinim duyabilmektedirler [82-85].

Eğitim alınan kaynaklar incelendiğinde hemşireler, aile büyükleri, kitap/dergi/gazete gibi kaynakların ilk sıralarda olduğu görüldü. Varışoğlu'nun (2009) yaptığı çalışmada, ülkemizde kadınların %82.1'inin muayene oldukları yerin dışındaki bir kaynaktan gebelik ve doğum hakkında bilgi aldıkları belirlendi [73]. Atar Gürel ve arkadaşları (2006), gebelere en çok bilgi verilen konuların gebelik muayeneleri, gebelikte beslenme ve kilo alımı, aşı yaptırma olduğu belirtildi. En az bilgi verilen konular ise egzersiz, cinsel yaşam ve kromozom anomalisi taraması olduğu saptandı [86].

Hueston ve diğerleri (2003) yaptıkları çalışmada, 2 ve 3. trimesterde antenatal bakım almaya başlayan kadınlarda düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebek doğurma riski 1. trimesterde bakım alan kadınlara göre daha yüksek bulundu. Antenatal bakımın erken dönemde ve yeterli alınmasıyla DDA bebek riskinin azalacağı sonucuna varıldı [87]. Ogun (2006) yaptığı çalışmada, DDA bebek annelerinin %22.6'sı yeterli doğum öncesi bakım almışken, normal doğum ağırlıklı bebek

annelerinde bu oran %37.5 olarak bulundu [88]. Doğum öncesi bakım almama durumunda preterm doğum riskinin de arttığı ayrıca bildirildi [89].

Vajinal yol ve sezaryen ile yapılan doğumlarda annenin ilk yaşının, gebelik sayısının ve yaşayan çocuk sayısının genel istatistikleri görülmektedir. İlk gebelik yaşının vajinal doğumda ortalaması 23.02 (SS=3.95) iken sezaryen doğumlarda annenin ilk gebelik yaşının ortalaması 25.38 (SS=4.86) ve annenin ilk gebelik yaşının vajinal doğum ve sezaryen anlamlı farklılaşmanın olduğu görüldü ($p<0.05$).

Yukarıda da belirtildiği gibi vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapanların maternal bağlanmalarını ve bu bağlanmanın bebek sağlığı üzerindeki etkisini karşılaştırmak için vaka ve kontrol grubunun maternal bağlanmayı etkileyebilecek gebelik özellikleri yönünden benzer olması gerekmektedir. Kadının sağlık durumunun maternal bağlanmayı etkileyebilecek önemli bir değişken olduğu düşünüldü. Bu nedenle annenin ve babanın sağlık durumunu belirlemeye yönelik verilerin toplanmasının yanısıra annelerin sağlığa ilişkin yaşam kaliteleri EuroQol ile incelendi ve EuroQol_{SKOR} verilerinin vajinal doğum ile sezaryen grupları arasında anlamlı olarak farklılaşmanın olduğu görüldü. Elde edilen bu sonuç araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır. EuroQol_{VAS} verisinde ise gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0.05$).

Yukarıda da belirtildiği gibi vajinal yol ve sezaryen ile doğum yapanların maternal bağlanmalarını ve bu bağlanmanın bebek sağlığı üzerindeki etkisini karşılaştırmak için vaka ve kontrol grubunun maternal bağlanmayı etkileyebilecek bebeğe ilişkin özellikler yönünden benzer olması gerekmektedir. Gestasyon yaşı, bebeğin cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğum boyu, doğum baş çevresi, birinci aydaki ağırlığı persentili, birinci aydaki boy persantili, birinci aydaki baş persantili, bebeğin beslenme içeriği, düzenli kontrole gelme durumu, emzirilme sıklığı, uyku durumu, banyo yaptırılmama sıklığı, masaj yapılma sıklığı değişkenlerinin annenin maternal bağlanmasından etkilenebilecek değişkenler olduğu düşünüldü. Bu çalışmada bebeğin cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğum boyu, doğum baş çevresi, birinci aydaki ağırlığı persentili, birinci aydaki boy persantili, birinci aydaki

baş persantili, bebeğin beslenme içeriği, düzenli kontrole gelme durumu, emzirilme sıklığı, uyku durumu, banyo yaptırılmama sıklığı, masaj yapılma sıklığı değişkenleri yönünden vajinal yol ile doğum yapanlar ile sezaryen yöntemi ile çocuk sahibi olan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Bu çalışmada gestasyon yaşı değişkeni yönünden vajinal yol ile doğum yapanlar ile sezaryen yöntemi ile çocuk sahibi olan gruplar arasında anlamlı farkın bulunduğu saptandı. Elde edilen bu sonuç istenmeyen bir durumdu ve araştırmanın diğer bir sınırlılığını oluşturmaktadır. Gestasyon yaşı bakımında Desdicioğlu ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada doğum şekli ve gestasyon yaşı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtildi [93].

Bu çalışmadaki bebeklerin doğum ağırlığının Türkiye istatistikleri içerisinde olduğu ve Olcay Neyzi ve arkadaşlarını yapmış oldukları çalışmalarda Türk çocuklarındaki vücut ağırlığı aralığı ile uyumlu olduğu görüldü [29, 94]. Çalışma kapsamındaki bebeklerin doğum boyunun 46.01 cm – 54 cm aralığında olduğu ve daha önce yapılmış olan çalışmalarla tutarlılık gösterdiği görüldü. Bebeklerin birinci aydaki vücut ağırlığı, boy ve baş çevresi persantili sonuçlarının literatürle tutarlı olduğu görüldü [29, 94].

Vajinal yolla doğum yapan annelerin %46.9'u bebeklerini anne sütü ile beslediklerini, sezaryen yöntemiyle doğum yapan annelerin %53.1'i anne sütü ile beslediklerini belirtti. Sezaryen yöntemiyle doğum yapan annelerin %77.2'si destek amaçlı çocuklarına mama verdiklerini ifade etti. Şolt yapmış olduğu çalışmada bebeğin beslenme içeriği yönünden primipar ve multipar gruplar arasında maternal bağlanma puanında anlamlı bir farklılaşma olmadığını belirtmektedir. [32]. Bu durumda doğum şeklinin de bebeğin beslenme içeriğinde anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaması normaldir.

Güleç (2010) çalışmasında baba – bebek bağlanması arasında banyo yapma sıklığının olumlu yönde etkisi olduğunu belirtmektedir [95]. Çalışmamda vajinal

doğumda en fazla %42.9 (n=51) gūnaşırı, sezaryen doğumda en fazla %57.1 (n=68) gūnaşırı olarak benzer cevap verildiđi görüldü.

Bu çalışmada vajinal doğum ve sezaryen doğum grupları arasında bebeğin ilk emzirilme zaman farkı olması normal bir durum olarak yorumlandı. Sezaryen doğumda işleminin gerçekleşmesi ve annenin kendisine gelmesi ortalama 50 dakikadır. Vajinal doğumda ise bu süreler 10 dakikalara kadar düşebilmektedir [60, 95].

Bu çalışmada Maternal Bağlanma Ölçeği puanı vajinal yol ile doğum yapan kadınlarda ortalama 86.58 (SS=14.15) iken sezaryen grubunda 86.86 (SS=13.63), tüm grupta 86.73 (SS=13.85) olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı görüldü ($p>0.05$). MBÖ'de alınabilecek en düşük puanın 26, en yüksek puanın 104 olduğu dikkate alındığında araştırma verilerinden elde edilen MBÖ puanının orta sınırın biraz üzerinde olduğu söylenebilir. Mutlu ve arkadaşları, Çalışır, Şen ve Kayacı'nın çalışmasında doğum şeklinin maternal bağlanma ve annelik rol başarısını etkilemediği belirtilmektedir. Çalışmam Mutlu ve arkadaşları, Figueiredo ve arkadaşları, Çalışır, Şen ve Kayacı'nın çalışması ile MBÖ puanı açısından benzerlik göstermektedir. Ergüner ve arkadaşlarının, Çankaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sezaryen doğumda maternal bağlanma düşük bulunmuştur. Çalışmamla doğum şekli açısından MBÖ puanında farklılık göstermektedir [32, 33, 40, 41].

Biller (1993) çocuk gelişimi ve sağlığı açısından bağlanmayı etkileyen süreçler doğum öncesi ve sonrasındaki süreçler, hormonal işlevler, genetik aktarım ve cinsiyeti olarak tanımlamıştır [97]. Bu çalışmada maternal bağlanma tarafından etkilenebilecek bebek sağlığı değişkenleri olarak gestasyon yaşı, cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğum boyu, doğum baş çevresi, birinci aydaki vücut ağırlığı persantili, bebeğin beslenme içeriği, düzenli kontrole gitme, emzirilme sıklığı, uyku süresi, emzik kullanma, banyo yaptırılma sıklığı ve masaj yapılma sıklığı incelendi. İncelenen bu değişkenler içinde sadece sezaryen ile doğum yapan grupta maternal bağlanmanın bebeğin doğum boyuna bir etkisi olduğu; ayrıca vajinal yol ile doğum

yapan annelerin ve tüm grubun maternal bağlanma düzeyinin masaj yapma sıklığını etkilediği saptandı.

Hergüner ve arkadaşları (2014) doğum şeklinin (vajinal veya sezaryen), doğum sonrası depresyon ve algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ilişkisi incelemiştir. Bu çalışma sonucunda vajinal doğum ve sezaryen doğumun maternal bağlanma yönünden gestasyon yaşıyla bir ilişkisinin olmadığını belirtmiştir [41]. Serçekuş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada benzer sonuçları elde etmişlerdir [98].

Hergüner ve arkadaşlarının (2014) bebeğin doğum şeklinin ve cinsiyetinin maternal bağlanma puanını etkilemediğini belirtmektedir. Alan'ın (2011) yapmış olduğu benzer bir çalışmada da maternal bağlanma puanının bebeğin cinsiyetinden etkilenmediği görülmektedir [37].

Literatür çalışmalarında anne sütü verme oranı %50'nin üstünde olduğu ve annelerin genelde bebeklerini anne sütü ile besleme eğilimindedir. Çalışmamda vajinal doğum ve sezaryen doğumda annelerin bebeklerini anne sütü ile beslenme eğiliminde olması ile literatür ile uyumludur. Şolt ve Savaşer (2017) anne – bebek bağlanmasında, doğum sayısının, anne sütü ve mamanın bağlanmaya etkisini incelemiş ve maternal bağlanmanın beslenmeden bağımsız olduğunu belirtmiştir [32]. Beslenme şekli yönünden elde edilen maternal bağlanma puanı literatürle uyuşmaktadır. Öztürk'ün (2010) çalışmasında prematüre çocuğu olan annelerin düzenli kontrole gitmelerinin maternal bağlanma puanını arttırdığı belirtilmektedir [8].

Literatür taramalarında maternal bağlanmanın ten tene temasta önemli olduğu ve emzirmede süreci de etkin bir ten tene temas şeklidir. Emzirme anne – bebek arasında tensel teması sağladığından anne – bebek bağlanmasına katkı sağlayacaktır [3, 5, 65]. Bu çalışmada, emzirilme sıklığının MBÖ puanında fark oluşturmadığı görülmüştür. Bunun nedeni, anket çalışmasında belirtilen zamanlar ile belirlenen zaman aralıklarının yakın olması ile açıklanabilir.

Shafiq (2010) çalışmasında emzik kullanma durumunun, doğum sonrasında bağlanma puan ortalamalarını etkilemediğini belirtmiştir [95]. Bu çalışmada da emzik kullanma durumunun maternal puanı etkilemediği ($p>0.05$) görülmektedir. Bu bağlamda Shafiq'in bulduğu sonuçlar ile benzerlik olduğu görülmektedir.

Literatür taramalarında tensel temasın maternal bağlanma için önemli olduğu belirtilmiştir. Banyo yaptırma anne – bebek arasında tensel teması sağladığından anne – bebek bağlanmasına olumlu katkı sağlayacaktır [3, 5, 65]. Bebeklerin banyo yaptırma sıklığı arttıkça maternal bağlanmanın olumlu yönde artması beklenmektedir. Bu tez çalışmasında, doğum şekli ve banyo yapma sıklığı ile maternal puanı arasında bir bağlantı olmadığı ($p>0.05$) görüldü. Banyo yapma sıklığı ile maternal bağlanma puanı arasında uyumsuzluk olduğu görülmektedir.

Literatür taramalarında anne – bebek arasında güçlü bir bağın oluşmasında bebeklere yapılan masajın önemli olduğu belirtilmektedir. Masaj, bebeğin uyku, solunum ve boşaltım gereksinimlerini düzenlemekte, bebeğin stresini azaltmakta ve anne bebek etkileşimini pozitif yönde arttırmaktadır. Bebeklere yapılan masaj arttıkça anne – bebek bağlanmasının da arttığı görülmektedir [30, 32, 64, 66, 95, 97]. Çalışmamda vajinal yol ile doğumda masajın, maternal bağlanma puanında olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Yapılan Tukey testinde vajinal doğumda her zaman – bazen ($p=0.003$) ve her zaman – hiçbir zaman ($p=0.018$) arasında maternal bağlanma puanlarının arttığı görülmektedir. Sezaryen doğumda ise masaj yapma sıklığı bakımından maternal bağlanma puanında farklılık olmadığı görülmektedir. Bunun nedeni olarak eğitim durumunun etkili olduğu görüşü ön plana çıkmaktadır. Eğitimli bir kadın, anne olma dışında başka roller de üstlenmekte ve bebeğinin geleceğine bakış açısında da eğitimli olmasının etkisi olduğu düşünülmektedir [96]. Çalışmamda sezaryen grubundaki annelerin masaj sıklığında maternal puanlarının değişmemesinin nedeni annelerin eğitim seviyelerinin fazla sayıda ortaokul ve üstü seviyede olmasıyla açıklanabilir. Doğum şekli değişkeninin maternal bağlanma puanın vajinal yol ile doğumda sezaryene göre yüksek olması, sezaryen doğum yapan annelerin eğitim seviyelerinin yüksek olması ile açıklanabilmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelikle birlikte başlayıp gebelik ilerledikçe artarak devam eden, doğumdan sonra bebekle kurulan ilk temaslar ile doruk noktaya ulaşır. Bebeğin fiziksel, psikolojik açısından sağlıklı bir birey olarak yetişmesinde en önemli öğeler arasında yer almaktadır. Bu araştırma maternal bağlanmanın bebek sağlığı üzerine etkisini araştırmak amacıyla vaka kontrol olarak yapılmış çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular;

- Vajinal doğum ile sezaryen doğum yapan annelerin; yaş, evlilik süresi, mesleği, sosyal güvencesi, ekonomik durumu, babanın mesleği eşi ile akrabalık durumu ve babanın sağlık sorununun bulunma durumu gibi özellikler yönünden fark olmadığı ($p>0.05$) karşılaştırılan özelliklerin benzer olduğu görüldü.
- Annelerin %39.2 sinin 30-35 yaş aralığında olduğu,
- Yüksek öğretim mezun annelerin %68.6'sı sezaryen doğum yaptığı, ilköğretim mezunu annelerin %57.8 vajinal doğum yaptığı görüldü. Annelerin eğitim durumu yükseldikçe sezaryen oranlarının arttığı görüldü.
- Aile tipine baktığımızda; geniş aile yapısına sahip annelerin vajinal doğum oranının %60.8 olduğu, Çekirdek aile yapısına sahip annelerin %56.3 sezaryen doğum yaptığı görüldü.
- Yüksek öğrenim mezunu babaların eşlerinin %66.7 si sezaryen doğum yaptığı, ilköğretim mezunu babaların eşlerinin %57.1 vajinal doğum yaptığı görüldü. Babanın öğrenim durumu yükseldikçe sezaryen doğum oranının arttığı görüldü.
- Vajinal doğum ile sezaryen doğum yapan annelerin; gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük yapması, kürtaj olması, gebelik döneminde kontrollere gitme durumu, gebeliğin planlı olma durumu, bebek bakım deneyiminin

bulunma durumu ,bebek bakımında destek alma durumu ,bebek bakım konusunda eğitim alma durumu, hangi kaynaklardan eğitim aldığı, kronik sağlık sorunun bulunma durumu, sürekli ilaç kullanma durumu, sigara kullanma, sigarayı ne kadar süre içme ve sigarayı ne kadar süredir bıraktığı, gibi özellikler yönünden fark olmadığı ($p>0.05$)karşılaştırılan özelliklerin benzer olduğu görüldü.

- Gebelikte sağlık sorunu yaşayan annelerin %69.6'sının sezaryen doğum yaptığı görüldü. Sağlık sorunlarının toplamına bakıldığında%51.2'sinin gestasyonel diabet olduğunun, %32.6 'sının Hipertansiyon olduğunun, %16.3'ünün düşük tehdidi yaşadığı görüldü.
- Adölesan gebeliklerin %70.6 sı vajinal doğum yaparken,27-24 yaş aralığında ki annelerin %75 sezaryen doğum yaptığı görüldü.35 yaş ve üzerindeki annelerin ise %66.7'sinin sezaryen doğum yaptığı görüldü. Yaş ilerledikçe sezaryen ile doğum yapma oranı artmaktadır.
- Vajinal yol ile doğum yapan annelerin bebek bakım istekleri %45.3 iken sezaryen ile doğum yapan annelerin bebek bakım istekleri %54.7 görülmektedir ($p<0.05$). Sezaryen ile doğum yapan annelerde bebek bakım isteğinin arttığı görüldü.
- Vajinal yol ile doğan ve sezaryen ile doğan bebeklerin; cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğum boyu, doğum baş çevresi, birinci aydaki boy persantili, birinci aydaki baş persantili, bebeğin beslenme içeriği, düzenli kontrole gitme durumu, ilk emzirilme zamanı, emzirilme sıklığı, emzirilme süresi, uyku süresi, emzik kullanım durumu, banyo yapma sıklığı ve masaj yapma durumu gibi özellikler yönünden fark olmadığı ($p>0.05$)karşılaştırılan özelliklerin benzer olduğu görüldü.
- Vajinal yol ile doğum yapan annelerin %75.7'si 40-42 gebelik haftalar arasında doğum yaptığı, sezaryen yol ile doğum yapanların ise %72.8'inin

37-39 haftalar arasında doğum yaptığı görüldü. Gestasyon yaşı ile doğum şeklini etkilediği görüldü. ($p<0.05$)

- Vajinal yol ile doğan bebeklerin birinci aydaki ağırlık persantiline bakıldığında %24 ve altı persantil aralığında kalan %39.2 iken sezaryen ile doğan bebeklerin birinci aydaki ağırlık persantil % 24 ve altı persantil aralığında kalan %60.8 dir. Doğum şekli ile birinci aydaki persantil değerlerini etkilediği görüldü. ($p<0.05$)
- Vajinal yol ile doğum yapan annelerin maternal bağlanma ölçeği ortalama puanı 86.58'dir. Sezaryen doğum yapan annelerin maternal bağlanma ölçeği ortalama puanı 86.86'dır. Vajinal yol ile sezaryen doğum yapan annelerin maternal bağlanma ölçeği puanlarının arasında anlamlı bir fark yoktur. ($p>0.05$)
- Vajinal yol ve sezaryen ile doğan bebeklerin sağlık özelliklerinin maternal bağlanma ölçeğinin puanlara göre karşılaştırıldığında ise; gestasyon yaşı, cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğum baş çevresi, birinci aydaki vücut ağırlığı persantili, bebeğin beslenme içeriği, düzenli kontrollere gitme durumu, emzirilme sıklığı, uyku süresi, emzik kullanma durumu ve banyo yapma sıklığı gibi etkenlerden etkilenmediği görüldü. ($p>0.05$)
- Doğum boyu artıka maternal bağlanma ölçeği ortalama puanında anlamlı artış görüldü. ($p<0.05$) Doğum boyu 46 cm ve altındaki maternal bağlanma ölçeği ortalama puanı 75.29 ,46.01cm-54.00 cm arası maternal bağlanma ölçeği ortalama puanı 86.93,54.01 cm ve üstü maternal bağlanma ölçeği ortalama puanı 94.75 olarak artış görüldü.
- Masaj yapma sıklığı ile maternal bağlanma ölçeği ortalama puanları ile anlamlı ilişki görüldü. ($p<0.05$) Her zaman masaj yapan annelerin maternal bağlanma ölçeği ortalama puanı 93.66 iken, hiçbir zamana masaj yapmayan annelerin maternal bağlanma ölçeği ortalama puanı 84.65 olduğu görüldü.

Masaj yapma sıklığı artıkça maternal bağlanma ölçeği ortalama puanın arttığı görüldü.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ailelerin istedikleri zaman istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için aile planlaması yöntemleri anlatılmalıdır.
- Maternal bağlanmanın tam olarak anlaşılması için hizmet içi eğitimler düzenlenmeli sağlık çalışanlarının olumlu ve olumsuz maternal davranışlar konusunda bilgilendirmeleri gerektiği,
- Gebe okullarının sayısının artırılması ve gebelerin gebe okullarına gitmesi teşvik edilmelidir.
- Gebelere sağlık ocaklarında gebe takibi sırasında emzirmenin ve anne sütünün önemini anlatarak anneleri emzirmeye teşvik edilmesi önerilir.
- Taburculuk eğitimleri kapsamında mutlaka uygulamalı şekilde doğru emzirme, bebek banyosu ve bebek masajı uygulamalı bir şekilde anlatılmalıdır.

9. KAYNAKLAR

- [1] Y. oştu, “Toplumsallaşma Kavramı Üzerine Sosyolojik Bir Değerlendirme,” 2009.
- [2] A. Koptur and T. G. Emül, “Fetüs Ve Yenidoğanda Bağlanmanın İki Yüzü: Maternal Ve Paternal Bağlanma,” *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg.*, vol. 33, no. 3, pp. 138–152, 2017.
- [3] Y. Akyüz, “Doğum Yapan Kadınların Maternal Bağlanma Ve Emzirme Öz - Yeterliliği İlişkisi,” Okan Üniversitesi, 2017.
- [4] O. Kavlak and A. şirin, “Maternal Bağlanma Ölçeği ’ nin Türk toplumuna uyarlanması,” *Uluslararası İnsan Bilim. Derg.*, vol. 6, no. January 2009, pp. 188–202, 2016.
- [5] A. ř. Soysal, ř. Bodur, E. İşeri, and S. şenol, “Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış,” *Klin. Psikiyatr.*, vol. 8, pp. 88–99, 2005.
- [6] “Premature Doğum Yapmış Annelerin Travma Depresyon Maternal Bağlanma ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi.”
- [7] Y. Talipoğlu, “Aile Merkezli Bakımın Maternal Bağlanma Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi,” Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012.
- [8] R. Öztürk, “Premature Bebeği Olan Annelerin Depresyon ve Maternal Bağlanma İlişkisi,” Ege Üniversitesi, 2010.
- [9] S. S. Yalçın, E. Örün, P. Özdemir, B. Mutlu, and A. Dursun, “Türk annelerde doğum sonrası bağlanma ölçeklerinin güvenilirliği,” *Çocuk Sağlığı ve Hast. Derg.*, vol. 57, pp. 246–251, 2014.
- [10] Z. Bilgin and ř. Ecevit Alpar, “Kadınların Maternal Bağlanma Algısı ve Anneliğe İlişkin Görüşleri,” *DergiPark*, vol. 5, no. 1, pp. 6–15, 2017.
- [11] H. K. Aydemir and Ö. Alparslan, “Anne - Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması: Aydın Örneği,” *J. Contemp. Med.*, vol. 3, no. 6, pp. 62–70, 2016.
- [12] S. Özbaş, B. Tezel, ř. Aydın, H. Bolat, and M. R. Köse, “Türkiye’de Çocuk Sağlığının Durumu,” *Çocuk Sağlığı ve Hast. Derg.*, vol. 55, pp. 71–76, 2012.
- [13] Y. Talipoğlu, “Aile Merkezli Bakımın Maternal Bağlanma Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi,” no. 229, 2012.

- [14] A. Abbasoğlu *et al.*, “Annenin bebeğe bağlanması ile infantil kolik arasındaki ilişki,” *Çocuk Sağlığı ve Hast. Derg.*, vol. 58, pp. 57–61, 2015.
- [15] S. Dereli Yılmaz, “Prenatal Anne - Bebek Bağlanması,” *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg.*, vol. 10, no. 3, pp. 28–33, 2013.
- [16] F. Başar and H. Y. Tunali, “İnterkonsepsiyonel Sürenin Maternal Fetal Bağlanma ve Psikososyal Sağlığa Etkisi,” *J. Curr. Res. Heal. Sect.*, vol. 8, no. 1, pp. 51–58, 2018.
- [17] “TDK Hemşirelik Tanımı.” [Online]. Available: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5afecd8350f1e5.07848228. [Accessed: 10-Apr-2018].
- [18] “ICN About Nurse.” [Online]. Available: <http://www.icn.ch/what-we-do/what-we-do/world-health-assembly-1942.html>. [Accessed: 10-Apr-2018].
- [19] “ANA About Nurse.” [Online]. Available: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/advocacy/state/nurse-staffing/>. [Accessed: 10-Apr-2018].
- [20] “THD Hemşirelik Tanımı.” [Online]. Available: http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/files/tr/thd/meslegi-etigi/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar/hemsire_brosur.pdf. [Accessed: 10-Apr-2018].
- [21] *Hemşirelik Yönetmeliğiyle, Hemşire, Başhemşire, Uzman Hemşire Ve Yetki Belgesine Sahip Hemşireliğin Tanımları.* .
- [22] M. Meeks, M. Hallsworth, and H. Yeo, *Nursing The Neonate*. John Wiley and Sons Ltd, 2009.
- [23] C. Kenner and J. W. Lott, *Neonatal Nursing Care Handbook*. Springer Publishing Company, 2016.
- [24] S. Kaynak, “Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyleri,” Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2011.
- [25] *Hemşirelik Yönetmeliği.* .
- [26] F. Çökelek, “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Bakımının Yoğunluğu,” Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012.
- [27] L. Taşkın, *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 6. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2003.

- [28] T.C. Sağlık Bakanlığı Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kurs Kitapçığı. Ankara, 2012.
- [29] O. Neyzi and T. Ertuğrul, *Pediatric Cilt 1*, 3. Baskı. İstanbul: Nobe Tıpl Kitapevi, 2002.
- [30] A. Güleşen and D. Yıldız, “Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi,” *TAF Prev. Med. Bull. Rev. TAF Prev Med Bull*, vol. 1212, no. 22, pp. 177–182, 2013.
- [31] A. Çoban and A. Saruhan, “Anne - Bebek Etkileşiminde Hemşirenin Rolü,” vol. 1, no. 2, pp. 89–96, 2007.
- [32] A. Şolt, S. Savaşer, and G. Dolgun, “Doğum Sayısının Anne Bebek Bağlanmasına Etkisi,” *Sağlık Bilim. ve Meslekleri Derg.*, vol. 4, no. 3, pp. 236–243, 2017.
- [33] E. Ege, “Doğum Sonu Birinci ve Dördüncü Aylarda Maternal Bağlanmanın Postpartum Depresyon İle İlişkisi,” Selçuk Üniversitesi, 2013.
- [34] V. Duyan, S. G. Kapisiz, and H. İ. Yakut, “Doğum Öncesi Bağlanma Envanterinin Bir Grup Gebe Üzerinde Türkçeye Uyarlama Çalışması,” *Jinekoloji - Obstet. ve Neonatoloji Tıp Derg.*, vol. 10, no. 39, pp. 1609–1614, 2013.
- [35] Z. Ölçer, Ü. Oskay, and N. Bakir, “Yüksek Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler,” *Int. Ref. J. Gynaecol. Dis. Matern. Child Heal.*, vol. 01, no. 01, pp. 25–25, 2014.
- [36] O. Sabuncuoğlu, “Bağlanma Biçemi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki : Türkiye ’den Bulgular,” no. April, 2006.
- [37] H. Alan, “Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Desteğin Anne Bebek Bağlılığına Etkisi,” Selçuk Üniversitesi, 2011.
- [38] G. Mermer, A. Bilge, U. Yücel, and E. Çeber, “Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi,” *Psikiyatr. Hemşireliği Derg.*, vol. 1, no. 2, pp. 71–76, 2010.
- [39] S. D. Yılmaz, “Premature Anne - Bebek Bağlanması.”
- [40] C. Mutlu, O. Yorbik, I. Tanju, F. Celikel, and R. Sezer, “Doğum Öncesi, Doğum Sırası ve Doğum Sonrası Etkenlerin Annenin Bağlanması ile İlişkisi,” *Anatol. J. Psychiatry*, vol. 16, no. 6, p. 440, 2015.

- [41] S. Herguner, E. Cicek, A. Annagur, A. Herguner, and R. Ors, “Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve Maternal Bağlanma ile İlişkisi,” *Dusunen Adam*, vol. 27, no. 1, pp. 15–20, 2014.
- [42] S. D. Yılmaz, “Prenatal Bağlanma Envanterinin Türkçe’ye Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması,” *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim. Derg.*, vol. 16, no. 2, pp. 103–109, 2013.
- [43] C. Mutlu, O. Yorbik, I. Tanju, F. Celikel, and R. Sezer, “Doğum Öncesi, Doğum Sırası ve Doğum Sonrası Etkenlerin Annenin Bağlanması ile İlişkisi,” *Anatol. J. Psychiatry*, vol. 16, no. 6, p. 440, 2015.
- [44] T. Pasinlioğlu and A. Metin, “Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki,” *Int. Ref. J. Gynaecol. Dis. Matern. Child Heal.*, no. 5, pp. 49–49, 2016.
- [45] S. Yılmaz and N. Beji, “Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler.,” *Genel Tıp Derg.*, vol. 20, no. 3, pp. 99–109, 2010.
- [46] V. Colin and N. Low, “Infant attachment: What we know now,” *U.S. Dep. Heal. Um. Serv. Assist. Secr. Plan. Eval.*, no. June, pp. 1–25, 1991.
- [47] D. Köse, N. Çınar, and S. Altinkaynak, “Yenidoğanın Anne ve Baba İle Bağlanma Süreci,” *STED*, vol. 6, no. 22, pp. 239–245, 2013.
- [48] H. Çerçel, “Prenatal ve Perinatal Dönemde Bağ Kurma ve Bağlanma.” [Online]. Available: <http://dogumakademisi.com/tr/blog/dogum-oncesi-psikoloji-prenatal-psychology/127/prenatal-ve-perinatal-donemde-bag-kurma-ve-baglanma/508>. [Accessed: 25-May-2018].
- [49] A. Deliktas, O. Korukcu, and K. Kukulu, “Farklı Gruplarda Annelik Deneyimi,” *J. Marmara Univ. Inst. Heal. Sci.*, vol. 5, no. 4, p. 1, 2015.
- [50] A. Deliktas, O. Korukcu, and K. Kukulu, “Farklı Gruplarda Annelik Deneyimi,” *J. Marmara Univ. Inst. Heal. Sci.*, vol. 5, no. 4, p. 1, 2015.
- [51] A. Ş. Soysal, Ş. Bodur, E. İşeri, and S. Şenol, “Bebeklik dönemindeki Bağlanma sürecine Genel Bir Bakış,” *Klin. Psikiyat.*, vol. 8, pp. 88–99, 2005.
- [52] U. Ravens-sieberer and M. Power, “1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu,” 2007.
- [53] A. Yıldırım and R. Hacıhasanoğlu, “Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve

- Etkileyen Değişkenler,” pp. 61–68, 2011.
- [54] Z. Edisan and F. G. Kadioğlu, “Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri : Etik Açıdan Bir Değerlendirme,” *Türkiye Klin.*, vol. 19, no. 1, pp. 8–15, 2011.
- [55] E. Öksüz and S. Malhan, *Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri*. Ankara: Başkent Üniversitesi, 2005.
- [56] A. Perim, “Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma Ve Uygulam Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi,” Trakya Üniversitesi, 2007.
- [57] S. Başaran, R. Güzel, and T. Sarpel, “Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri,” *Arch. Rheumatol.*, vol. 20, no. 1, pp. 55–63, 2005.
- [58] Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, and Fidaner C, “Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları,” *Türk Psikiyatr. Derg.*, vol. 21, no. 1, pp. 37–48, 2010.
- [59] Ü. O. Kavlak, “Materna Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması,” Ege Üniversitesi, 2004.
- [60] N. Kaya, “Romatoid Artritli Bireylerde Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi,” İstanbul Üniversitesi, 2002.
- [61] F. Başar and H. Y. Tunali, “Women’s Choice of Delivery Methods and the Factors That Effect Them,” *J. Curr. Res. Heal. Sect.*, vol. 8, no. 1, pp. 51–58, 2018.
- [62] C. Capik, “Investigating the factors that affect the knowledge level regarding prostate cancer screenings,” *Türk Üroloji Dergisi/Turkish J. Urol.*, vol. 38, no. 4, pp. 185–189, 2012.
- [63] Ö. Karabulutlu, “Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler Identifying TheWomes Choice of Delivery Methods of and The Factors That Affect Them,” *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, vol. 20, no. 3, pp. 210–218, 2012.
- [64] F. Gözükara and K. Eroğlu, “İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler,” *Sağlık Bilim. Fakültesi Hemşirelik Derg.*, pp. 32–46, 2008.
- [65] T. C. Adnan, M. Üniversitesi, E. Yüksel, Y. Danışman, D. Nevin, and A. Balkaya, “Gebelerin Doğum Şekline İlişkin Görüş Ve Tercihleri,” 2015.

- [66] S. Şen, “Anneanne-Anne-Bebek Bağlılığının İncelenmesi,” Ege Üniversitesi, 2009.
- [67] F. Keskin, “Doğum Şekli ve Maternal Bağlanmaya Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi,” İnönü Üniversitesi, 2018.
- [68] S. Canbaz, T. Sünter, and C. Süren, “Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri, Gebelik ve Doğum Sonu Dönemdeki Çalışma Koşulları,” *Kocatepe Tıp Derg.*, vol. 6, pp. 39–44, 2005.
- [69] T. Turan, S. S. Ceylan, and S. Teyikçi, “Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler,” *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg.*, vol. 3, no. 9, pp. 157–165, 2008.
- [70] D. Çakır, “Doğum Tipi Değişkeninin Anne Bebek Etkileşimim ve Annenin Bebeğini Algılaması Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi.,” Cumhuriyet Üniversitesi, 2009.
- [71] S. Kızılkaya, “Sezaryen ya da Normal Spontan Doğum Yapan Primiparlarda Doğum Deneyiminin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi,” Marmara Üniversitesi, 2013.
- [72] Y. Varışoğlu, “Antenatal Bakımın Sezaryen Ve Normal Vajinal Doğum Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi,” Trakya Üniversitesi, 2009.
- [73] B. A. Ergöçmen and Y. Coşkun, “Doğum Öncesi Bakım ve Doğuma Yardım,” 2018. [Online]. Available: www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum10.pdf%0D. [Accessed: 16-Dec-2018].
- [74] M. Çiçekoğlu and M. C. Türk, “Bornova Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Gebelere Verilen Doğum Öncesi Bakım Yeterliliği ve Sürekliliğinin Değerlendirilmesi,” 2001. [Online]. Available: <http://www.dicle.edu.tr/halks/m89.htm-250k>. [Accessed: 15-Dec-2018].
- [75] F. Çetin, G. Güneş, L. Karaoğlu, and Y. Üstün, “Turgut Özal Tıp Merkezinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma ve Emzirmeye Başlama Durumları ve Etkileyen Faktörler,” *İnönü T Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.*, vol. 12, no. 4, pp. 247–252, 2005.
- [76] G. H. Özer, “Travaydaki Gebelere Uygulanan Gevşeme Solunum Egzersizleri ve Dokunmanın Durumluluk Anksiyetesi Düzeyine Etkisinin

- Değerlendirilmesi,” Mersin Üniversitesi, 2004.
- [77] A. Özkan and H. Arslan, “Gebeliğe Karar Verme, Fizyolojik Yakınmaları Algılama ve Eğitim Gereksinimleri,” *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, vol. 38, no. 4, pp. 155–161, 2007.
- [78] P. Çakmak, Y. Minareci, O. Yunan, T. Var, T. Güngör, and L. Mollamahmutoğlu, “Gebelik Öncesi Dönem ve Gebelikte Folik Asit Kullanımı,” *J. Turkish Obstet. Gynecol. Soc.*, vol. 3, no. 3, pp. 157–161, 2006.
- [79] C. Sözeri, R. Cevahir, S. Şahin, and O. Semiz, “Gebelerin Gebelik Süreci ile İlgili Bilgi ve Davranışları,” *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg.*, vol. 1, no. 2, pp. 92–104, 2006.
- [80] Ş. Şensöz, “Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Kadınlarda Görülen Ruhsal Durum Değişikliği ve Bunların Karşılaştırılması,” Afyon Karatepe Üniversitesi, 2011.
- [81] İ. Güngör, Ş. Gökyıldız, and N. Ö. Nahcıvan, “Sezaryen Doğum Yapan Bir Grup Kadının Doğuma İlişkin Görüşleri ve Doğum Sonu Erken Dönemde Yaşadıkları Sorunlar,” *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Derg.*, vol. 13, no. 53, pp. 185–197, 2004.
- [82] M. Başer, S. Mucuk, and Z. Korkmaz, “Pospartum Dönemde Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi,” *Sağlık Bilim. Derg.*, vol. 14, no. 0, pp. 54–58, 2005.
- [83] B. N. Akdolun, “Pospartum Dönemde Annelerin Bakı Gereksinimleri ve Ebe-Hemşirenin Rolü,” *Cumhur. Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.*, vol. 6, no. 2, pp. 42–49, 2002.
- [84] K. D. Beydağ, “Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü,” *TSK Koruyucu Hekim. Bülteni*, vol. 6, no. 6, pp. 479–484, 2007.
- [85] G. S. Atar, H. Gürel, and E. Balcan, “Doğum Öncesi Bakım Esnasında Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Bilgi Edinme Durumu,” *Perinatoloji Derg.*, vol. 14, no. 2, pp. 90–95, 2006.
- [86] W. E. Hueston, G. E. Gilbert, L. Davis, and V. Sturgill, “Delayed Prenatal Care and The Risk of Low Birth Weight Delivery,” - *J. Community Heal.*, vol. 28, no. 3, pp. 199–208, 2003.
- [87] Ç. Ongun, “Gaziantep 75.Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde

- Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Özelliklerine Göre Karşılaştırılması,” Gaziantep Üniversitesi, 2006.
- [88] A. M. Vintzileos, C. V. Ananth, J. C. Smulian, W. E. Scorza, and R. A. Knuppel, “The Impact Of Prenatal Care in The US on Preterm Births in The Presence and Absence of Antenatal High-Risk Conditions,” *Am j. Obs. Gynecol*, vol. 187, no. 5, pp. 1254–1257, 2002.
- [89] F. Okumuş, “Doğum Yöntemi Sectio Olan Kadınlarda Antenatal Bakım Alma Durumunun Değerlendirilmesi,” Gaziantep Üniversitesi, 2006.
- [90] Y. Ceylantekin, “Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi,” Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2006.
- [91] S. Konakçı, “Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi’nde 2002 Yılında Gerçekleşen Doğumlarda Sezaryen İle Doğum Sıklığı ve Buna Etki Eden Etmenler,” Dokuz Eylül Üniversitesi, 2003.
- [92] K. Desdicioğlu, “Fetal Dönemde Maternal Yaş ve Sigaranın Fetal Biyometrik Parametreler Üzerine Olan Etkilerinin Araştırılması,” *Acta Medica Alanya*, vol. 2, no. 2, pp. 111–116, 2018.
- [93] O. Neyzi *et al.*, “Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri,” *Çocuk Sağlığı ve Hast.*, no. Ocak-Mart, pp. 1–14, 2008.
- [94] M. Shafiq, “Anne Çocuk Bağlanması Ve Aile Durumu,” 2010.
- [95] A. Güleç, “Baba - Bebek Bağlanma Ölçeği’nin Türk Toplumunda Geçerlik ve Güvenirliliğinin İncelenmesi,” Ege Üniversitesi, 2010.
- [96] A. Gürol, “Bebek masajının anne bebek bağlanması ve emzirme başarısına etkisi,” Atatürk Üniversitesi, 2010.
- [97] H. B. Biller, “Fathers and Families Paternal Factors in Child Development,” London: Auburn House, 1993.
- [98] P. Serçekuş and H. Başkale, “Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment,” *Midwifery*, vol. 34, pp. 166–172, 2016.

10. EKLER

EK 1: Anne Bilgi Formu

Anket No:..... Tarih:.....

1. Yaş:.....

2. Öğrenim durumu:

1) () Okur-yazar değil 4) () Ortaöğretim mezunu
2) () Okur-yazar 5) () Yükseköğretim mezunu
3) () İlköğretim mezunu: süre.....

3. Resmi nikâhın bulunma durumu: 1 () Evet 2 () Hayır

4. Ne kadar süredir evli olduğu:yıl

5. Kaçınıcı evliliği:.....

6. Mesleği: 1 () Ev hanımı 2 () Diğer (Belirtiniz).....

7. Sosyal güvence: 1 () Yok 2 () Var:

8. Gebelik sürecinde gelişen sağlık sorununun bulunma durumu:

1) () Evet (Tanımlayınız)..... 2) () Hayır

9. Kronik sağlık sorununun bulunma durumu:

1) () Evet (Tanımlayınız)..... 2) () Hayır

10. Sürekli ilaç kullanma durumu:

1) () Evet (Tanımlayınız)..... 2) () Hayır

11. Sigara kullanma durumu:

1) () Hiç kullanmadı 2) () Bıraktı 3) () Halen içiyor

12. Sigarayı bıraktı ise:

1) () Ne kadar süre önce bıraktı.....
2) () Ne kadar süre içti (yıl olarak).....
3) () Hangi miktarda içtiadet/ gün

13. Halen sigara içiyor ise:

1) () Ne kadar süredir içiyor (yıl olarak).....
2) () Hangi miktarda içiyor (gebelik öncesi-gebelik süreci).....

14. İlk gebelik yaşı:.....

15. Kaçınıcı gebeliği:.....

16. Kürtaj: 1 () Yok 2 () Var:

17. Düşük: 1 () Yok 2 () Var:

18. Yaşayan kaçınıcı çocuğu:.....

19. Bebeğin doğum şekli: 1 () Vajinal yol ile doğum 2 () Sezeryan doğum

20. Gebelik döneminde kontrollere gitme durumu:

1 () Evet 2 () Kısmen 3 () Hayır

21. Gebeliğin planlı olma durumu:

1) () Planlı 2) () Plansız 3) () İstenmeyen

22. Bebek bakımı deneyiminin bulunma durumu:

1) () Evet, (Tanımlayınız)..... 2) () Hayır, (Tanımlayınız).....

23. Bebek bakımında destek alma durumu:

1) () Evet, (Tanımlayınız)..... 2) () Hayır

24. Bebek bakımı isteği:

1) () Var 2) () Yok, (Tanımlayınız).....

25. Bebek bakımı konusunda eğitim alma durumu:

1) () Evet 2) () Hayır

26. Cevabınız evet ise kimden aldığı (birden fazla işaretlenebilir):

- | | |
|---------------------------|--------------------------------|
| 1) () Hemşire | 4) () Kitap, dergi, gazete |
| 2) () Hekim | 5) () Diğer (Belirtiniz)..... |
| 3) () Aile büyüklerinden | |

27. Aile tipi:

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1) () Çekirdek aile | 3) () Parçalanmış |
| 2) () Geniş aile | |

28. Ekonomik durumu:

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| 1) () Gelirim giderimden fazla | 3) () Gelirim giderimden az |
| 2) () Gelirim giderime eşit | |

29. Eşinin (bebeğin babasının) öğrenim durumu:

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1) () Okur-yazar değil | 4) () Ortaöğretim mezunu |
| 2) () Okur-yazar | 5) () Yükseköğretim mezunu |
| 3) () İlköğretim mezunu, süre..... | |

30. Eşinin mesleği:

- | | |
|--------------|--------------------------------|
| 1) () Memur | 3) () Serbest meslek |
| 2) () İşçi | 4) () Diğer (Belirtiniz)..... |

31. Eşi ile akrabalık bağının bulunma durumu:

- | | |
|-----------|-------------------|
| 1 () Yok | 2 () Var : |
|-----------|-------------------|

32. Eşinin sağlık sorununun bulunma durumu:

- | |
|----------------------------------|
| 1) () Evet, (Tanımlayınız)..... |
| 2) () Hayır |

EK 2: Bebek Bilgi Formu

1. Gestasyon yaşı:hafta
2. Cinsiyeti: 1) () Kız 2) () Erkek
3. Doğum ağırlığı ve boyu:.....grcm
4. Doğumdaki baş çevresi:.....cm
5. Doğumdaki Apgar skoru:.....
6. Birinci aydaki ağırlığı ve boyu:.....grcm
7. Birinci aydaki baş çevresi:.....cm
8. Bebeğin ilk emzirilme zamanı: Doğumdandk. sonra
9. Bebeğe bakım veren kişi:.....
10. Bebeğin beslenme içeriği (Birden fazla seçenek işaretlenebilir):
 - 1) () Anne sütü 3) () Diğer (belirtiniz):.....
 - 2) () Mama
11. Kalça çıkıklığı:
 - 1) () Yok 2) () Var
12. Düzenli kontrollere getirilme durumu:
 - 1) () Hayır 2) () Evet
13. Emzirilme sıklığı:
 - 1) () Her istediğinde 3) () İki saat aralıklarla
 - 2) () Her ağladığında 4) () Diğer:.....
14. Günlük uyku süresi:saat
15. Geceemzirilme süresi (22.00-06.00 arası):dk
16. Emzik kullanma durumu:
 - 1) () Hayır 2) () Evet
17. Bebek ile birlikte aynı yatakta uyuma durumu:
 - 1) () Hayır 2) () Evet
18. Banyo yapma sıklığı:
 - 1) () Her gün 3) () Haftada bir
 - 2) () Günaşırı 4) () Diğer:.....
19. Masaj yapılma durumu:
 - 1) () Her zaman 3) () Bazen
 - 2) () Sık sık 4) () Hiçbir zaman

EK 3: Maternal Bağlanma Ölçeği

Aşağıda yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duyguları tanımlanmaktadır. Lütfen her ifadede tanımlanan duygu ve düşüncüyü ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

	HER ZAMAN	SIK SIK	BAZEN	HİÇBİR ZAMAN
1- Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum	a	b	c	d
2- Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum	a	b	c	d
3- Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum	a	b	c	d
4- Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum	a	b	c	d
5- Sadece bebeğimi görme bile beni mutlu ediyor	a	b	c	d
6- Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum	a	b	c	d
7- Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum	a	b	c	d
8- Bu bebek benim olduğu için çok memnunum	a	b	c	d
9- Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum	a	b	c	d
10- Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
11- Bebeğimi kucağımda tutmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
12- Bebeğimi uyurken seyrediyorum	a	b	c	d
13- Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum	a	b	c	d
14- Başkalarına bebeğimi anlatıyorum	a	b	c	d
15- Bebeğimin gönlünü almak zevklidir	a	b	c	d
16- Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
17- Bebeğimle gurur duyuyorum	a	b	c	d
18- Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum	a	b	c	d
19- Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu	a	b	c	d
20- Bebeğimin karakterini biliyorum	a	b	c	d
21- Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum	a	b	c	d
22- Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum	a	b	c	d
23- Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum	a	b	c	d
24- Bebeğime özel ilgi gösteriyorum	a	b	c	d
25- Bebeğim ağladığına onu rahatlatıyorum	a	b	c	d
26- Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum	a	b	c	d

EK 4:

EUROQOL 5D

EuroQol-5D Sağlığı Değerlendirme Anketi

Bugünkü Sağlık Durumunuz

Bugünkü sağlık durumunuzu en iyitaniılayan ifadeyi, aşağıdaki her gruptan bir şikk işaretleyerek belirtiniz. **Her bir gruptan birden fazla şikk işaretlemeyiniz.**

A- Hareket

- 1() Yürürken, hiçbir güçlük çekmiyorum
- 2() Yürürken bazı güçlüklerim oluyor
- 3() Yatalağım

B- Öz-bakım

- 1() Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum
- 2() Kendikendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor
- 3() Kendikendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

C- Olağan aktiviteler

(örneğin, iş, ders çalışma, ev işleri, aile içive ya boş zaman faaliyetleri)

- 1() Olağanışlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum
- 2() Olağanışlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor
- 3() Olağanışlerimi yapabilecek durumda değilim

D- Ağrı/rahatsızlık

- 1() Ağrı veya rahatsızlığımı yok
- 2() Ortaderecede ağrı veya rahatsızlarım var
- 3() Aşırıderecede ağrı veya rahatsızlarım var

E- Anksiyete/Depresyon

- 1() Endişeli veya moral bozukluğu içinde (depresyonda) değilim
- 2() Ortaderecede endişeliyim veya moralim bozuk (depresyodayım)
- 3() Aşırıderecede endişeliyim veya moralim çok bozuk (depresyodayım)

EK 4

EUROQOL- VAS

İnsanların sağlık durumunun ne kadar iyi ya da kötü olduğunu ifade etmelerine yardımcı olmak için hayal edilebilen en iyi sağlık durumunun 100, ve hayal edilebilen en kötü sağlık durumunun ise 0 noktası olan, dereceyebenzer bir ölçek çizdik.

Sizden istediğimiz, görüşünüze göre bugün sağlık durumunuzun ne ölçüde iyi veya kötü olduğunu bu derece üzerinde işaretlemenizdir. Lütfen bunu, kendi sağlık durumunuzu ifade ettiğini düşündüğünüz nokta ile siyah boyalı kutuyu, bir çizgi ile birleştirerek yapınız.

Hayal ettiğiniz
en iyi sağlık
durumu



Hayal ettiğiniz
en kötü sağlık
durumu

Ek 5: Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bu çalışma 37-42 gebelik haftasında doğum yapan annelerdekimaternal bağlanmanın (anne-bebek etkileşimi)birinci aydaki bebek sağlığı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır.Doğum sonrası Maternal bağlanma, zaman içinde gelişen, özel eşsiz bir ilişkidir. Anne-bebek bağlanma süreci gebelik, doğum ve doğum sonrasidönemde gelişir.Maternal bağlanma; annenin, bebeğini anlaması, doğru bir şekilde cevaplaması ve anne-bebek arasındaki karşılıklı etkileşim sonucunda zaman içinde gelişen bir süreçtir. Araştırmada Anne Bilgi Formu, Bebek Bilgi Formu, Maternal Bağlama Ölçeği, EuroQol Sağlığı Değerlendirme Anketiile veriler toplanacaktır.

Araştırma sırasında yaşamınızı tehdit edecek herhangi bir girişim ya da ilaç uygulanmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmanın başında ya da herhangi bir aşamasında araştırmadan çıkma hakkınız bulunmaktadır. Araştırmadan çıktığınız için bakım ve tedavi işlemleriniz ihmal edilmeyecektir. Araştırmadan elde edilen tüm bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak, kimliğiniz ve kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederek vereceğiniz bilgiler için teşekkürlerimi sunarım.

Sevinç Pehlevan Akça (GSM: 05066213555)

İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Yenidoğan Ünitesi (0212 459 63 07)

Ben,yukarıda yazılı olan bilgileriokudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

BireyinAdı Soyadı:

Tarih :/...../2014

İmza

Ek 6: Kurum İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı
İSTANBUL
SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
29/05/2018 10:24 - 16867222 - 604.01.01 - E.1783



Sayı : 16867222/604.01.01
Konu : Sevinç PEHLEVAN AKÇA'nın
Tez Çalışması Hk.

İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : a) 12/04/2018 tarihli ve 71211201-11378 sayılı yazı
b) 23/05/2018 tarihli ve 74839299-604.01.01-8364 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sevinç PEHLEVAN AKÇA'nın, Doç.Dr.Nurten KAYA'nın danışmanlığında yürütülen; "**Maternal Bağlanmanın Bebek Sağlığı Üzerindeki Etkisi**" konulu akademik çalışması, ilgi b) sayılı yazınızda geçen uygun görüşleriniz ile Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Başkan a.
Başkan Yardımcısı

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi

Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

Unvan: FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b164aad2-2c36-44a8-bbf5-03af0042bb30 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

11. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 10840098 – 181
Konu: Etik Kurulu Kararı

18/07/2014

Sayın Doç. Dr. Nurten KAYA

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Maternal bağlanmanın bebek sağlığı üzerindeki etkisi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

18/07/2014-İ.FİL

Tel: (0216)681 51 37
Faks:(0212)531 75 55
E-mail:ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres:Kavacık Mah.Ekinciler Cad.No:19,34810
Kavacık/BEYKOZ

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Maternal bağlanmanın bebek sağlığı üzerindeki etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Nurten KAYA			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	16.07.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	16.07.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 166	Tarih: 18.07.2014		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Berna EREN	Halk Sağlığı	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlkur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Sevinç	Soyadı	Pehlevan AKÇA
Doğum Yeri	Orhaneli	Doğum Tarihi	20.11.1984
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	11083703306
E-mail	sevincepehlevan_16@hotmail.com	Tel	05066213555

Eğitim Düzeyi

Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	-
Yüksek Lisans	2018
Lisans	2006
Lise	2002

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl)
1.	HEMŞİRE	İstanbul Üsküdar Sağlık Polikliniği	3
2.	HEMŞİRE	İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	10
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Zayıf	Zayıf

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

Bilgisayar Bilgisi