



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELERDE DEPRESİF SEMPTOM YAYGINLIĞI
VE
PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYİNİN İNCELENMESİ**

SİMGE SEZENLER

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

SIVAS- 2019

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELERDE DEPRESİF SEMPTOM YAYGINLIĞI
VE
PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYİNİN İNCELENMESİ**

SİMGE SEZENLER

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ NURİYE ERBAŞ**

SİVAS-2019

“Gebelerde Depresif Semptom Yaygınlığı ve Prenatal Bağlanma Düzeyinin İncelenmesi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : (Danışman) Dr.Öğr.Üyesi NURİYE ERBAŞ



Üye :Dr.Öğr. Üyesi EMİNE ALTUN YILMAZ



Üye :Dr. Öğr. Üyesi BAHTIŞEN KARYAL



ONAY

Bu tez çalışması, 20.06.2019 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Zübeyde AKIN POLAT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve yapmış olduğum tez çalışmasının her aşamasında benimle bilgi ve birikimlerini paylaşan, her konuda yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, anlayış ve sabırla karşılayan değerli tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Nuriye Erbaş'a,

Tez çalışmamı uygulayabilmem için izinleri ile olanak sağlayan Sivas İl Sağlık Müdürlüğüne, uygulama aşamasında yardımcı ve destek olan Sivas Kangal Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği ve Kangal Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına,

Tezimin yazım aşamasında yardım ve katkılarıyla desteklerini esirgemeyen Nuh Doğan'a

Çalışma hayatım ile birlikte sürdürdüğüm yüksek lisans eğitimim ve tez sürecimde bana manevi destek veren kıymetli annem, babam ve kardeşime,

Bu süreçte beni anlayışla karşılayan ve güç veren Ali Sarıkaya'ya ve zorlandığım aşamada yardımına koşan arkadaşım Feride Aksu'ya sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

GEBELERDE DEPRESİF SEMPTOM YAYGINLIĞI VE PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

Simge SEZENLER

Yüksek Lisans Tez

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Nuriye ERBAŞ

2019, 82 sayfa

Bu araştırma depresif semptom yaygınlığı ve prenatal bağlanma düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, tanımlayıcı araştırma özelliğindedir. Araştırmanın evrenini Sivas Kangal Aile Sağlığı Merkezi ve Kangal Devlet Hastanesi'ne 10 Nisan-10 Temmuz 2017 tarihleri arasında başvuran gebe kadınlar oluşturmuştur. Örneklemi ise belirtilen tarihler arasında araştırmanın örnekleme alınma kriterlerine uyan 150 gebe oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri ve Prenatal Bağlanma Envanteri ile toplanmıştır. Veri toplama formları gebe kadınlara yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay ve çalışmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Veriler bilgisayar ortamında SPSS (Versiyon:22.0) programında analiz edilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde, 2x2 düzenlerde ki-kare testi (χ^2 testi), çok gözlü düzenlerde ki-kare testi, basit korelasyon analizi, Pearson korelasyon analizi, t testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Verilerin sunumu için ortalama, standart sapma ve yüzdeler kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; Gebelerin yaş ortalaması 27.02 olup, %41.4'ü ilköğretim mezunu, evlilik yılı ortalamaları 6.41 yıl, %73.3'ü ev hanımı, %82.7'si orta gelirlidir. Gebelik sayıları ortalama 2.44 dür. %35.3'ü ilk gebeliğini yaşamaktadır. Gebelik süresinin ortalaması 27.76 haftadır. BDE kesme puanı 17 olarak kabul edildiğinde gebelerde %35.3 oranında depresyon yaygınlığı

saptanmıştır. BDE puan ortalamalarının 15.48 ± 10.12 (min 0-max 46) olduğu belirlenmiştir. Gebelerde genel olarak hafif düzeyde (%32.6) depresyon semptomları saptanmışken %11.3 oranında şiddetli düzey depresyon semptomları görülmüştür. Gebelerin 56.85 ± 12.64 (min 28-max 82) puan ile ortalamanın üzerinde bir bağlanma gösterdikleri bulunmuştur. Beck Depresyon Envanteri ile Prenatal Bağlanma Envanteri arasındaki ilişki analiz edilmiş ve istatistiksel olarak **negatif yönde anlamlı** bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre gebelerin gösterdiği depresif semptom şiddeti arttıkça prenatal bağlanmanın azaldığı görülmüştür. Bu nedenle prenatal dönemde depresyon saptanmış gebelerin tespiti yapılarak etkilenen gebeye gerekirse eşi ile birlikte bireysel eğitimler planlanmalı, ruh sağlığını iyileştirmeye, korumaya yönelik uygulamalar yapılmalı ve böylece anne bebek bağlılığının artışına katkı sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Depresif Semptom, Prenatal Bağlanma.

ABSTRACT
THE PREVALENCE OF DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG PREGNANTS
AND THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSIVE SYMPTOMS AND
PRENATAL ATTACHMENT

Simge SEZENLER

Master Thesis

Department of Obstetrics and Gynecology Nursing

Supervisor: Faculty Member, PhD Nuriye ERBAŞ

2019,82 pages

This study was conducted to determine the prevalence and prenatal attachment level of depressive symptoms.

The study is a descriptive research. The population of the study consisted of pregnant women who applied to Sivas Kangal Family Health Center and Kangal State Hospital between 10 April and 10 July 2017. The sample consisted of 150 pregnant women who met the sampling criteria of the study between the specified dates. The data of the study were collected by Personal Information Form, Beck Depression Inventory and Prenatal Attachment Inventory. Data collection forms were applied to the pregnant women by researcher via face-to-face interview method.

Prior to the study, the ethics approval was obtained from Sivas Cumhuriyet University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee and written approval was obtained from the institution where the study was conducted. Data were analyzed in SPSS (Version: 22.0) program in computing environment. In the statistical analysis of the data, chi-square test (χ^2 test) in 2x2 layouts, chi-square test in multi-eyed layouts, simple correlation analysis, Pearson correlation analysis, t test were used. The significance level was accepted as $p < 0.05$ in statistical analysis. Average, standard deviation and percentage were used for data presentation.

According to the results of the study; the mean age of the pregnant women was 27.02, 41.4% were primary school graduates, the average age of marriage was 6.41 years, 73.3% were housewife, 82.7% were middle income. The mean number of pregnancy is 2.44. 35.3% of them had a first pregnancy, the mean of pregnancy

duration was 27.76 weeks. When the BDI cut-off score was accepted as 17, depression prevalence was determined among 35.3% pregnant women. The mean score of BDI was determined to be 15.48 ± 10.12 (min 0-max 46). Pregnant women generally had mild (32.6%) depression symptoms and 11.3% had severe symptoms of depression. It was found that the pregnant women had an above-average attachment with a score of 56.85 ± 12.64 (min 28-max 82). The relationship between the Beck Depression Inventory and the Prenatal Attachment Inventory was investigated and a statistically significant negative correlation was found ($p < 0.05$).

According to the results of this study, it was found that as the depressive symptom severity of the pregnant women increased the prenatal attachment decreased. For this reason, pregnant women diagnosed with depression in prenatal period should be identified, if necessary, the affected pregnant woman should be planned individual training with her husband, practices should be made to improve and protect her mental health, and thus contribution should be made to increase mother baby attachment.

Keywords: Pregnancy, Depressive Symptom, Prenatal Attachment.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLOLAR DİZİNİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
1-GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2- GENEL BİLGİLER	5
2.1.Gebelik Dönemi ve Kadın Sağlığındaki Değişiklikler	5
2.1.2.Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler	9
2.2.Gebelerde Ruh Sağlığı ve Depresyon	10
2.3.Bağlanma Kavramı ve Prenatal Bağlanma	13
3- GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1.Araştırmanın Tipi	18
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	18
3.3.Araştırmanın Evreni	18
3.4. Araştırmanın Örneklemi	18

3.9.Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
4-BULGULAR	22
5- TARTIşMA.....	35
6-SONUÇ VE ÖNERİLER	42
6. 1. Sonuçlar	42
6.2. Öneriler	43
7-KAYNAKLAR.....	46
EKLER	55
EK1. KİşİSEL BİLGİ FORMU	56
EK.2. BECK DEPRESYON ENVANTERİ	58
EK.3. PRENATAL BAğLANMA ENVANTERİ	61
EK.4. CÜ KLİNİK ARAşTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİş OLUR FORMU	62
EK.5. PRENATAL BAğLANMA ENVANTERİ İZİN YAZISI.....	64
EK.6. ETİK KURUL İZİN FORMU.....	65
EK.7. SİVAS VALİLİğİ HALK SAğLIğI MÜDÜRLÜğÜ ANKET UYGULAMA İZİN YAZISI	67
EK.8. SAğLIK BAKANLIğI KAMU HASTANELERİ KURUMU ANKET ÇALIşMASI KURUM İZİNİ	68
ÖZGEÇMİş	69

TABLULAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4. 1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	22
Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	24
Tablo 4.3. Gebelerin BDE ile PBE Puan Ortalamaları ve Arasındaki İlişki	25
Tablo 4.4. Gebelerin BDE Puanına Göre Depresif Semptom Yaşama Oranları ve Depresif Semptom Düzeyleri	26
Tablo 4.5 Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre BDE Puan Ortalamaları .	27
Tablo 4.6. Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre BDE Puan Ortalamaları	29
Tablo 4.7. Gebelerin Diğer Obstetrik Özelliklerine göre BDE Puan Ortalamaları.....	30
Tablo 4.8. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre PBE Puan Ortalamaları .	31
Tablo 4.9. Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerine göre PBE Puan Ortalamaları	33
Tablo 4.10. Gebelerin Diğer Obstetrik Özelliklerine Göre PBE Puan Ortalamaları	34

SİMGELER VE KISALTMALAR

BDE	Beck Depresyon Envanteri
PBE	Prenatal Bağlanma Envanteri
TNSA	Türk Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
FSH	Folikül Stimulan Hormon
LH	Luteinizan Hormon
Min	Minimum
Max	Maksimum
SD	Standart Deviasyon
U	Mann Whitney U

1-GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik dönemi, gebelik tanısı almış bir kadının fizyolojik olarak değişim yaşaması ile birlikte psikolojik ve sosyal değişimleri yaşadığı, yeni roller kazandığı ve uyum sağlamasını gerektiren bir dönemdir (Beji, 2015; Şirin ve Kavlak, 2015). Kadının yaşamında önemli bir nokta olan gebelik sürecinde, kadının vücudunda hormon artışı ve fetüsün büyümesinden kaynaklanan birçok fizyolojik ve psikolojik değişiklik ortaya çıkar (Beji, 2015). Gebelikteki fizyolojik değişiklikler genelde vaskülarizasyon ve hormon seviyelerinde ki artış ile meydana gelir. Buna bağlı olarak birtakım fiziksel değişimde görülür; memelerde şekil ve görünüm olarak değişim, hassasiyet ve dolgunluk, ilk trimester de bulantı kusmalar, tat alma ve koku duyularında hassasiyet artışı, barsaklarda motilite azalması, diş etlerinde hiperemi ve hipertrofi, miksiyon sıklığında artış, ciltte vaskülarizasyon ve pigmentasyon değişiklikleri, kilo alma meydana gelir (Taşkın, 2009; Beji, 2015; Şirin ve Kavlak, 2015). Kadınlarda gebeliğe ilişkin oluşabilen bu fizyolojik ve fiziksel değişiklikler, psikolojik değişikliklerin de kaynağını oluşturur. Psikolojik değişimler sonucu gebelerde psikolojik bozukluklar meydana gelebilir (Taşkın, 2009; Beji, 2015; Şirin ve Kavlak, 2015;).

Gebelik döneminde en sık görülen psikolojik bozukluklardan biri depresyondur ve gebelikte ortaya çıkması gebenin yaşam kalitesini dolayısıyla fetüsün sağlığını olumsuz etkilemektedir (Kuğu ve Akyüz, 2001; Savrun, 2008; Çam ve Engin, 2014; Özorhan ve ark. 2014; Dağlar ve ark. 2015). Daha önceki yıllarda üreme ve kadın sağlığı hizmetlerinde daha çok doğum sonu yaşanan depresyon ele alınmakta ve buna yönelik önlemler alınmakta iken, günümüzde artık doğum öncesi depresyon önemsenmekte ve daha ön planda yer verilmektedir (Furber ve ark. 2009). Dağlar ve ark.(2016)'nın yapmış olduğu bir çalışmada gebe kadınlarda anksiyete ve depresyon oranları doğum sonu döneme göre oldukça yüksek bulunmuştur. Dünya'da ve Türkiye'de prenatal dönemde yapılan birçok çalışmada depresyon oranları %7.2-%58.9 arasında bulunmuştur. Dünya'da gebelerde görülen depresyon oranı %7.2-%40.3 olarak belirtilmiştir (Niaz ve ark.2004; Hamirani ve ark.2006; Lee ve ark.2007; Lancaster ve ark. 2010; Lee,2016). Türkiye'de ise bu oran %45.3-

%58.9 aralığındadır (Tunç ve ark.2012; Çelik ve ark. 2013; Dağlar ve ark.2016; Bulut ve Yiğitbaş,2018). Görüldüğü gibi ülkemizde görülen depresyon oranı dünya ülkelerine göre oldukça yüksektir.

Gebelik boyunca anne ve fetus sağlığının korunması ve geliştirilmesi için gebenin yaşadığı depresif belirtilerin belirlenmesi değerlendirilmesi ve gözden kaçırılmaması önemlidir (Çalık ve Aktaş, 2011; Özdamar ve ark. 2014). Literatürde bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar gebelikte depresyon yaşayanlarda preterm eylem, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu, polihidramnios, preeklamsi, gestasyonel diyabet, spontan abortus, antenatal kanama, artmış uterin arter direnci, düşük apgar skoru vb. sorunların oluşabileceğini belirtmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011; Eskici ve ark. 2012).Bu sorunlara ek olarak neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, neonatal büyüme geriliği, spontan erken doğum, fetal ölüm, gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma, perinatal ve doğum komplikasyonları oluşumları riski arttığı saptanmıştır (Hoffman ve Hatch, 2000;Diego ve ark. 2009).

Gebelikte ortaya çıkan depresif belirtiler erken dönemde değerlendirilip gerekli tedavi uygulanmadığı takdirde anne ve fetusu sadece fizyolojik yönden değil psikolojik yönden bağlanma boyutu ile de etkileyebilir (Kocabaşoğlu ve Başer, 2008).Gebeliğin başlaması ile birlikte anne ile fetus arasında bir bağ/ilişki oluşur, oluşan bu bağın güçlülüğü annenin yaşadığı psikolojik durumlara bağlı olarak değişmektedir (Condon ve Corkindale,1997; Lindgren, 2001; Tunçel ve Süt,2019).Gebenin yaşamış olduğu fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin anne ile fetus bağlanmasındaki etkisi büyüktür (Eswi ve Khalil, 2012; Yılmaz,2013).Gebenin yeni bir rol olan annelik rolüne geçişinin başladığı bu dönemde yaşanan değişiklikler gebe tarafından olumlu karşılanabilir veya aile sürecine etki ederek bir krize dönüşebilir,bu durum gebenin fetüse karşı oluşturduğu bağı olumsuz etkileyebilmektedir (Deliktaş ve ark. 2015; Mutlu ve ark. 2015).

Bağlanma kavramı Bowlby'a göre iki kişi arasındaki güçlü bağıdır (Bowlby, 1969). Prenatal bağlanma ise anne-baba ve fetus arasında kurulan duygusal bir bağıdır (Condon ve Corkindale,1997; Beji ve Yılmaz, 2013; Yılmaz,2013).Yapılmış bir çalışmada anne fetus arasındaki bağlanma sürecinin doğumdan önce başladığı ve annenin fetusun hareketlerini hissetmesinin bu bağlılığı artırdığı belirtilmiştir (Sezici

ve ark. 2016). Nelson (2003) ise çalışmasında prenatal dönemde bağlanmanın önemli bir yeri olduğunu ayrıca ebeveyn olmaya karar verme, anne ile fetüs bağına hissetme ve sorumlulukları kabullenme sürecinin bağlılığı oluşturduğu belirtilmiştir. Prenatal dönemde bağlanma ile ilgili literatür çalışmaları incelendiğinde prenatal bağlanmayı etkileyen birçok faktör olduğu belirlenmiştir (Lindgren, 2001; Yarcheski ve ark. 2009; Yılmaz ve Beji, 2010; Elkin,2015; Sezici ve ark. 2016). Bu faktörlerden sosyal destek alma (Metin ve Pasinlioğlu, 2016), gebelikte yapılan olumlu sağlık uygulamaları (Lindgren,2001; Balaban, 2016), gelir durumunu iyi olması (Lindgren, 2001; Elkin, 2015; Metin, 2016), gebelik haftasının fazla olması (Elkin, 2015) ve duygusal zekâ düzeylerinin yüksek olması (Buko ve Özkan, 2016) gibi faktörlerin bağlanmayı olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir. Bunun dışında 35 yaş üstü gebe kalma, öğrenim düzeyi düşüklüğü, gebeliği sırasında çalışmıyor olma, multipar olma (Yılmaz ve Beji, 2010) gibi faktörlerin ise bağlanmayı olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır. Lindgren (2001)'in 252 gebe ile yapmış olduğu çalışmada; gebelikte yaşanan depresif semptomlar arttıkça bağlanma negatif yönde etkilendiği ve olumlu sağlık uygulamaları arttıkça bağlanmanın pozitif yönde etkilendiği belirtilmiştir. Hemşireler gebelik sürecinde bağlanmanın güçlü şekilde gerçekleşmesi ve psikolojik problemlerin ortaya çıkmaması adına birçok role sahiptir. Gebeliğin isteyerek gerçekleşmesi, daha sonra annenin gebeliği benimsemesi, yaşanabilecek sıkıntılara karşı gebenin uyum sağlayabilmesi açısından fiziksel takibin yanı sıra psikolojik yönden de düzenli takip ve incelemelerin yapılması, uygun tedavi ve bakımın sürdürülmesi önem taşımaktadır.

Gebelik sürecinde kadın ve fetüsün fizyolojik olarak nasıl etkilendiğine dair günümüze kadar birçok çalışma yapılmıştır (Diego ve ark. 2009; Çalık ve Aktaş, 2011; Eskici ve ark. 2012; Mutlugüneş ve Mete, 2013). Literatür incelendiğinde ülkemizde depresyon (Karaçam ve Ançel,2009; Arslan ve ark. 2011; Tunç ve ark. 2012; Dağlar ve Nur, 2014; Elkin,2015) ve prenatal bağlanma (Lindgren,2001; Karaçam ve Ançel,2009; Elkin, 2015; Buko ve Özkan, 2016; Metin ve Pasinlioğlu, 2016) ayrı ayrı çalışılmıştır fakat gebelerde depresyon erken tanınıp tedavi edilmediği takdirde bağlanmayı nasıl etkileyeceği boyutuna bakılmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma gebelerde depresif semptom yaygınlığı ve prenatal bağlanma düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Gebe kadınlarda depresyon semptomlarının yaygınlığı nedir?
2. Gebe kadınların prenatal bağlanma düzeyi nedir?
3. Gebelerde görülen depresif semptomlar ile prenatal bağlanma arasında ilişki var mıdır?



2- GENEL BİLGİLER

2.1.Gebelik Dönemi ve Kadın Sağlığındaki Değişiklikler

Üreme bir canlının neslini devam ettirebilmek amacıyla kendisine benzer yeni bireyler meydana getirmesidir. Üreme nesilden nesile geçiştir ve bu nesilden nesile geçişi kadında üreme hücresi olan ovum ve erkek üreme hücresi olan spermium sağlar (Taşkın, 2009; Şirin ve Kavlak,2015). Spermiumla ovumun birleşmesi ve kromozomların kaynaşması ile fertilizasyon oluşur ve zigot adı verilen 46 kromozomlu yeni bir hücre meydana gelir. Zigot bölünerek çoğalır ve blastosist oluşturur, blastosist endometriyuma implante olur ve böylece gebelik başlamış olur. Gebeliğin süresi son menstruasyonun ilk gününden itibaren 280 gün,10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay)'dır. Gerçek gebelik süresi ise fertilizasyondan sonra 267 gündür (Taşkın,2009; Beji, 2015).

Kadın olma süreci biyolojik cinsiyet ile başlarken toplumsal rollerle şekillenir. Kadın için en önemli rollerden birisi de anneliktir. Anne olma süreci gebelikle başlar ve bu süreç bireysel, çevresel ve kültürel faktörlerden etkilenerek her kadın için farklı özellikler taşır (Körükçü ve Kukulu,2010; Körükçü ve Kukulu,2012; Erden-İmamoğlu,2013; Deliktaş ve ark. 2015). Kadının doğurganlığı kadın vücudu için normal fizyolojik bir olay olarak görülse de gebeliğin getireceği risklerle bir bütün olmaktadır (Taşkın,2009).Kadın gebelik sürecinde içinde bulunduğu rol değişimini benimsemeye çalışırken bir yandan da bu yeni rolün beraberinde getirdiği sorumlulukları göz ardı edemeyecektir ve bununla birlikte sosyal yaşantısında değişimler yaşayacak, bedeninde fiziksel farklılıklar yaşayacak ve çalışma hayatı içerisinde ise zorlanmalar veya kesintiler yaşayacaktır (Stuart,2004; Altın,2012). Ayrıca kronik hastalığı olan ya da erken ve ileri yaştaki kadınlar için gebelik dönemi yoğun korku ve belirsizlikler dönemi olabilir. Böyle durumlarda hem anne hem de bebek açısından sağlıklı bir şekilde gebeliğin sonuna ulaşmak için destek ve sıkı takip gerekecektir (Şirin ve Kavlak,2015).

Birçok kadın gebelik döneminde olumlu beklentiler içerisinde olmaktadır fakat gebeliğin beraberinde getirdiği fizyolojik, psikolojik ve duygusal değişimlere her kadın uyum sağlayamamakta ve bazı kadınlarda farklı düzeylerde duygulanım

bozukları meydana gelmektedir. Bu durum hem gebe hem ailesi için olumsuz bir gebelik süreci oluşturmaktadır (Beydağ, 2007; Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008; Dağlar ve ark.2015; Şirin ve Kavlak,2015). Kadın, mide bulantısı ve memelerde gerginlik gibi gebeliğin ilk belirtilerini gösterdiği dönemlerde duygusal olarak değişim yaşamaktadır ve zaman ilerledikçe bedende fiziksel değişimler, cinsel ilgide değişimler yaşanabilir bu durum anksiyeteye yol açabilir. Gebeliğin sonuna doğru ise doğum şekli, bebek bakımı ve bebek sağlığı ile ilgili düşünceler anne adayında yüksek anksiyeteye ve sosyal iç çekilmeye neden olabilir. Bu durum ile baş edemeyen gebe için bir kriz dönemi başlamaktadır (Carter ve Kostaras,2005; Cantwell ve Cox,2006; Özdamar ve ark.2014).

2.1.1.Gebelikte Görülen Fizyolojik ve Fiziksel Değişiklikler

Fertilizasyon sonrasında gebeliğin sağlıklı bir şekilde ilerlemesi için kadın üreme sistemlerinde fizyolojik,fiziksel ve biyokimyasal değişiklikler görülür. Bu değişiklikler gebelik boyunca annenin fetüsü beslemesi ve ihtiyaçlarını karşılaması için meydana gelmektedir. Meydana gelen bu fizyolojik değişiklikler doğumdan sonra ilk altı ile sekiz hafta sonunda gebelik öncesi döneme döner (Şirin ve Kavlak,2015).

Sistemlerde ki fizyolojik ve fiziksel değişiklikler şu şekildedir:

Gebelikte hormon seviyelerinde ve vaskülarizasyonda ki artış nedenleriyle *genital* sistemde değişiklikler gözlenir. *Uterusta* ki değişiklik östrojen ve progesteronun düz kas lifleri ve endometriyum üzerine olan etkisinden dolayı myometriyum ve endometriyumda hipertrofi ve hiperplazidir bunun sonucunda gebelik öncesi 50-70 gr olan uterus 1000-1500 gr'a ulaşır (Beji,2015; Şirin ve Kavlak,2015). Uterusun büyümesi fetüsün büyümesi hakkında bilgi verir, büyüklüğün hangi gebelik haftası ile uyumlu olduğunu gösterir ve doğum tarihini tahmin etmede yardımcı olur. Gebeliğin başlangıcından itibaren *uterusta* ağrısız düzensiz kontraksiyonlar gözlenir, gebeliğin ikinci trimesterinden sonra ise bu kontraksiyonlar karından palpasyonla hissedilir ve bu kontraksiyonlara *Braxton Hicks Kontraksiyonları* denir. Gebeliğin son dönemlerinde bu kontraksiyonlarda artma olur ve gebeyi huzursuz edebilir (Taşkın,2009).

Serviks ise kan akımındaki artmadan dolayı 6-8. haftalarda mavimsi siyanotik renk (Chadwick's Belirtisi) alır ve yumuşar (Goodell's Belirtisi). Servikal kanal progesteronun etkisi ile gebelik süresince servikal glandların salgıladığı müköz bir tıkaç ile dolar ve bu tıkaç doğumdan hemen önce hafif kanlı müköz şeklinde atılır (Beji, 2015; Şirin ve Kavlak, 2015). *Overlerde* östrojen ve progesteron yükselmesi ile FSH ve LH baskılandığından dolayı ovum üretimi durur. Korpus luteum human koryonik gonodotrop (hCG) hormonunun etkisi ile 6-8. haftalarda FSH ve LH gelişmeye başlar (Beji,2015).

Vajinada östrojenin artmasıyla birlikte mukozal tabakada kalınlaşma, konnektif dokuda gevşeme ve vajinal akıntı miktarında artma görülür (Beji,2015). Gebelikte *vulva*, *perinede* damarlaşmanın artması ve gelişen uterus baskısı ile varislere yatkın hale gelir (Bogren,1991; Bustan ve ark.1995; Taşkın,2009; Ertem ve Sevil,2010). *Memelerde* ise ilk haftalarda hassasiyet vardır, östrojen artışı ile meme duktuslarında hipertrofi, artan progesteron ile de areolarda artış görülür. Birinci trimester sonunda memeler büyür, areola koyulaşır, meme başı çıkar, ikinci trimesterden itibaren kolostrum salgısı başlar (Beji, 2015; Şirin ve Kavlak, 2015).

Kardiyovasküler sistemde, büyüyen uterusu fetüsün ve plasentanın kan ve oksijen ihtiyacını karşılayabilmek için bazı değişiklikler meydana gelir. Kan hacminde, kardiyak outputta, nabız hızında ve kan hücrelerinde artış, kan basıncında değişimler oluşur. *Solunum sisteminde* gebeliğin 16-40. haftalarında anne ile birlikte fetüs ve plaseenta ihtiyaçlarını karşılamak için oksijen tüketimi artar. Büyüyen uterusla birlikte diyafram yükselir ve gebelerde %60-70 nefes darlığı gelişir. Ayrıca gebelerde gebelik riniti olarak bilinen nazal konjesyon ve tıkanıklık yaygın görülür. Nazal mukozanın vasküler konjesyonu ve artan östrojen ile epistaksis görülebilir (Beji, 2015; Şirin ve Kavlak, 2015).

Gastrointestinal sistemde ilk trimester boyunca görülen bulantı kusmaların nedeni blastosist implantasyonunda salınan hCG ve erken gebelikte meydana gelen karbonhidrat metabolizmasındaki değişiklik olarak bildirilmiştir. Tat alma ve koku duyularında hassasiyet artışı, barsaklarda motilite azalması, dış etlerinde artan östrojene bağlı hiperemi ve hipertrofi görülür, buna bağlı ödem ve kolay kanama oluşur (Beji,2015). *Üriner sistemdeki* değişiklikler, büyüyen uterusun mesaneye basınç

yapması ile birinci trimesterde gebenin idrara çıkma sıklığı artar. İkinci trimesterde abdomen içine doğru büyüyen uterusun mesane üzerine olan basıncı azalır fakat terme yakın mesaneye basınç tekrar artar (Beji,2015). *Endokrin sistemde* hipofizinin iki kat büyümesi, tiroid bezinde ve adrenal kortekslerde hipertrofi, kortizol aldosteron hormonunun fazla salınması gibi yapı ve fonksiyonel değişimler görülür (Şirin ve Kavlak,2015).

Merkezi sinir sistemindeki değişikliklere bakıldığında ilk trimester ile doğum sonu iki ay arasında uykuya dalmada zorluk, sık uyanma, konsantrasyon bozuklukları, hafızada azalma görülebilir (Beji, 2015; Şirin ve Kavlak, 2015). *Metabolik değişimler* ise uterus büyümesi, fetüs, plasenta, amniyon sıvısı, memelerin büyümesi, kan hacmi artışı, ekstrasellüler ve ekstrasellüler sıvı artışı, bir kısmı ise hücresel sıvı, yağ ve protein depolarındaki artış nedeni ile kilo alma olur. Gebelikte alınması gereken kilo aralığı normal kiloda ki bir kadın için 11,5 kg-16 kg arasındadır. Kilo alımı birinci trimesterde bulantı kusmalara bağlı azalabilir, daha sonra kaybedilen kilo tekrar alınır (Beji, 2015; Şirin ve Kavlak, 2015). *Kas iskelet sisteminde* ise pelvik eklemlerdeki gevşeme pelvik hareketliliği artırarak kadının salınarak yürütmesine neden olur, büyüyen uterusun öne doğru çıkması ile lumbosakral bölgede lordosis artar bu da bel ağrıları ortaya çıkarır (Taşkın,2009). *Deride* ise cilde olan kan akımının artışı ile ter ve yağ bezleri faaliyetini artırır gebede terleme oluşur, östrojen artışı ile hiperpigmentasyon gelişir deride koyulaşma meydana gelir, en çok alın, yanaklar ve burunda görülür bu duruma gebelik maskesi (*kloasma*) denir (Taşkın,2009).

Gebeliğin başlaması ile birtakım yakınmalar görülebilir;

Birinci trimesterde görülen fiziksel ve emosyonel yakınmalar; Sık idrara çıkma, üriner inkontinans, yorgunluk, bulantı kusma, göğüslerde hassasiyet, konstipasyon, burun tıkanıklığı ve burun kanaması, diş eti kanaması, aşırmeye, vajinal salgıda artma(lökore)dir.

İkinci trimesterde görülen fiziksel ve emosyonel yakınmalar; Halsizlik, bulantı kusma devam edebilir. Buna ek olarak; bacak krampları, varisler, hemoroid,

gaz şikâyetleri, büyüyen uterusun lumbo-sakral vertebra eğimini artırmasına bağlı sırt ağrıları görülmektedir.

Üçüncü trimesterde görülen fiziksel ve emosyonel yakınmalar; Birinci trimesterden beri olan yorgunluk, üriner inkontinans, solunum sıkıntısı, dispne, mide yanması, hazımsızlık, ödem ve Braxton Hick kontraksiyonları olabilir (Beji,2015).

2.1.2.Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler

Kadının gebeliği boyunca yaşadığı fizyolojik değişiklikler,psikolojik değişikliklerin kaynağını oluşturur (Beji, 2015; Şirin ve Kavlak, 2015).

Her kadın için gebelik farklı anlamlar taşımaktadır. Meydana gelen değişimlere verilen tepkiler her kadında aynı değildir. Tepkinin seviyesi ve türü bireyin yaşanmışlığına,korkularına ,istek ve arzularına ,aile veya eşi ile yaşadığı ilişkilere,anne ve kadınlık rolü algılayışına göre olumlu veya olumsuz olarak değişim göstermektedir (Taşkın,2009;Beji,2015).

Trimesterlere göre incelendiğinde görülen psikolojik değişiklikler;

Birinci Trimester: Gebeliğin ilk aylarında menstruasyonun kesilmesi, bulantı kusmaların olması, yorgunluk hissi, çok uyuma isteği kadında gebelik için uygun zaman olup olmadığı konusunda tereddütler meydana getirebilir. Bu trimesterde yoğun olarak ambivalan duygular yaşanır. Bebeğe karşı sevgi azdır ama gebe kadın fetüsün sağlıklı olduğunu da bilmek ister. Ayrıca gebe olduğunu etrafındakilerinde öğrenmesini ister (Taşkın,2009; Beji, 2015; Şirin ve Kavlak, 2015).

İkinci Trimester: İkinci trimesterde kadın gebe görünümünü kazanmıştır ve bu değişim çoğu gebede ambivalan duyguların azalarak gebeliğini kabullenmesini sağlar. Ayrıca bulantı kusmalar biter gebe kendini daha iyi hisseder ve olumlu duygular geliştirir. Bu trimesterde ‘*Quackening*’ denen fetüs hareketleri başlar buda kadının ilgisini kendi içine yöneltir, bebek ve kendi gebeliği ile ilgili bilgi öğrenmeye isteklidir, çoğu gebe doğmamış bebeği ile konuşmaya başlar ve böylece anne-fetüs arasında emosyonel bir bağ oluşur. Gebeliği benimsemiş olsa da kadın bu dönemde pasif olma, kendini beğenme, fiziksel durumuna bağlı utanma veya gurur yaşar (Taşkın,2009; Beji, 2015; Şirin ve Kavlak, 2015).

Üçüncü Trimester: Bu trimesterde anne adayının fiziksel olarak görünümü büyümüştür, hareketleri yavaşlar ve çabuk yorulur. Doğuma hazırlık evresidir ve gebe doğum korkuları, bebeğin sağlığına ilişkin korkular yaşar, bu durum gebe kadının kendini psikolojik olarak doğuma hazırlanması gereksinimini ortaya koyar (Taşkın,2009; Beji, 2015; Şirin ve Kavlak, 2015).

2.2.Gebelerde Ruh Sağlığı ve Depresyon

İnsan fiziksel, ruhsal ve sosyal yönüyle bütünlük oluşturan bir varlıktır. “Ruhsal” kavramı insanın normal, anormal davranışları ve düşünceleri ile sağlıklı olup olmadığının açıklanabilmesinde kullanılan bir kavramdır (Öztürk ve Uluşahin,2011).

Ruh sağlığı, bireyin kendisi ve çevresi ile duygu, düşünce ve davranış açısından uyum ve denge içinde olmasıdır ve her birey bu dengeyi sağlamaya çalışır. Bu dengenin sağlanabilmesi için birey doğuştan ve de sonradan kazanılan bazı dürtü ve uyum düzeneklerine sahiptir. Uyum sağlandığında birey biyolojik psikolojik ve sosyolojik açıdan sağlıklı demektir. Bu uyum ve dengeyi bozacak herhangi bir faktör olduğunda çeşitli bozukluk ve hastalıklar meydana gelir (Çakar Savi,2017). Ruh sağlığı bozukluğu, duygu, düşünce ve davranışlarda tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik görülmesidir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Her birey zaman zaman bu tür örüntüler sergileyebilir ancak psikolojik rahatsızlık yaşayan kişilerde bu özelliklerin sürekli veya tekrarlayıcı olması, kişinin günlük rutinini, işlevini ve kişiler arası ilişkilerini bozacak nitelikte olması beklenir. Bu psikolojik rahatsızlıklardan biri ise bir duygu durum bozukluğu olan depresyondur (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal,2011). Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal (2011)’ın belirttiğine göre, depresyonda çökkün duygulanım, enerji azlığı ve ilginin ya da alınan zevkin kaybı çekirdek özelliklerdir. Konsantrasyon azlığı, öz güven azalması, suçluluk duyguları, karamsarlık, kendine zarar verme ya da öz kırım düşünceleri, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve libido azalması diğer sık görülen belirtilerdir. Sosyal ve mesleki işlev bozulur ve APA DSM-V¹ depresyon tanısı koyulması için tablonun

¹ APA DSM-V (American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 5th ed. Arlington, 2013.

en az iki hafta sürmesi gerektiğini belirtmiştir. Belirtilerden biri mutlaka hayattan zevk alamama veya çökkünlük olmak kaydıyla 9 belirtiden (Çökkünlük, isteksizlik ve hayattan zevk alamama, yorgunluk ve enerji azalması, kiloda değişiklikler, uyku bozuklukları, psikomotor yavaşlama, değersizlik ve suçluluk duyguları, dikkat bozukluğu, ölüm düşünceleri ve intihar girişimleri) en az 5'i görülmelidir (Songur,2017). Depresif bozukluğun etiyolojisinde rol oynayan faktörler, biyolojik, genetik ve psikososyal faktörler olarak ayrılabilir fakat bu faktörler birbirinden bağımsız olarak düşünülemez (Helvacı Çelik ve Hocoğlu,2016).

Kadın intaruterin dönemden yaşlılık dönemine kadar geçirdiği yaşam evrelerinin her birinde fiziksel ruhsal ve sosyal değişimler yaşamaktadır. Yaşanılan bu değişimler kadını psikiyatrik hastalıklara yatkın hale getirmektedir (Taşkın,2009).Çopoğlu ve ark. (2015) ruhsal hastalıkların kadınlarda sıklıkla 18-45 yaşları arasındaki reproduktif dönemde ortaya çıktığını belirtmişlerdir. On dokuzuncu yüzyıldan bu yana menstruasyon ile davranış değişiklikleri arasındaki ilişki deneysel ve klinik olarak araştırılmaktadır. Menarş, gebelik, doğum ve menapoz bir kadının yaşantısındaki en önemli dönemlerdir (Özkan,1993; Marakoğlu ve Şahsıvar,2008).Kadının ilk olarak puberte ile başlayan hormonal, bedensel ve duygusal değişimi,her menstrual siklusta devam etmektedir,daha sonra doğum ve lohusalık döneminde yaşanan değişimler,perimenapoz sürecinde hormon azalmasına bağlı yaşanan farklı bedensel,ruhsal değişimler bunlara ek olarak kazanılan ve değişen bazı roller,yaşanılan stresler kadını depresyona yatkın hale getirmektedir (Akdeniz ve Gönül,2004; Dağlar ve ark.2015). Özellikle gebeliğin başlaması ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler, cinsel ilgide ki değişiklikler ve doğumla ilgili anksiyete, duygudurum değişikliği psikolojik hastalıklar açısından risk oluşturmaktadır (Özdamar ve ark. 2014).

Gebelik döneminde gebenin işlevselliğini ve yaşam kalitesini bozan ve fetüsün sağlığını da etkileyen psikolojik bozukluklardan en sık görüleni *depresyondur* (Çam ve Engin, 2014; Dağlar ve ark. 2015; Kuğu ve Akyüz, 2001; Özorhan ve ark. 2014; Savrun, 2008).Gebelikte görülen somatik yakınmalar, depresyon, anksiyete belirtileri hekimler tarafından genellikle gebelikle ilgili

hormonal ve fiziksel değişimlere bağlanmakta ve tedavileri ihmal edilmektedir. Tedavisi ihmal edilen bu hastalıklar ise annenin yaşam kalitesini düşürerek anne bebek ilişkisinin fizyolojik ve psikolojik yönden bozulmasına yol açmaktadır (Özdamar ve ark.2014). Gebelikte depresyon hem anne sağlığını hem de fetal sağlığı etkileyen bir hastalık olarak bilinmektedir. Bu konuda çeşitli psikolojik ve biyolojik açıklamalar yapılmış olsa da hormonal hipotezler daha çok ön plandadır (Chung ve ark.2001; Marakoğlu ve Şahsıvar,2008; Field,2017). Bir meta-analiz çalışmasında gebelikte görülen depresyonun olumsuz etkileri arasında doğum sonrası depresyon, baba depresyonu, prematürite ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma bulunmaktadır (Field,2017).

Gebelikte depresyon oluşumunda anne yaşının küçük olması, düşük eğitim seviyesi, düşük sosyoekonomik düzey, gebelik sayısı, istenmeyen gebelik olması, fetüsün sağlığı konusunda duyulan kaygı, gebelikten önce kendinde ve ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olması rol oynamaktadır (Daştan ve ark. 2015; Ortaarık ve ark. 2012; Yılmaz ve Beji, 2010). Bunlara ilaveten gebenin eşinin işi olmaması, gelir düzeyi, eş veya aileden şiddet görme, gebelikte sigara alkol kullanımı, premenstrual sendrom, aileden destek görememe, ev kadını olma, gebelik sırasında çalışmama, jinekolojik öyküde, kürtaj sıklığı, düşük ve gebeliğe ilişkin ikilemli duygular, ölü doğum, düşük yapma gibi birçok faktörün de etkili olduğu belirtilmiştir (Özkan,1993; Marakoğlu ve Şahsıvar,2008; Melville ve ark.2010; Field ve ark.2010; Özorhan ve ark.2014).Gebelik öncesinde antidepresan tedavisi alanların gebe kaldıklarında tedavilerini kesmek zorunda kalmaları da gebelikte depresyonun tekrarlaması açısından risk oluşturmaktadır (Özkan,1993; Akdeniz ve Gönül,2004; Marakoğlu ve Şahsıvar,2008). Gebelikte yaşanan depresif semptomlar annenin duygu durumunu etkileyerek, gebelikle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği belirtilmektedir. Birinci trimesterde bu semptomlar, uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğü olarak görülebilir. Benzer şekilde 3. trimester de de anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, doğumla ilgili kaygılar görülebilmektedir (Marakoğlu ve Şahsıvar,2008).

Gebelik esnasında görülen depresif semptomların fetüs üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğu ileri sürülmüştür ve bu etkiler farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Gebelikte meydana gelen depresyonda artan norepinefrin ve kortizol düzeyine bağlı olarak uterusu giden kan akımı azalır ve hem gebe hem de fetüste çok ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar oluşturabilir (Marakoğlu ve Şahsıvar,2008;Çalık ve Aktaş,2011; Dağlar ve ark.2015). Gebeliğin hipertansif hastalıkları (preeklampsi-eklampsi) ise gebelikteki depresyonla ilişkili bulunan en önemli durumlar arasındadır. Gebelikte depresyonla ilişkili bulunan diğer durumlar şunlardır: Spontan abortus, antenatal kanama, artmış uterin arter rezistansı, düşük Apgar skoru, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, neonatal büyüme geriliği, spontan erken doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma, perinatal ve doğum komplikasyonları, preterm eylem ve yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurmaktır (Savrun,2008; Marakoğlu ve Şahsıvar,2008). Gebelikte özellikle hafif ve orta şiddetli depresyonlarda psikoterapi ve psiko-eğitim başta olmak üzere mutlaka tedavi edilmelidir (Savrun,2008).

2.3.Bağlanma Kavramı ve Prenatal Bağlanma

Bağlanma kavramı, John Bowlby ve Mary Ainsworth'un Freud ve diğer psikanalitik düşünürlerin fikirlerinden yola çıkarak beraber yaptıkları çalışmaların bir sonucu olarak gelişmiştir (Tüzün ve Sayar,2006). Bowlby'nin tanımına göre; bağlanma kavramı iki kişi arasındaki güçlü bağlıdır. Bowlby insanların kendileri için önemli olan kişilere karşı bu bağı duygusal olarak geliştirdiğini ifade etmiştir (Bowlby,1969; Bowlby,1973; Morsünbül ve Çok,2011). Literatürde birçok kaynakta bebeğin anneye oluşturduğu duygusal ilişki ile annenin bebeğine karşı geliştirdiği duygusal ilişki bağlanma kavramını tanımlamaktadır. Bonding genel olarak ebeveynin çocukla olan ilişkisini sevgisini tanımlamaktadır (Doan ve Zimerman,2008; Ross-Davie ve ark.2014).

Prenatal (doğum öncesi) dönem, gebeliğin başladığı andan doğumun gerçekleştiği ana kadar olan dönemi kapsar. Sezici ve ark.(2016) yaptıkları veri tabanlı literatür çalışmasında anne bebek bağlanmasının prenatal dönemde başladığını belirtmişlerdir. Prenatal dönem, doğum ve yeni rollere uyum için fiziksel ve psikolojik hazırlığı kapsayan bir dönemdir. Gebe bu dönemde fiziksel ve

psikolojik değişimler yaşarken bu değişimlere uyum sağlaması gerekmektedir. Bu dönem içerisinde olumlu tepkiler gösteren gebe bebeğine karşıda olumlu tutumlar geliştirmekte ve ona karşı sevecen bir bağ oluşturmaktadır (Beydağ ve Mete,2008).

Prenatal bağlanma, anne-baba ve doğmamış çocukları arasında doğum öncesinde kurulan eşsiz ve sevecen ilişkidir (Muller,1993). Bir başka deyişle prenatal bağlanma ebeveynin gebeliğe ve aynı zamanda fetüse karşı verdiği olumlu yanıttır (Körükçü ve Kukulcu,2010).Gebelikte anne ile bebek arasında kurulan bu bağ anne bebek ilişkisinin önemli bir adımıdır. Doğum sonrası ilişkileri içinde bir ön adımdır (Abası ve ark.2012). Rubin(1976) annenin bebeğine bağlanmasının prenatal dönem sürecine bağlı olduğunu öne sürmüştür. Rubin(1976)' e göre prenatal dönemde kadının 2 dışsal 2 içsel olarak geliştirdiği 4 görevi vardır. Bunlar;

- Kendi ve bebeği için güvenli bir ortam oluşturma
- Bebeğinin diğer bireyler için özel ve önemli olmasını sağlama
- Bebeğe karşı olumlu bir bağ oluşturma
- Bebeği için kendi iç dünyasını yönetme ve doğmamış bebeğine adaptasyon geliştirme (Rubin,1976; Yılmaz ve Beji,2013)

Cranley anne bebek bağlanmasını doğmamış bebek ile annenin davranış yolu ile etkileşime girmesi olarak tanımlamıştır ve bu davranışları 6 maddede toplamıştır. Bunlar;

- Annenin fetüsü kendinden farklı bir birey olarak algılaması
- Fetüs ile etkileşime girme
- Fetüsü kişiselleştirme
- Kendini adama
- Rol alma
- İç içe geçmedir (Cranley,1981;Yılmaz ve Beji,2013).

Bowlby'ın anne bebek bağlanması üzerine çalışması daha çok doğum sonrası dönemi kapsamaktadır,çalışmaya göre bebek güven arayışı sonucu erken dönemde anneye bağlanmaktadır ve annede buna bağlı olarak tepkisel şekilde bağlanma oluşturmaktadır (Bowlby,1982; Yılmaz ve Beji,2013). Bowlby'ın bağlanma

kuramına göre bebekler emme, izleme, gülümseme, ağlama, dokunma davranışlarını öğrenmiş olarak dünyaya gelirler, bu davranışlar bakım veren kişi ile etkileşimi sağlamaya ve bağ kurmaya yardımcı davranışlardır. Bu davranışlar hem anneyi bebeğe hemde bebeği anneye bağlamaktadır (Bowlby,1958; Kesebir ve ark.2011).

Muller ise bağlanma kavramını Cranley (1981) gibi davranışlara odaklı olarak tanımlamıştır,annenin bebeğine karşı oluşturduğu duygu ve düşünceleri göz ardı etmiştir (Muller,1993;Yılmaz ve Beji,2013). Nelson (2003) konuya ilişkin çalışmasında annelik kararının verilmesi ve bu yeni rolün getirdiği sorumlulukların kabullenilmesi, anne fetüs bağının anne tarafından benimsenmesi ve hissedilmesinin bağlılığı oluşturduğunu vurgulamıştır. Doan ve Zimerman(2008)'a göre prenatal bağlanma bir gelişim sürecidir ve prenatal dönemde bağlanma gerçekleştiğine dair bazı kanıtlar vardır. Yapılan araştırmalar incelendiğinde Prenatal bağlanma ilk trimester de düşük olduğu gebelik ilerledikçe arttığı gözlenmiştir. Bir diğer kanıt ise anne hayalini kurduğu bebeğine bağlanmış hissetmektedir. Buna rağmen yapılan araştırmalarda bazı gebeler erken evrede yüksek bir bağ geliştirirken bazı gebeler çeşitli nedenlerle hiç bağ kuramamaktadır (Yılmaz ve Beji, 2010; Morsünbül ve Çok,2011; Reed, 2014; Metin ve Pasinlioğlu, 2016).

Anne ile fetüs arasında bir bağ olduğu gebelik sürecinde veya doğum esnasında bebeğini kaybeden annelerin verdiği tepkilerden anlaşılmıştır (John ve ark.1970; Körükçü ve Kukulcu,2010). Ross-Davie ve ark.(2014)'a göre bir annenin bebeğine karşı duygusal hisleri prenatal dönemde gelişir, bu hisler çeşitli faktörlere bağlı olarak artabilir veya azalabilir. Gebelikte her trimesterde psikolojik uyum süreçleri vardır. Gebeliğini öğrenen veya planlayan kadın koruyucu davranışlarla kendini psikolojik ve fiziksel olarak gebeliğe hazırlar, sigara veya alkol kullanıyorsa bırakır, ilaç kullanımına dikkat eder (Ross-Davie ve ark.2014). Annenin fetüse psikolojik olarak bağlanma süreci uterus içinde annenin fetüs hareketlerini hissetmesi ile başlar ve ikinci trimesterin başlangıcına kadar anne fetüsü ayrı bir birey olarak zihninde canlandırır ve onla konuşur. Fetüsle bu emosyonel konuşma anne bebek bağlanmasını büyük oranda artırır (Kuğu ve Akyüz,2001; Beji,2015). İkinci trimesterde ise fetüsle olan biyolojik bağ annenin birinci trimesterdeki rahatsızlıklarının azalması ile birlikte derinleşmiş ve artmıştır (Kuğu ve

Akyüz,2001). Kesebir ve ark.(2011) belirttiğine göre; Bowlby aynı zamanda fetüsünde bu dönemde anneye bağlanmasının başladığını belirtmektedir, doğumdan 8-12 haftaya kadar olan bağlanma öncesi dönemde fetüs anneden gelen uyarılara tepki verir, çevredeki dış uyarılara ise yönelme davranışı gösterir ancak bu uyarıları ayırt edebilme, tanıma yetisi yoktur. Gebeliğin son trimesterinde fetüsün işitme ve koku alma duyuları işlevsel hale geldiği zaman annenin sesi ve kokusu hakkında bilgi sahibi olur. Doğumla birlikte bu tanıdık ses ve koku yenidoğan için özel anlamlar taşır ve ağlarken anne sesi ile sakinleşir, anne kokusuyla dinlenir. Bu durum bağlanmanın gücünü artırır (Sullivan ve ark.1991; Sullivan ve Toubas,1998; Moon ve Fifer,2000).

Anne ile fetüs arasında oluşan bağın ve prenatal dönemde oluşan bağlanmanın kalitesi annenin perinatal dönemdeki ruh sağlığı ile de yakından ilişkilidir (Lindgren, 2001). Kadının gebeliğe karşı olumlu duygular içinde olması prenatal bağlanmayı pozitif yönde etkilemektedir (Bakır ve ark.2014).Literatürde prenatal bağlanmaya olumlu katkı sağlayan bazı faktörlerden bahsedilmiştir; Bunlar: Gebeliğin planlı olması, isteyerek gebe kalmak, gebeliği kabullenmek, fetal hareketlerin hissedilmesi, fetüsün bir birey olarak kabul edilmesidir (Peppers ve Knapp,1980; Elkin, 2015; Lindgren, 2001; Sezici ve ark. 2016; Yarcheski ve ark. 2009; Yılmaz ve Beji, 2010). Bu faktörlerden, sosyal destek alma (Doan ve Zimmerman,2008; Metin ve Pasinlioğlu, 2016), gebelikte yapılan olumlu sağlık uygulamaları (Balaban, 2016; Lindgren, 2001), gelir durumunun iyi olması (Elkin, 2015; Lindgren, 2001; Metin ve Pasinlioğlu, 2016), gebelik haftasının yüksek olması (Elkin, 2015) ve duygusal zekâ düzeylerinin yüksek olması (Buko, 2016) gibi faktörlerin gebenin bebeğine karşı olumlu yönde düşünmesine ve bağ kurmasına katkı sağladığı belirtilmiştir. Bunların dışında 35 yaş üstü gebe kalma, öğrenim düzeyi düşüklüğü, çalışmıyor olma, multipar olma (Yılmaz ve Beji, 2010) gibi faktörlerin ise bağlanmayı olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır

Gebelikte bağlanmaya yönelik yoga, meditasyon ve sosyal destek gibi kanıta dayalı bazı uygulamalardan bahsedilmiştir. Annelerin gebelikte yoga uygulaması ile bedensel ve fizyolojik değişikliklere uyum sağlamasına, meditasyon ile fetüsle ruhsal olarak iletişim sağlamasına ve böylece fizyolojik ve psikolojik stresörlere karşı başa

çıkmanın sağlanmasına katkı sağlar. Bu uygulamalar ile gebe kendini duygusal olarak iyi ve sağlıklı hisseder gebeliğe ve anneliğe uyum sağlamış olur (Satyapriya ve ark.2013; Hbek Akarsu,2017). Bağlanmaya yönelik kanıta dayalı uygulamalardan bir diğeri ise sosyal destektir. Gebelikte gebenin yakınları ve eşi tarafından sağlanan sosyal destek gebelerin psikolojik yönden rahatlamaları ve böylece gebeliğe ve anneliğe uyumunu kolaylaştırması açısından gerekli bir uygulamadır (Metin ve Pasinlioğlu,2016; Hbek,2017). Her gebe değişim sürecini olumlu olarak karşılayamayabilir, gebe ve ailesi için bu süreç zorlaşabilir. Yaşanan değişimlere ek olarak meydana gelen fiziksel bazı rahatsızlıklarda gebenin hem gebeliğine hem bebeğine karşı olumsuz tavırlar sergilemesine yol açabilir ve bebeğini kabullenmekte zorlanabilir(Beydağ ve Mete,2008). Gebe bu zorlu karmaşa yaşadığı dönemde eşi, aile ve arkadaşlarından sosyal destek grdğu zaman gebeliğin getirdiği değişikliklere, özellikle riskli durumlara uyumu kolaylaşmaktadır (Aksoy ve ark.2016). Çeşitli nedenlerden dolayı zayıf anne-fetüs bağlanması gerçekleşirse anne bu gebelikten rahatsız olabilir, anksiyete yaşayabilir böylece anneliğe ve gebeliğe uyum sağlayamaz, bu durum doğum sonrası ocuk istismarına kadar ilerleyebilir (İşler,2007).

Hemşireler gebelik sürecinde bağlanmanın güçlü şekilde gerçekleşmesi ve psikolojik problemlerin ortaya çıkmaması adına birçok role sahiptir. Gebeliğin isteyerek gerçekleşmesi anne bebek bağının oluşmasında ilk adımı oluşturmaktadır bu süreçte gerekli eğitimler verilmeli, daha sonra annenin gebeliği benimsemesi onu ayrı bir birey olarak görebilmesi için destek olunmalı ve yaşanabilecek tüm sıkıntılara karşı gebenin uyum sağlayabilmesi açısından fiziksel takibin yanı sıra psikolojik yönden de düzenli takip ve incelemelerin yapılması, uygun tedavi ve bakımın sürdürülmesi önem taşımaktadır.

3- GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma gebelerde depresif semptom yaygınlığı ve prenatal bağlanma düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma 10 Nisan-10 Temmuz 2017 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Kangal Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniği ve T.C. Sağlık Bakanlığı Sivas Kangal Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Kangal Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniği 1 kadın doğum uzmanı ve 1 ebe ile hizmet sunmaktadır. Kadın doğum polikliniğine gebelik planlayan, gebelik izlemi yaptıran kadınlar ile diğer tüm kadınlar tedavi tetkik amacı ile başvurmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı Sivas Kangal Aile Sağlığı Merkezinde 5 ebe gebelik izlemi yapmak ve bebek bakım eğitimi için kadınlara hizmet vermektedir.

3.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Sivas Kangal Aile Sağlığı Merkezi ve Sivas Kangal Devlet Hastanesi'ne başvuran 14 hafta ve üzeri gebelik haftasına sahip gebeler oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini 10 Nisan-10 Temmuz 2017 tarihler arasında başvuran gebe kadınlardan aşağıdaki kriterlere sahip gebeler oluşturmuştur.

- ✓ 14 hafta ve üzeri gebelik haftasına sahip olmak (2 ve 3. trimester)
- ✓ Sağlıklı bir gebeliğe sahip olmak (kronik bir hastalığı, gestasyonel diyabeti, eklampsi ve preeklampsi şikâyeti, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü olmamak)
- ✓ Sağlıklı bir fetüse sahip olmak
- ✓ 18 yaş ve üzerinde olmak
- ✓ İletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmamak

- ✓ Gebe kalmak için infertilite tedavisi görmemiş olmak
 - ✓ Gebelik öncesi ve sırasında tanılanmış bir depresyonu olmamak
 - ✓ Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Bu süreç içerisinde ulaşılan örneklem sayısı 150 dir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada üç veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlar;

1. Kişisel Bilgi Formu (EK.1)
2. Beck Depresyon Envanteri (EK.2)
3. Prenatal Bağlanma Envanteri (EK.3)

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK.1)

Bu form gebelerin demografik (yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi vb.) özelliklerini içeren 10 soru ve obstetrik (evlilik yılı, gebelik sayısı, gebelik haftası vb.) özelliklerini içeren 11 soru olmak üzere 21 sorudan oluşmuştur.

3.5.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Beck Depression Inventory) (EK.2)

Hisli'nin (1989) belirttiğine göre Aeoron T. Beck tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961'de geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlik güvenilirlik çalışmaları Hisli (1989) tarafından yapılan Beck Depresyon Envanteri karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir. Her soru 0 ile 3 puan arasında bir değer almaktadır. Sonuç değerlendirmesinde ise tüm soruların puanları toplanır ve 0 ile 63 puan arasında derecelerine göre sınıflandırılır. Minimal depresyon 0-9, Hafif depresyon 10-16, Orta depresyon 17-29, Şiddetli depresyon 30-63 olarak sınıflandırılmıştır. Ölçeğin kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir.

3.5.3.Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) (The Prenatal Attachment Inventory) (EK.3)

Mary Muller tarafından 1993 yılında geliştirilen (Muller, 1993) PBE, Duyan ve ark. (2013) tarafından Türkçeye uyarlama çalışması yapılmıştır. Gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve fetüse prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1 ile 4 arasında puan alabilen dörtlü likert tiptedir. Ölçekten en az 21 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. 1:Hiçbir zaman, 2:Bazen, 3:Sık sık, 4:Her zaman şeklinde puanlanmaktadır.

3.6.Araştırmanın Ön Uygulaması

Asıl uygulamaya geçmeden önce kişisel bilgi formunun son hali örneklem kapsamında olmayan 10 gebeye uygulanarak anlaşılabilirliği değerlendirilmiş ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.7.Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formları örnekleme alınan gebelere muayene öncesi ve sonrası poliklinik dışında bir odada yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Örneklem sayısı tamamlanıncaya kadar görüşmeler devam etmiştir. Gebelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek gönüllü olur formundaki (Ek.4) bilgiler okunmuş ve onamları alınmıştır. Görüşmelerde her bir gebeye Kişisel Bilgi Formu (Ek.1), Beck Depresyon Envanteri (Ek.2) ve Prenatal Bağlanma Envanteri (Ek.3) için ortalama olarak 25-30 dakika süre verilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Uygulamaya geçmeden önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.03.2017 tarihli, 03/03 sayılı etik kurul onayı (Ek.6) alınmıştır. Ayrıca çalışmanın yapılacağı T.C. Sağlık Bakanlığı Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Kangal Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

polikliniği'nden 20.04.2017 tarihli, 75.723.911-903.05.99-E.99-3825 sayılı (Ek.8) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Sivas Kangal Aile Sağlığı Merkezi'nden ve 25.04.2017 tarihli,73192166.044.E269 sayılı (Ek.7) yazılı izinler de alınmıştır. Araştırma kapsamına alınacak tüm gebeler; yapılacak olan araştırmaya yönelik bilgilendirilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek.4). Çalışmaya katılan gebelere elde edilen verilerin bilimsel amaçlarla sadece bu çalışma için kullanılacağı belirtilmiştir.

3.9.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Versiyon:22.0) programında analiz edilmiştir. Sayımla elde edilen veriler sayı ve yüzde olarak lmlle elde edilen veriler ortalama ve standart sapma olarak gösterilmiştir. lmlle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İstatiksel analizde normal dağılıma uygun verilerde iki bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığı Bağımsız t testi ile normal dağılıma uygun olmayan verilerde iki bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığı Mann Whitney U testi ile incelenmiştir.  veya daha fazla bağımsız grubun ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığı normal dağılıma uygun olan verilerde Tek Yönlü Varyans Analizi ile normal dağılıma uygun olmayan verilerde Kruskal Wallis-H testi ile incelenmiştir. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4-BULGULAR

Tablo 4.1.Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n:150)

Özellikler	Sayı (n)	%
Yaş		
18-20	16	10.7
21-25	64	42.7
26-30	30	20.0
31-35	29	19.3
35 ve üzeri	11	7.3
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	14	9.3
İlköğretim mezunu	62	41.3
Lise mezunu	35	23.3
Üniversite mezunu ve üstü	39	26.0
Evlilik Yılı		
1-2	53	35.3
3-4	25	16.7
5-6	23	15.3
7 ve üzeri	49	32.7
Gebe Mesleği		
Çalışmayan	110	73.3
İşçi	8	5.3
Memur	31	20.7
Esnaf	1	0.7
Eş Mesleği		
Çalışmayan	15	10.0
İşçi	56	37.3
Esnaf	27	18.0
Memur	45	30.0
Çiftçi-Çoban	7	4.7
Gelir Düzeyi		
Düşük	22	14.7
Orta	124	82.7
Yüksek	4	2.7
Sigara Kullanımı		
Evet	14	9.3
Hayır	136	90.7
Alkol Kullanım		
Evet	0	0
Hayır	150	100.0
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	114	76.0
Geniş Aile	36	24.0
Evde Yaşayan Diğer Kişiler		
Kayınvalide	9	6.0
Kayınvalide ve Kayınbaba	22	14.7
Kayınvalide,Kayınbaba ve Eş kardeşi	3	2.0
Kardeş ve Eşin Kardeşi	3	2.0

Tablo 4.1’de gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin %42.7’si 21-25 yaş aralığında, %9.3’ü okuryazar değil ve çoğu (%41.4) ilköğretim mezunudur. Gebelerin %35.3’ü 1-2 yıllık evli,% 73.3’ü çalışmıyor ve %37.3’ünün eşi işçi olarak çalışmaktadır. Gelir seviyeleri % 82.7 orta düzeyde ve % 9.3’ü gebeliği sırasında sigara kullanmaktadır.% 76’sı ise çekirdek aile yapısındadır. Gebelerin %14.7’si ise kayınvalide ve kayınbaba ile yaşamaktadır.



Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n:150)

Özellikler	Sayı (n)	%
Gebelik Haftası		
14-28	80	53.3
29-40	70	46.7
Gebelik Sayısı		
İlk	53	35.3
2	37	24.7
3	29	19.3
4 ve üzeri	31	20.7
Çocuk Sayısı		
Çocuk yok	62	41.3
1-2 çocuk	66	44.0
3-4 çocuk	17	11.3
5 ve üzeri çocuk	5	3.4
En Son Doğum Şekli		
Sezaryen	28	18.7
Normal	59	39.3
Hiç doğum yapmayan	63	42.0
Düşük Öyküsü		
Evet	44	29.3
Hayır	106	70.7
Gebeliği İsteme Durumu		
Evet	115	76.7
Hayır	35	23.3
Gebelikte Cinsiyet İsteği		
Erkek	16	10.7
Kız	41	27.3
Fark etmez	93	62.0
Gebeliği İlk Duyduğunda Hissedilen Duygu		
Sevinç, Mutluluk	105	70.0
Üzüntü	6	4.0
Endişe	32	21.3
Korku	4	2.7
Diğer	3	2.0
Eş Desteği		
Evet	108	72.0
Bazen	31	20.7
Hiç	11	7.3
Eş veya Aileden Şiddet Görme Durumu		
Evet	9	6.0
Hayır	141	94.0

Gebelerin %53.3'ü 14-28 gebelik haftasındadır (1.trimester) ve % 44.0'ı 2 veya 3. gebeliğini yaşıyorken % 35.5'i ilk gebeliğini yaşamaktadır.%41.3'ünün yaşayan çocuğu yok iken % 44.0'ı 1-2 çocuk sahibidir.Daha önce doğum yapmış olan gebelerin çoğu (%39.3) normal doğum yapmıştır ve %70.7'sinin düşük öyküsü yoktur. Gebelerin %76.7'si isteyerek gebe kalmış ve %62.0'nın herhangi bir cinsiyet isteği bulunmamaktadır. Gebelerin çoğunluğu (%70.0) gebeliğini öğrendiğinde sevinç ve mutluluk yaşamışlardır.Gebelerin % 72.0'ı gebeliği sırasında eşinden destek gördüğünü belirtmiştir ve buna karşılık %6 oranında gebenin eşinden veya ailesinden şiddet gördüğü belirlenmiştir.

Tablo 4.3.Gebelerin BDE ile PBE Puan Ortalamaları ve Arasındaki İlişki

Ölçekler	$\bar{x} \pm SD$	Minimum	Maksimum	
BDE	15.48±10.12	0	46	R= -0.62 p=0.00
PBE	56.85±12.64	21	84	

Tablo 4.3'de gebe kadınların BDE ile PBE puan ortalamaları verilmiştir. Gebelere uygulanan Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması 15.48±10.12 olarak, Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalaması ise 56.85±12.64 olarak bulunmuştur. Ölçekler arasında yapılan korelasyon analizinde Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması ile Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak **negatif yönde** anlamlı (**r= -0.621 p<0.05**) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Prenatal dönemde anne ile fetüs arasında bağlanma oranları arttıkça gebelerde görülen depresif semptomlarda azalma olmaktadır.

Tablo 4.4. Gebelerin BDE Puanına Göre Depresif Semptom Yaşama Oranları ve Depresif Semptom Düzeyleri (n=150)

Depresif Semptom	n	%
Yaşayan (kesme puan üstü)	53	35.3
Yaşamayan (kesme puan altı)	97	64.6

Depresif Semptom Düzeyi	n	%	$\bar{x}\pm SD$
Minimal (0-9)	48	32.0	11.52±9.18
Hafif (10-16)	49	32.6	14.02±8.22
Orta (17-29)	36	24.0	19.17±9.58
Şiddetli (30-63)	17	11.3	17.12±12.23

Yukarda verilen iki tabloda kadınların BDE puanına göre depresif semptom yaşama oranları ve gebelerin depresif semptom düzeylerinin dağılımı belirtilmiştir. Gebe kadınların BDE puan ortalamalarına göre depresif semptom durumuna bakıldığında gebelerin %35.3'ünün depresif semptom yaşadığı görülmüştür ve %32.6'sında hafif düzeyde depresif semptom görülürken %11.3'ünde şiddetli depresif semptom saptanmıştır.

Tablo 4.5. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre BDE Puan Ortalamaları

Özellikler	$\bar{x}\pm SD$	χ^2	p
Yaş 18-20 21-25 26-30 31-35 35 ve üzeri	19.56±9.71 13.28±9.05 13.00±9.10 16.65±10.70 26.09±10.14	18.74	0.00
Evlilik Yılı 1-2 3-4 5-6 7 ve üzeri	11.86±8.60 14.96±6.52 18.86±12.72 18.08±10.74	11.82	0.00
Eğitim Düzeyi Okuryazar değil İlköğretim mezunu Lise mezunu Üniversite mezunu ve üstü	29.42±7.34 17.27±10.05 13.51±8.32 9.70±6.41	42.4	0.00
Gebe Mesleği İşçi Memur Çalışmayan	19.55±11.38 8.00±4.88 17.26±10.17	24.70	0.00
Eş Mesleği İşçi Esnaf Memur Çiftçi-çoban Çalışmayan	18.89±10.48 11.62±8.09 9.95±6.40 22.85±7.64 22.86±11.16	35.32	0.00
Gelir Düzeyi Düşük Orta Yüksek	27.31±10.89 13.44±8.46 13.75±10.71	25.18	0.00
Evde Yaşayan Diğer Kişiler Kayınvalide Kayınvalide ve Kayınbaba Kayınvalide, Kayınbaba, Eş kardeşi Kardeş ve Eşin Kardeşi	19.77±11.76 18.82±8.59 17.66±3.05 28.00±12.12	11.97	0.01
		U	p
Aile Tipi Çekirdek Aile Geniş Aile	13.98±9.93 20.25±9.33	1245.5	0.00
Sigara Kullanımı Evet Hayır	23.07±10.20 14.70±9.82	486	0.00

Tablo 4.5’da gebe kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre BDE puan ortalamaları verilmiştir. Gebelerin yaş grupları ile depresyon puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu belirlenmişken en yüksek ortalamanın 35 yaş üzeri gebelerde olduğu görülmüştür. Gebelerin evlilikaldıkları yıl arttıkça BDE puan ortalamaları artmıştır istatistiksel olarak gruplar arası fark anlamlıdır ($p<0.05$).Gebelerde eğitim düzeyi düştükçe BDE puanları artmıştır gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Gebelerin çalışma durumu ile BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$),işçi olarak çalışan gebeler ile eşi çiftçi-çoban olarak çalışan veya çalışmayan gebelerin BDE puanları yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyi düşük olan gebelerde BDE puan ortalamaları yüksek bulunmuştur istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).Geniş ailede yaşayan, eş kardeşi ve kardeşi ile yaşayan, sigara kullanan gebelerde yüksek BDE puanları görülmüştür, istatistiksel olarak gruplar arası fark anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 4.6.Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre BDE Puan Ortalamaları

Özellikler	$\bar{x}\pm SD$	χ^2	p
Gebelik Sayısı İlk 2 3 4 ve üzeri	12.18±8.20 13.62±8.82 16.27±8.10 22.61±12.68	16.58	0.00
Çocuk Sayısı Çocuk Yok 1-2 3-4 5 ve üzeri	12.16±8.70 15.31±8.56 26.23±12.12 22.40±12.54	21.82	0.00
En Son Doğum Şekli Sezaryen Normal Hiç doğum yapmayan	15.75±12.04 18.76±9.77 12.30±8.55	14.4	0.00
Cinsiyet İsteği Durumu Erkek Kız Fark etmez	14.43±10.76 14.31±0.15 16.18±10.04	1.92	0.38
Gebeliği İlk Duyduğunda Hissedilen Duygu Sevinç, Mutluluk Üzüntü Endişe Korku Diğer	12.73±8.94 31.33±13.09 19.84±8.79 22.25±10.68 24.66±1.52	29.02	0.00
Eş Desteği Evet Bazen Hayır	13.61±8.61 18.54±11.77 25.27±12.01	2.72	0.00

Tablo 4.6’de gebelerin bazı obstetrik özelliklerine göre BDE puan ortalamaları verilmiştir. Gebelik sayısı arttıkça BDE puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir ve istatistiksel olarak gruplar arası fark anlamlıdır ($p<0.05$). Çocuk sayıları ile BDE puanları arasında istatistiksel olarak bir anlamlı fark var olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) ve 3-4 çocuk sahibi olan gebelerde BDE puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Daha önce normal doğum yapan gebelerde BDE puan ortalaması yüksek bulunmuştur, istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gebeliği ilk kez duyduğunda üzülen gebelerin BDE

puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).Gebeliği sırasında eş desteği görmeyen gebelerde BDE puan ortalaması yüksek çıkmıştır, gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).Gebelerde cinsiyet isteği ile BDE puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7.Gebelerin Diğer Obstetrik Özelliklerine Göre BDE Puan Ortalamaları

Özellikler	$\bar{x}\pm SD$	U	p
Gebelik Haftası 14-28. hafta 29-40. hafta	14.10±9.80 17.07±10.31	2348.0	0.08
Düzenli Gebelik İzlemi Evet Hayır	13.86±9.27 26.00±9.19	461.0	0.00
Yaşayan Çocuk Durumu Yok Var	12.16±8.70 17.82±10.43	1819.5	0.00
Düşük Öyküsü Evet Hayır	15.45±9.97 15.50±10.23	2317.0	0.951
Gebeliği İsteme Durumu Evet Hayır	14.15±9.27 19.85±11.60	1450.5	0.01
Eş veya Aileden Şiddet Görme Durumu Evet Hayır	28.00±9.06 14.68±9.67	197	0.00

Tablo 4.7’de gebe kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre BDE puan ortalamaları verilmiştir. Gebelik izlemine düzenli gelmeyen, yaşayan çocuğu olan, istemeden gebe kalan,eş veya ailesinden şiddet gören gebelerin BDE puanları daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak gruplar arası fark anlamlıdır ($p<0.05$).Bunu aksine gebelik haftası, düşük öyküsü ve cinsiyet istemi gibi faktörler ile depresif semptom puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Gebelik haftası değişkeninde depresif belirtileri ile arasındaki fark önemsiz olsa da, 3. trimester gebelerde depresyon puanı daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.8.Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre PBE Puan Ortalamaları

Özellikler	$\bar{x}\pm SD$	F	p
Yaş 18-20 21-25 26-30 31-35 35 ve üzeri	56.00±8.87 59.07±13.12 59.23±12.51 53.31±12.12 48.00±12.64	2.82	0.02
Evlilik Yılı 1-2 3-4 5-6 7 ve üzeri	63.15±11.96 56.72±11.63 51.52±11.34 52.61±11.78	8.76	0.00
Eğitim Düzeyi Okuryazar değil İlköğretim mezunu Lise mezunu Üniversite mezunu Lisansüstü	43.28±12.79 52.91±9.52 60.08±13.70 65.02±9.39 66.00±8.48	13.71	0.00
Gebe Mesleği İşçi Memur Çalışmayan	57.77±15.59 63.90±10.62 54.79±12.29	6.79	0.00
Eş Mesleği İşçi Esnaf Memur Çiftçi-çoban Çalışmayan	51.19±12.08 60.85± 8.69 64.00±11.21 49.71±10.48 52.66±13.37	9.97	0.00
Gelir Düzeyi Düşük Orta Yüksek	46.22±10.94 58.70±12.08 58.00±12.35	10.23	0.00
Evde Yaşayan Diğer Kişiler Kayın valide Kayın valide ve Kayın baba Kayın valide, Kayın baba ve eşin kardeşi Kardeş ve Eşin Kardeşi	47.55±6.20 50.86±13.64 62.33±6.50 59.66±2.30	3.42	0.01
		t	p
Aile Tipi Çekirdek Aile Geniş Aile	58.32±12.83 52.19±10.92	2.58	0.01
Sigara Kullanımı Evet Hayır	54.42±9.17 57.10±12.95	-0.75	0.45

Tablo 4.8’da Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre PBE puan ortalamaları verilmiştir. Gebelerin yaş grupları ile prenatal bağlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık hesaplanmıştır($p<0.05$). En yüksek PBE puan ortalaması 21-25 yaş ve 26-30 yaş grubu gebelerde görülmüştür. Gebelerin evlilik yılı ile PBE puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek bağlanmayı 1-2 yıl evli olan gebeler göstermiştir ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).Gebelerin eğitim düzeyleri arttıkça PBE puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir istatistiksel olarak gruplar arası fark anlamlıdır ($p<0.05$).Kendisi veya eşi memur olarak çalışan ve orta düzey gelire sahip gebelerin PBE puan ortalamaları yüksek bulunmuştur, istatistiksel açıdan gruplar arası fark anlamlıdır ($p<0.05$).Çekirdek ailede yaşayan,geniş ailede yaşayıp kayınvalide,kayınbaba ve eşin kardeşi ile yaşayan gebelerde prenatal bağlanma düzeyleri yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak gruplar arası fark anlamlıdır ($p<0.05$).Sigara kullanımı ile prenatal bağlanma arasında ise ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9.Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre PBE Puan Ortalamaları

Özellikler	$\bar{x}\pm SD$	F	p
Gebelik Sayısı İlk 2 3 4 ve üzeri	62.584±11.966 58.864±11.130 49.896±10.174 51.161±13.206	10.70	0.00
Çocuk Sayısı Çocuk Yok 1-2 3-4 5 ve üzeri	61.887±11.888 55.636±11.345 44.882± 8.138 51.200±19.511	10.60	0.00
En Son Doğum Şekli Sezaryen Normal Hiç doğum yapmayan	55.714±11.900 51.508±11.276 62.365±12.050	13.22	0.00
Gebelikte Cinsiyet İsteme Durumu Erkek Kız Fark etmez	55.000±15.235 60.317± 9.301 55.645±13.274	2.16	0.11
Gebeliği İlk Duyduğunda Hissedilen Duygu Sevinç, Mutluluk Üzüntü Endişe Korku Diğer	59.685±12.165 45.500±10.821 52.250± 9.705 50.000±16.492 38.666±18.009	6.18	0.00
Eş Desteği Evet oluyor Bazen oluyor Hiç olmuyor	60.055±11.056 48.838±12.160 48.000±15.362	14.64	0.00

Tablo 4.9’da gebe kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre PBE puan ortalamaları verilmiştir. Daha önce doğum yapmayan, çocuğu olmayan ve ilk gebeliğini yaşayan ve doğum yapanlardan ise sezaryen doğum yapan gebelerin PBE puan ortalaması yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak gruplar arası fark anlamlıdır ($p<0.05$).Gebeliğini ilk kez duyduğunda sevinç ve mutluluk yaşayan ve gebeliği sırasında eş desteği gören gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri yüksek bulunmuştur, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir

($p < 0.05$). Gebe kadınların cinsiyet isteme durumu ile PBE puanları karşılaştırılmıştır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.10. Gebelerin Diğer Obstetrik Özelliklerine Göre PBE Puan Ortalaması

Özellikler	$\bar{x} \pm SD$	t	p
Gebelik Haftası 14-28. hafta 29-40. hafta	57.06±13.40 56.61±11.81	0.21	0.82
Düzenli Gebelik İzlemi Evet Hayır	59.21±11.72 41.50±5.96	10.52	0.00
Yaşayan Çocuk Durumu Yok Var	61.88±11.88 53.30±12.00	4.32	0.00
Düşük Öyküsü Evet Hayır	56.02±13.02 57.19±12.53	0.51	0.60
Gebeliği İsteme Durumu Evet Hayır	59.14±11.78 49.31±12.61	4.25	0.00
Cinsiyet İsteği Durumu Evet Hayır	58.824±11.39 55.645±13.27	1.50	0.13
Eş veya Aileden Şiddet Görme Durumu Evet Hayır	45.66±14.27 57.56±12.24	-2.79	0.00

Tablo 4.10'de gebe kadınların bazı özellikleri ile PBE puan ortalamaları verilmiştir. Düzenli gebelik izlemi yaptıran, yaşayan çocuğu olmayan, isteyerek gebe kalan ve eş veya ailesinde şiddet görmeyen gebelerde prenatal bağlanma puan ortalamaları yüksek bulunmuştur, istatistiksel olarak gruplar arasında fark anlamlıdır ($p < 0.05$). Gebelerin mevcut gebelik haftası, düşük öyküsü olması ve cinsiyet istek durumları ile PBE puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

5- TARTIŞMA

Gebelerde depresif semptom yaygınlığı ve prenatal bağlanma düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmaya dâhil edilen gebelerin çoğunluğu 21-25 yaş arasındadır. Çalışmamızda gebe yaş aralığının küçük olmasının nedeni ise kırsal kesim olması ve eğitim süresinin kısa olmasına bağlanabilir. Çalışmamızda gebelerin çoğu ilköğretim mezunu (%41.4), çalışmayan (%73.3), orta gelirli (%82.7), çekirdek ailede yaşayan (%76) kadınlardır. Gebelerin çoğu (%73.3) herhangi bir işte çalışmıyor iken gebe eşleri daha çok işçi (%37.3) olarak çalışmaktadırlar bu durum kırsal kesimde daha çok tarım ve hayvancılığın geçim kaynağı olmasına bağlanabilir. Gebelerin %35.3'ü ilk gebeliklerini yaşamaktadır çalışmanın yaş ortalamasının küçük olması bu durumu oluşturduğu düşünülmektedir. TNSA 2013 verilerinde de kırsal kesimde yaşayan kadınların ilk evlenme ve doğum yaşı 21-25 yaş aralığındadır. Araştırmaya dâhil edilen kadınların çoğu isteyerek gebe kalmıştır ve gebelik izlemlerini düzenli şekilde yaptırmaktadır. Kırsal kesim olmasına rağmen düzenli gebelik izleminin çoğunlukta olması gebeliğin sağlıklı devam etmesi açısından sevindirici bir sonuç olmuştur. Daha önce doğum yapmış olan gebelerin %67.7 si ise normal doğum yapmıştır.

Çalışmamızda BDE kesme puanı 17 olarak kabul edildiğinde %35.3 (Tablo 4.4.) oranında depresif semptom yaygınlığı saptanmıştır. Dünya'da ve ülkemizde gebeler incelendiğinde birçok ölçekle yapılmış çalışmalarda depresyon görülme oranları oldukça yüksek bulunmuştur. Dünya'da farklı ölçeklerle yapılmış çalışmalarda gebelerde depresyon görülme oranı %7.2 -%40.3 aralığındadır (Lara ve ark.2009; Lancaster ve ark. 2010; Ali ve ark.2012;Lee,2016). Türkiye'de ise bu oran %27.9 -%58.9 aralığındadır (Karaçam ve Ançel,2009;Tunç ve ark.2012; Çelik ve ark.2013;Dağlar ve ark.2016).Görüldüğü gibi ülkemizde depresyon oranları Dünya ülkelerine göre oldukça yüksek seviyelerdedir. BDE ile yapılan çalışmalarda ise ölçek puanı 17 üzeri olarak değerlendirilmiş olup gebelerin %12-%45.3 aralığında depresif semptom gösterdiği belirlenmiştir (Cebeci ve ark.2002;Yanikkerem ve ark.2004;Sevindik,2005;Çelik ve ark.2013; Daştan ve ark.2015;Bulut ve ark.2018).Dünya ve Türkiye literatür bulguları değerlendirildiğinde çalışmamızda

depresyon ve depresif semptom görülme düzeyi literatürde aynı ve farklı ölçeklerle yapılmış çalışmalarla benzer şekilde bulunmuş ve Türkiye’de yapılmış çalışmalara daha yakın bir değer göstermiştir.

Çalışmamızda depresyon düzeyi incelendiğinde çoğu gebenin ***hafif düzey depresyon (%32.6)*** semptomlarına sahip olduğu saptanmıştır. Depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde gebelerin %32’si minimal düzey, %24’ ü orta düzey ve % 11,3’ü şiddetli düzeyde depresif semptom yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatür de BDE ile yapılan çalışmalarda gebelerin yaşadığı depresif semptom düzeyleri incelendiğinde Etiyopya’da gebelerin %18’inin hafif depresyon, %4.3’ünün orta düzeyde depresyon, %77.3’ünün ise minimal depresyon yaşadığı belirtilmiştir (Ayele ve ark.2016). Sevindik (2005) çalışmasında; gebelerin %30’unda depresif belirti olmadığını, %33.8’inde hafif, %23.8 ininde orta ve %12.5’inin de ağır düzeyde depresif belirti bildirmişken, Çalık ve Aktaş (2011) gebelerin %46.6’sında depresif belirti olmadığını, %34.5’inde hafif, %13.9’unda orta düzeyde, % 4.8’ in de ağır düzeyde depresif belirti olduğunu saptamışlardır. Çelik ve ark (2013) %45.2 sinde depresif belirti olmadığını, %27.6’sında hafif, % 17.9’unda orta ve %9.3’ünde şiddetli düzeyde depresyon görüldüğünü saptanmıştır. Zaman ve ark .(2018) %42 minimal düzeyde, %24 hafif düzeyde, % 23 orta düzeyde ve %11 şiddetli düzeyde depresif belirti yaşadıklarını saptamıştır. Bulut ve ark. ise (2018) yılında yaptıkları çalışmada gebelerde %45.3 oranında depresif belirti görüldüğünü belirtmektedirler bu gebelerin % 20.2’si hafif, %15.3’ü orta, %9.9’u da şiddetli düzeyde depresyon belirtisi göstermişlerdir. Literatürde Dünya ülkelerine kıyasla Türkiye’de daha şiddetli depresyon görülmektedir. Bizim çalışmamızda Türkiye’de yapılmış çalışmalarla paralellik göstermektedir. Bu durum gebelerin stres fazlalığı kırsal kesimdeki imkan azlığı ve yaşadıkları hayat standartları bağlı olabilir.

Çalışmamızda BDE puan ortalaması ***15.48±10.12 (min 0- max 46)*** olarak saptanmıştır. Literatürde Etiyopya’da yapılan bir çalışmada doğum öncesi bakım hizmetine devam eden gebelere BDE uygulanmıştır ve ölçek puan ortalaması 11,50 olarak bulunmuştur (Ayele ve ark.2016). Türkiye’de ise 2004 yılında Yanikkerem ve ark. Yaptığı çalışmada benzer oranda BDE göre puan ortalamaları $14.521±10.432$ olarak bulunmuştur. Cebeci ve ark(2002) BDE ortalama puanı ise $10±5.77$ olarak

bulmuştur. Daştan ve ark (2015) BDE puan ortalamasının 11.91 ± 8.64 olarak, Zaman ve ark.(2018) 17.34 ± 1.71 olarak, Çalıkoğlu ve ark. (2018) ise Erzurum ilinde yaptıkları çalışmada BDE puan ortalamasını 16.09 ± 3.7 olarak bulmuşlardır. BDE puan ortalaması açısından literatür bulguları çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Araştırmamız dahilinde çalışmaya katılan gebelerin yaşadıkları depresif semptom düzeyleri sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre BDE puan ortalamaları karşılaştırılmasına bakıldığında, 35 yaş üzeri gebe kalan, 5 yıl ve üzeri evlilik yılı olan, çalışmayan gebelerin, çalışanlar arasından ise işçi olarak çalışan gebelerin, okuryazar olmayan, eşi çalışmayan, eşi çalışanlardan ise çiftçi-çoban ve işçi olarak çalışan, düşük gelir sahibi, sigara kullanan, geniş ailede yaşayan, gebelerin daha fazla depresif semptom yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde ise bizim çalışmamıza benzer şekilde herhangi bir işte çalışmayan (Ayele ve ark. 2016; Yılmaz ve Beji 2010; Karaçam ve Ançel 2009), düşük eğitim düzeyi olan ve düşük gelir sahibi (Faisal-Cury ve Rossi,2007; Ali ve ark.2012; Çapık ve ark. 2015; Dağlar ve ark. 2016; Field 2017; Kartal ve Şimşek,2017;Çalıkoğlu ve ark 2018), eşi çalışmayan (Edwards ve ark. 2008), geniş ailede yaşayan (Çelik ve ark.2013), yüksek depresif semptom düzeyi görülmüştür. Bu durum gebe ve eşin yaşam kalitesi azlığı, imkânların darlığı ve yaşı büyük gebelerin heyecan azalmasına ve istek azalmasına bağlanabilir. Bazı çalışmalarda ise bizim çalışmamızın aksine yaş, aile tipi, sigara kullanımı, evlilik süresi, aylık gelir düzeyi, gebenin çalışma durumu, düşük eğitim düzeyi ile depresyon puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Yanikkerem ve ark 2004; Edwards ve ark 2008; Ortaarık ve ark 2012; Dağlar ve Nur 2014; Çapık ve ark 2015).

Çalışmamızda depresif semptom düzeyleri ile gebelerin obstetrik özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde multipar olan (4 ve üzeri gebelik), normal doğum yapan, gebelik izlemi yaptırmayan, planlı olmayan ve istenmeyen gebelik yaşayan, gebeliği ilk duyduğunda üzüntü yaşayan eşi veya ailesinden şiddet gören ve gebeliği sırasında eş desteği görmeyen gebelerde yüksek depresif semptom düzeyi görülürken, düşük hikayesi olan ve istenen cinsiyete sahip olan gebelerde, 2. ve 3. Trimester de ki (gestasyon yaşı) gebeler arasında depresyon semptomları açısından

istatistiksel olarak fark bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde bizim çalışmamıza benzer olarak Bulut ve ark.(2018) gebelik sayısı 4 ve üzeri olanlarda en çok depresif belirti görüldüğünü belirtmiş, diğer çalışmalarda da multipar olan gebelerde depresif belirti yüksek oranda görülmüştür (Tunç ve ark 2012; Çalikoğlu ve ark 2018), gebelik izlemi yaptırmayanlarda (Yanikkerem ve ark 2004; Ayele ve ark 2016), planlı olmayan ve istenmeyen gebelik yaşayanlarda (Lancaster ve ark 2010; Yılmaz ve Beji 2010; Çapık ve ark 2015; Abajobir ve ark 2016; Field 2017, Kartal ve Şimşek,2017), şiddet gören (Lancaster ve ark. 2010) ve sosyal destek görmeyen gebelerde (Kartal ve Şimşek,2017) depresif semptom düzeyleri yüksek görülmüştür. Ayrıca gebelerde düşük öyküsü olması (Ortaarık ve ark 2012; Dağlar ve Nur 2014) ve istenen bebek cinsiyetine sahip olma faktörleri (Dağlar ve Nur 2014) depresif semptom düzeylerini etkilememiştir ve istatistiksel bir fark saptanamamıştır. Bizim çalışmamızın aksine Arslan ve ark. (2011) ölü doğum veya düşük öyküsü olan gebelerde depresyon düzeyini yüksek bulmuştur. Ayele ve ark (2016) ile Çapık ve ark (2015) yaptıkları çalışmada primipar gebelerde depresyon düzeyi daha yüksek bulmuşlardır. Mutlu ve ark(2015) yaptığı çalışmada da istenilen cinsiyete sahip olmayan annelerde olumsuz ruhsal belirti gösterme oranlarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.

Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gebelik trimesterlerine göre de değişkenlik gösterebilmektedir. İlk trimesterde yoğun olarak ambivalan duygular yaşanır. Bu durumun çalışma verilerini etkilememesi adına bu çalışmada sadece 2 ve 3. trimester gebelerle çalışılmıştır. Çalışmamızda gebelik trimesterlerine göre depresif semptom sıklığı değerlendirilmiştir ve gruplar arasında istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır yani gebelik haftasının depresyon puanını etkilemediği belirlenmiştir, fakat üçüncü trimester gebelerde ikinci trimester gebelere göre daha fazla depresif semptom görülmektedir. Bunun nedeni ise yaklaşan doğumla ilgili kaygılar, yaşanan hareket kısıtlılığına bağlı aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları ve yaşam kalitesinde azalma, olabilmektedir (Marakoğlu ve Şahsivar 2008). Bizim çalışmamızla paralel olarak yapılmış bir çalışmada gebe grupta trimesterlere göre depresif semptom sıklığı değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakta olup 3. trimester grubunun puanı anlamlı şekilde

yüksek saptanmıştır (Zaman ve ark.2018).Karataylı (2007) yaptığı çalışmada da benzer şekilde 3.trimester depresyon oranlarını yüksek bulmuştur.

Çalışmamızda Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalaması incelendiğinde gebelerin **56.85±12.64 (min 21-max 84)** puan ile yüksek bir bağlanma gösterdikleri bulunmuştur. Literatürde çalışmamıza benzer oranlarda çalışmalar mevcuttur. Dünya literatürüne bakıldığında Siddiqui ve Hagglöf (2000) yaptıkları çalışmada PBE puan ortalamasını 57.42±8.89 (min 37- max 79), Vedova ve ark.(2008) ise 214 düşük riskli İtalyan gebe ile yaptığı çalışmasında 60.91±9.28 (min 37- max 83) olarak bulmuşlardır. Eswi ve Khalil (2012) Mısırlı gebe kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada PBE puan ortalamasını 50.7±9.9 (min 31- max 74) olarak bulmuşlardır. Türkiye’de ise Yılmaz ve Beji (2010) yaptıkları çalışmada 60.7±10.1 olarak, Elkin (2015) yaptığı çalışmada PBE puan ortalamasını 57.32±12.32 (min 21-max 105) olarak, , Metin ve Pasinlioğlu (2016) 61.40±11.78 olarak, Buko ve Özkan (2016) ise 65.12±11.12 (min 31- max 84) olarak bulmuşlardır. Aksoy ve ark.(2016) riskli gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada bağlanma puanını 56.76±9.23olarak saptamışlardır. Gebe kadınların genel bağlanma düzeyleri incelendiğinde ise %53.3’ünün bağlanma düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucumuz Dünya ve Türkiye’de yapılmış çoğu çalışma ile benzer oranlara sahiptir.

Doğum öncesinde gebenin yaşadığı bağlanma çeşitli faktörlerden etkilenecek artabilmekte veya azalabilmektedir. Bunun için çalışmamızda gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine göre PBE puanları karşılaştırılmıştır. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre prenatal bağlanma envanteri puan ortalamaları karşılaştırıldığında 26-30 yaş arası olan gebelerin bağlanması en yüksek düzeyde bulunmuştur fakat 21 yaş ile 35 yaş arası değerlendirildiğinde yaş arttıkça prenatal bağlanma düzeyinde azalma olmaktadır. Bu sonucun genç annelerin gebelik konusunda daha ilgili ve istekli olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Çalışmamızda gebelerin evli kaldıkları yıl arttıkça bağlanma puanları azalmaktadır. Bu sonuçlar çalışmanın iç tutarlığı açısından önemlidir. Gebelerde eğitim düzeyi arttıkça prenatal bağlanmanında arttığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olan gebeler gebelikleri, doğum ve fetüs açısından daha bilinçli oldukları ve böylece bağlanmanın arttığı söylenebilir. Kendi ve eşi çalışan gebeler ve gelir düzeyi yüksek

olan gebelerin bağlanma düzeyleri yüksek bulunmuştur. Literatürde son yıllarda yapılan bazı çalışmalar bu çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir (Damato,2004; Yılmaz ve Beji, 2010; Bakır ve ark, 2014; Elkin,2015; Metin ve Pasinlioğlu, 2016; Dağlı, 2017;Dikmen,2018).Fakat bizim çalışmamızın aksine Andrek ve ark. (2016) ile Aksoy ve ark. (2016) gelir durumunun anne bağlanması ile ilişkisinin olmadığını belirtmiştir. Bazı literatür çalışmalarında ise prenatal bağlanma ile anne yaşının, evlilik süresinin, eğitim durumunun, aile tipinin bağlanmayı etkilemediği saptanmıştır (Yarcheski ve ark 2009; Mutlu ve ark,2015;Elkin,2015; Andrek ve ark. 2016). Çalışmamızda bağlanmayı etkileyen diğer faktörler ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki incelendiğinde çekirdek ailede yaşayan, gebeliği sırasında eş desteği alan gebelerin daha yüksek prenatal bağlanma gösterdiği belirlenmiştir. Alan(2013) ile Metin ve Pasinlioğlu (2016) yaptıkları çalışmada annenin algıladığı sosyal destek ile prenatal dönem anne bebek bağlanması arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir ve bu sonuçlar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (Hergüner ve ark.2014).

Gebelerin bazı obstetrik özellikleri ile PBE ortalamalarını karşılaştırdığımızda ise gebelik izlemi yaptıran, daha önce yaşayan çocuğu olmayan veya doğum yapmayan gebelerde yüksek bağlanma bulunmuştur. Bu sonucu destekler nitelikte Yılmaz ve Beji (2010), Mutlu ve ark (2015) ve Kırca ve Savaşer (2017) primipar annelerin bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Mısırdaki yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızla paralel olarak primipar gebelerin bağlanma düzeyleri yüksek bulunmuştur (Moussa ve ark,2012). Çalışmamızda daha önce doğum yapan gebelerden sezaryen olanlar normal doğum yapanlara göre daha yüksek bağlanma göstermişlerdir. Alan ve Ege (2013) yaptıkları çalışmada bizim çalışmamıza zıt olarak sezaryen olan gebelerde bağlanmanın düşük olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda planlı ve istenen gebelik yaşayan kadınların prenatal bağlanması yüksek bulunmuştur. Literatürde Abası ve ark (2012) gebelik planlaması yapmanın bağlanmayı olumlu yönde etkilediğini belirtmiş, bunun aksine bazı çalışmalar istemli gebeliğin, gebelik sayısının, yaşayan çocuk sayısının bağlanma açısından önemli bir etkisi olmadığını belirtmişlerdir (Damato,2004; Vedova ve ark,2008; Yarcheski ve ark,2009; Yılmaz ve Beji,2010; Elkin,2015). Gebelik trimesteri bizim çalışmamızda bağlanmayı etkilemeyen faktörlerden olmuştur

($p>0.05$). 2 ve 3. trimesterdeki gebeler arası değerlendirme yaptığımızda ise 2.trimesterdeki gebeler 1 puan dahi olsa yüksek bağlanma göstermişlerdir. Literatür incelendiğinde Elkin (2015) çalışmasında gebelik haftasının prenatal bağlanmayı olumlu etkilediğini belirtmiştir, Yarcheski ve ark.(2009) 14 çalışmayı derleyen bir meta-analiz çalışmasında gestasyonel yaşın bağlanma için önemli bir faktör olduğunu saptamışlardır. İtalya’da yapılan bir çalışmada da gebelik haftası ile prenatal bağlanma arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Vedova,2008). Barone ve ark. (2014) gebelik haftası ilerledikçe bağlanmanın olumlu yönde arttığını belirtmişlerdir. Düşük hikâyesi olan gebeler ile düşük hikâyesi olmayan gebeler arasında bağlanma açısından fark bulunamamıştır, aynı zamanda cinsiyet isteği de bağlanmayı etkilememektedir bu konuda bizim çalışmamızı destekleyen çalışmalar mevcuttur (Yılmaz ve Beji,2013; Aksoy ve ark, 2016). Çalışmamızda sigara kullanımı ile prenatal bağlanma arasında anlamlı bir fark yoktur. Eşin çalışma durumu ile prenatal bağlanma arasında ilişki yoktur. Fakat eşi çalışan gebelerin mesleği ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkiye bakıldığında eşi memur olanlar diğerlerine göre daha fazla bağlanma göstermişlerdir. Bu durumun memurların işçi grubuna göre daha rahat yaşam koşullarına ve yaşam kalitesine sahip olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Bu çalışmada Beck Depresyon Envanteri ile Prenatal Bağlanma Envanteri arasında istatistiksel olarak **negatif yönde anlamlı ($r=-0.621$ $p<0.001$)** bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.3). Gebelerin gösterdiği depresif semptom şiddeti arttıkça prenatal bağlanması azalmaktadır. Depresif semptom düzeyi ile Prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi belirleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat bu çalışmanın sonucu destekleyebilecek bazı literatür bilgileri mevcuttur. Yapılan bir doktora çalışmasında bağlanma ile ilgili son 7 yılda yayımlanan veri tabanları derlenmiştir ve bağlanması yüksek gebelerin psikolojik açıdan daha iyi oldukları ve kaygı düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Jeanne ve ark 2008). Amerika’da 32 kadınla yapılan bir çalışmada prenatal bağlanmayı artıran faktörler arasında düşük kaygı seviyesi olduğu saptanmıştır (Reed,2014).Türkiye’de ise Mutlu ve ark.(2015) doğum öncesi, sırası ve sonrası bağlanmanın sadece ruhsal sorunlardan etkilendiğini belirtmişlerdir.

6-SONUÇ VE ÖNERİLER

6. 1. Sonuçlar

Gebelerde depresif semptom görülme yaygınlığı ve prenatal bağlanma düzeyinin belirlenmesine yönelik yapılan araştırmada aşağıda ki sonuçlar elde edilmiştir.

- Gebelerin %41.4 'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %73.3' ünün herhangi bir işte çalışmadığı, %90.0'ının eşinin çalıştığı, %82.7'sinin orta düzeyde bir gelire sahip oldukları, %76'sının çekirdek aile yapısında olduğu, %9.3'ünün gebeliği sırasında sigara kullandığı,%14.7'sinin ise kayınvalide ve kayınbaba ile yaşadığı bulunmuştur (**Tablo 4.1**).
- Gebe kadınların %86.7'sinin gebelik izlemlerini düzenli olarak yaptırdıkları, %41.3'ünün yaşayan çocuğu olmadığı, %44.0'ünün ise 1-2 çocuğa sahip olduğu, %29.3'ünün düşük hikâyesi olduğu, %76.7'sinin isteyerek gebe kaldığı, %70'inin gebeliğini ilk duyduğunda sevinç ve mutluluk hissettiği,%72'sinin eş desteği gördüğü,%94'ünün şiddet görmediği belirlenmiştir (**Tablo 4.2**).
- Uygulanan ölçekler değerlendirildiğinde BDE puan ortalaması $15,48 \pm 10,12$ (min 0-max 46) olarak bulunmuştur (**Tablo 4.3**).
- Gebelerde yüksek düzeyde prenatal bağlanma saptanmıştır ($56,85 \pm 12,64$ (min 28-max 82) (**Tablo4.3**).
- Gebelerin depresyon semptom düzeyleri arttıkça prenatal bağlanmalarının anlamlı (negatif yönde) olarak azaldığı belirlenmiştir. Prenatal bağlanma düzeyi yüksek olan gebelerde ise depresyon semptomları düşük seviyede görülmektedir (**Tablo 4.3**).
- BDE kesme puanı 17 olarak kabul edildiğinde %35.3 oranında depresif semptom yaygınlığı saptanmıştır (**Tablo 4.4**).

- Gebelerde genel olarak *hafif düzeyde* (%32.6) depresif semptomlar görülmüştür. %11.3 oranında *şiddetli düzey* depresif semptomlar görülmüştür. Gebelerin %53.3'ü yüksek prenatal bağlanma göstermiş olup sadece % 0.7'si düşük bağlanma düzeyi göstermiştir (**Tablo 4.4**).
- Depresif semptom düzeyinin yükselmesine neden olan faktörler; 35 yaş üzeri gebe kalma,5-6 yıllık evli olma, okuryazar olmama, çalışan gebeler arasında ise işçi grubunda yer alma, düşük gelir düzeyine sahip olma (**Tablo 4.5**), ev hanımı olma, gebe eşinin çalışmıyor olması, eş veya aileden şiddet görme, sigara kullanma, geniş ailede yaşama olarak belirlenmiştir (**Tablo 4.7**). 4 ve üzeri gebelik yaşama, normal doğum hikayesi olma, gebeliği ilk duyduğunda üzüntü yaşama, istenmeyen gebelik yaşama, gebelik izlemi yaptırmamadır (**Tablo 4.6**).
- Prenatal bağlanma düzeyinin yükselmesine neden olan faktörler;26-30 yaş arasında olma,1-2 yıllık evli olma, üniversite mezunu olma, gebenin meslek olarak değerlendirildiğinde memur sınıfında olması, orta düzey gelir sahibi olma (**Tablo 4.8**),gebenin herhangi bir işte çalışıyor olması, çekirdek ailede yaşama, eş veya aileden şiddet görmemiş olma (**Tablo 4.10**), daha önce hiç doğum yapmama, ilk gebeliğini yaşıyor olma, doğum yapanlar arasında ise sezaryen doğum yapmış olma, gebeliğini ilk duyduğunda sevinç, mutluluk hissetme (**Tablo 4.9**), istenen gebelik olması, gebelik izlemini düzenli yaptırmış olma olarak belirlenmiştir(**Tablo 4.10**).

6.2. Öneriler

Gebelik dönemi fizyolojik değişimin yanı sıra psikolojik ve sosyal farklılıkların yaşandığı ve uyum sağlanması gereken bir dönem olması sebebiyle bu dönemde yaşanabilecek fizyolojik veya psikolojik bir sorun hem anne hemde fetüs sağlığına olumsuz etkisi olabilmektedir. Bu yüzden anne ve fetüsün bağlanması hem gebelik sürecinde annenin psikolojik ve dolayısıyla fizyolojik sağlığını iyileştirilmesi annenin gebeliğe ve anneliğe uyumunu sağlamak için ele alınması gereken önemli bir konudur. Bizim araştırmamızın sonucunda depresif semptom

yaşama ve bazı faktörlerin prenatal dönemde anne bebek bağılılığına negatif yönde etki ettiği belirlenmiştir. Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Gebe kalmayı düşünen kadınlar sağlık profesyonellerince hem fiziksel hem psikolojik yönden ele alınmalıdır,
- Gerekli aile danışmanlığı eğitimleri verilmeli, istenen gebelik olup olmadığı saptanmalıdır.
- Gebelik tanısı almış kadınlara da anne bebek bağılılığını olumsuz yönde etkileyecek risk oluşturabilecek faktörler gebelik izlemi sırasında eklenecek taramalar veya yapılacak ölçek çalışmaları ile saptanarak gerekli koruyucu geliştirici veya tedavi edici önlemler alınmalıdır.
- Çalışma sonucumuzda daha çok multipar gebelik yaşayan ve istenmeyen gebelik yaşayan kadınlarda depresif semptomlar artış göstermiş ve bununla paralel olarak annenin karnındaki bebeğe bağılılığında azalma olmuştur. Multipar gebelerin mutlaka istenen gebelik olup olmadığı sorgulanmalı ve daha önceki gebeliklerinde yaşadığı sorunlar sorgulanarak şuan ki gebeliğine aynı sorunların yansımaması için önlemler alınmalıdır.
- Özellikle gebelikte yaşanacak depresyon hem gebelik sürecinde hem de doğum sonrasında anne bebek bağına ciddi zararlar vermektedir. Prenatal dönemde yaşanan problemlerin postnatal anne bebek bağılılığını etkilediğini gösteren çalışmalarda göz önüne alınarak başta ebe ve hemşireler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının bilinçli hemşirelik yaklaşımları ile gebelik sürecinde fiziksel bakım ve takibinin yanı sıra anne bebek bağına zarar verebilecek psikolojik problemleri belirlemelidir.
- Prenatal dönemde depresyon saptanmış gebelerin tespiti yapılarak etkilenen gebeye gerekirse eşi ile birlikte bireysel eğitimler yapılmalı, ruh sağlığını iyileştirmeye, korumaya yönelik uygulamalar yapılmalıdır ve böylece anne bebek bağılılığının artışı ve bu süreçte sevgi oluşumunu başlatma ve sürdürmeye katkı sağlanmalıdır.

- Çalışma sonuçlarımız gebelere fiziksel farklılıkların yanı sıra psikolojik farklılıklarında daha detaylı incelendiği izlem çalışmaları yapmak için destek olabilecek niteliktedir.



7-KAYNAKLAR

- 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. [Google Scholar]
- Abajobir A.A., Maravilla J.C., Alati R , Najman J.M. (2016). A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression. *Journal of Affect Disorders* 1; 192: 56-63. doi: 10.1016 /j.jad.2015.12.008.
- Abası E.,Tahmasebı H., Zafarı M. & Nasırı Takamı G. (2012). “Assessment on Effective Factors of Maternal-Fetal Attachment in Pregnant Women” *Life Science Journal* 9;(68-75).
- Akdeniz F., Gönül A.S. (2004).Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi.*Klinik Psikiyatri Dergisi* ;2:70-74.
- Aksoy Y.E.,Yılmaz S.D.,Aslantekin F. (2016). Riskli Gebeliklerde Prenatal Bağlanma ve Sosyal Destek, *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences* ;1(3):163-9.
- Alan H., Ege E. (2013).The Influence Of Social Support On Maternal-Infant Attachment In Turkish Society,*Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* ;16(4):234-240.
- Alhusen J.L.,R.N., MSN, CFNP(PhD student).(2008). A Literature Update on Maternal-Fetal Attachment, *Volume 37, Issue 3, May–June 2008, Pages 315-328.*
- Ali N.S.,Azam I.S.,Ali B.S.,Tabbusum G.,Moin S.S.(2012).Frequency and Associated Factors for Anxiety and Depression in Pregnant Women: A Hospital-Based Cross-Sectional Study.*The Scientific World Journal*, Article ID 653098, 9 pages.
- Altın G.E. (2012).Perinatal Depresyon Tedavisinde Kişiler arası Terapi,*Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches İn Psychiatry*;4(2):188-203.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. Baskı, Washington DC: American Psychiatric Press, 2000: 429-85.
- Andrek A., Kekecs Z., Hadhazi E.,Boukydis Z.,Varga K.(2016). Re-Evaluation of the Psychometric Properties of the Maternal–Fetal Attachment Scale in a Hungarian Sample, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, Volume 45, Issue 5, September–October, Pages e15-e25.
- Arslan, B., Arslan, A., Kara, S., Öngel, K., Mungan, M.T. (2011).Gebelik Anksiyete Ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme,*Tepecik Eğit Hast Derg* ;21(2) :79-84

- Ayele T.A., Azale T., Alemu K., Abdissa Z., Mulat H., Fekadu A. (2016). Prevalance and Associated Factors of Antenatal Depression Among Women Attending Antenatal Care Service at Gondar University Hospital, Ethiopia, PLoS ONE 11(5): e0155125. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155125>
- Bakır N., Ölçer Z., Oskay Ü. (2014). Yüksek Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler, Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, Eylül / Ekim / Kasım / Aralık 2014 Sayı: 01 Cilt: 01 Yaz Sonbahar Dönemi.
- Balaban S. (2016). Gebelikteki Sağlık Uygulamalarının Prenatal Bağlanma İle İlişkisi ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Barone L., Lionetti F., Dellagiulia A. (2014). Maternal-fetal Attachment and its Correlates in a Sample of Italian Women: A Study Using the Prenatal Attachment Inventory, Journal of Reproductive and Infant Psychology, Volume 32, 2014 - Issue 3.
- Beji N.K. (2015). Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları (Hemşire ve Ebelere Yönelik), İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi 50. Yıl Yayınları, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Beydağ K.D. (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni; 6.479-484.
- Beydağ K.E., Mete S. (2008). Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 11: 1; 16-24.
- Bogren L.Y. (1991). Changes in Sexuality in Women and Men During Pregnancy. Arch Sex Behav.; 20(1): 35-45.
- Bowlby J. (1958). The Nature of The Child's Tie to This Mother, International Journal Psychoanal; 39.350-373.
- Bowlby J. (1969). Attachment And Loss Vol. 1. Attachment, :Basic Books, Second Edition, New York.
- Bowlby J. (1973). Attachment and Loss, Vol. II. Separation, Anxiety and Anger. New York, Basic Books.
- Bowlby J. (1982). Attachment Behaviour. Attachment and Loss Volume I: Attachment. 2nd ed. New York: Basic Books; p.177-264
- Buko G., Özkan H. (2016). Gebelerin Duygusal Zekâları İle Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişki, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 19:4.
- Bulut A., Yiğitbaş Ç. (2018). Gebelerde Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler, Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, Volum:15, Sayı:1, Sayfa: 5 – 9.

- Bustan M.A., El Tomi N.F., Faiwalla M.F., Manav V. (1995). Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti women. *Arch Sex Behav*; 24(21): 207-15.
- Cantwell R., Cox J.L. (2006). Psychiatric Disorders in Pregnancy and The Puerperium, *Current Obstetrics & Gynaecology*; 16(1): 14-20.
- Carter D., Kostaras X. (2005). Psychiatric Disorders in Pregnancy, *British Columbia Medical Journal*; 47(3): 96-9.
- Cebeci S.A., Aydemir Ç., Göka E. (2002). Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi, *Kriz Dergisi*; 10(1): 11-18.
- Chung T.K., Lau T.K., Yip A.S., Chiu H.F., Lee D.T. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine*; 63: 830-4.
- Cranley M.S. (1981). Development of a Tool for the Measurement of Maternal Attachment During Pregnancy. *Nursing Research*; 30(5): 281-4.
- Condon J.T., Corkindale C. (1997). The Correlates of Antenatal Attachment in Pregnant Women. *British Journal Medical Psychology*; 70(Pt 4): 359-372.
- Çakar S.F. (2017). Yaşam Dönemleri Ve Uyum Sorunları, Pegem Akademi Yayınları, 1. Baskı: Haziran, Ankara, s: 22-23.
- Çalık Y.K. ve Aktaş S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi (Derleme), *Psikiyatrik Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry*; 3(1): 142-162.
- Çalıkoğlu E., Bedir B., Aydın A., Yılmaz S. (2018). An Investigation of The Prevalence of Depression and Related Factors in Pregnant Women Living in the Province of Erzurum. *The European Research Journal*, 4(4): 381-389. DOI: 10.18621/eurj.370640.
- Çam O. ve Engin E. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul
- Çapık A., Apay S.E., Sakar T. (2015). Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 18: 3.
- Çelik F., Nadirgil K.G., Yılmaz M. (2013). Gebelikte Depresyon Semptomlarının Sıklığı Ve Depresyon Gelişimini Etkileyen Faktörler, *Anatolian Journal Clinical Investigation*: 7(2) : 110-117.
- Çopoğlu Ü.S., Kocaçaya M.H., Demircan C. (2015). Gebelik ve Laktasyon Döneminde Ruhsal Bozukluklar Ve Tedavisi (Derleme), *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*; 6(24): 43-53.
- Dağlar G., Bilgiç D., Koç S., Yörük B., Coşkun P. (2016). Anxiety And Depression Levels Of Women's Pre And Post-Labor Stage And Influencing Factors, *Innovative Journal Of Medical And Health Science* 6, 4 July-August: 114-120.

- Dağlar G., Nur N., Bilgiç D., Kadioğlu M. (2015). Gebelikte Duygulanım Bozukluğu (Derleme), KASHED 2(1) :27-40
- Dağlar, G., Nur, N., Bilgiç, D., Kadioğlu, M. (2015). Gebelikte Duygulanım Bozukluğu, Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi;2(1) :27-40.
- Dağlar G.ve Nur N. (2014). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi İle İlişkisi, Cumhuriyet Tıp Dergisi;36.429-441.
- Dağlı K. (2017).Gebelikte Bebeğe Yönelik Yapılan Hazırlıkların Prenatal Bağlanma İle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Ebelik Bölümü
- Damato E.G. (2004).Predictors of Prenatal Attachment in Mothers of Twins, Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing;33.436-445
- Daştan B., Deniz N., Şahin B. (2015). Kars'ta Gebelerin Ev Ziyareti İle Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, Journal of Psychiatric Nursing;6(2):71-78.
- Deliktaş A., Körükçü O., Kukulcu K. (2015).Farklı gruplarda annelik deneyimi (Derleme),Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi;5(4) :274-283.
- Diego M.A., Field T., Hernandez-Reif M., Schanberg S., Kuhn C., Gonzalez-Quintero V. (2009). Prenatal Depression Restricts Fetal Growth. Early Human Development; 85.65-7.
- Dikmen H.A. (2018).Maternal Obezitenin Prenatal Bağlanma Üzerine Etkisi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 9(2):118-123.
- Doan H., Zimmerman A. (2008).Prenatal Attachment: A Developmental Model, International Journal Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine Vol. 20 No. 1/2, pp. 20–28.
- Duyan V., Gül K.S., Yakut İ. (2013). Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri'nin Bir Grup Gebe Üzerinde Türkçeye Uyarlama Çalışması, The Journal Of Gynecology-Obstetrics And Neonatology, 10(39): 1609-1614.
- Edwards B., Galletly C., Semmler-Booth T., Dekker G.(2008). Does Antenatal Screening for Psychosocial Risk Factors Predict Postnatal Depression? A Follow-up Study of 154 Women in Adelaide, South Australia, Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, January;42(1):51-5.
- Elkin N. (2015). Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyleri Ve Bunları Etkileyen Faktörler, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 6(24): 230-236.
- Erden –İmamoğlu S. (2013).Gender Role and Social Identifications: The Two Major Factors to Shape Turkish Women Education,134(1):82-93.
- Ertem G., Sevil Ü. (2010).Gebeliğin Cinselliğe Etkisi,Dirim Tıp Gazetesi,85(1):40-47.

- Eskici L., Demir A., Ayşe S., Atasoy N., Arıkan İ., Harma M. (2012).Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğunun Obstetrik Sonuçları ve Yenidoğan Üzerine Etkileri, *Clinical Investigation Anadolu Dergisi*, 1(6): 10-16.
- Eswi A. and Khalil A. (2012). Prenatal Attachment and Fetal Health Locus of Control among Low Risk and High Risk Pregnant Women, *World Applied Sciences Journal*,18 (4): 462-471.
- Faisal-Cury A., Rossi M.P. (2007). Prevalence of Anxiety and Depression During Pregnancy in a Private Setting Sample, *Archives of Women's Mental Health*, February;10(1):25-32.
- Field T. (2017).Prenatal Depression Risk Factors, Developmental Effects and Interventions: A Review, *Journal of Pregnancy and Child Health*; 4(1): 301.
- Field T., Diego M.,Hernandez M. (2010).Prenatal Depression Effects and Interventions: A Review, *Infant Behavior and Development*,December ; 33(4): 409–418.
- Furber C.M., Garrod D., Maloney E., Lovell K., Mc Gowan L. (2009). A Qualitative Study of Mild to Moderate Psychological Distress During Pregnancy, *International Journal of Nursing Studies*;46(5):669-77.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü,Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013(internet)Kasım 2014 (cited mö2018 August 4)Availeble from; www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.
- Helvacı Ç.F., Hocoğlu Ç. (2016). Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme, *Journal Of Contemporary Medicine*;6(1): 51-66.
- Hergüner S., Çiçek E., Annagür A.,Hergüner A.,Örs R. (2014).Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek ve Maternal Bağlanma ile İlişkisi,Düşünen Adam *Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*;27:15-20.
- Hisli N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği, Güvenirliği, *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Hoffman S. and Hatch M.C. (2000).Depressive Symptomatology During Pregnancy: Evidence For an Association With Decreased Fetal Growth in Pregnancies of Lower Social Class Women's *Health Psychology*;19.535-543.
- Höbek A.R., Tuncay B.,Yüzer A.S.(2017).Anne-Bebek Bağlanmasında Kanıt Dayalı Uygulamalar(Derleme), *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 6(4): 275-279.
- İşler A.(2007).“Prematüre Bebeklerde Anne-bebek İlişkisinin Başlatılmasında Yenidoğan Hemşirelerinin Rolü”,*Perinatoloji Dergisi*, 15(1): 1-6.
- John H., Kennell M.D., Howard Slyter ve Marshall H.K. (1970). The Mourning Response of Parents to the Death of a Newborn Infant, *The New England Journal of Medicine*; 283: 344-349.

- Karaçam Z., Ançel G.(2009).Depression, Anxiety and Influencing Factors in Pregnancy: A Study in a Turkish Population, Midwifery; 25:344-356.
- Karamustafaloğlu O.,Yumrukçal H. (2011).Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları (Derleme), Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni,45(2):65-74.
- Karataylı S. (2007). Gebelerde Trimesterler Arası Depresyon, Anksiyete Diğer Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri,Uzmanlık Tezi,Meram Tıp Fakültesi,
www.selcuk.edu.tr/dosyalar/files/334/gebelerde%20depresyon.pdf.
- Kartal B.,Şimşek N. (2017). Gebelikte Depresyon Yaşama Durumu ve Etkileyen Faktörler, Çağdaş Tıp Dergisi, 7 (3), 217-224.
- Kesebir S.,Kavzoğlu S.,Üstündağ M.F. (2011). Bağlanma ve Psikopatoloji, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(2):321-342.
- Kırca A.Ş., Savaşer S. (2017).Doğum Sayısının Anne Bebek Bağlanmasına Etkisi, Sağlık Bİlimleri ve Meslekleri Dergisi,4(3):236-243.
- Kocabaşoğlu N. ve Başer S.Z. (2008). Gebelik ve Doğumla Tetiklenen Psikiyatrik Hastalıklar (Derleme), İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No:62 S:349-354.
- Körükçü O., Kukulu K. (2010). Relationship Between Fear of Childbirth and Anxiety Among Turkish Pregnant Women. Procedia Social and Behavioral Sciences,5(1):467-470.
- Körükçü O.,Kukulu K. (2010) .Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansımaları,Dicle Tıp Dergisi,Cilt / Vol 37, No 4, 429-433.
- Körükçü O.,Kukulu K.,Firat M.Z. (2012).The Reliability and Validity of The Turkish Version of The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire(W-DEQ) With Pregnant Women. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19(3) :193-202.
- Kuşu N. ve Akyüz G. (2001). Gebelikte Ruhsal Durum(Derleme), Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 23(1) :61-64.
- Lancaster C.A., Gold K.J., Flynn H.A., Yoo H., Marcus S.M., Davis M.M. (2010). Risk Factors for Depressive Symptoms During Pregnancy: A Systematic Review. American Journal of Obstetrics Gynecology,202:5–14.
- Lee A.M., Lam S.K. , Sze Mun Lau S.M. , Chong C.S. , Chui H.W. , Fong D.Y . (2007). Prevalence, Course and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression,Obstetric GynecologyNovember;110(5):1102-12.
- Lara M.A., Le H.N.,Letchipia G., Hochhausen L. (2009). Prenatal Depression in Latinas in the U.S. And Mexico. Maternal Child Health Journal,13 (4): 567-76.

- Lee S.H. and Lee S.A. (2016). Protective Factors Against Prenatal Depression İn Pregnant Women, *Advanced Science and Technology Letters* Vol.122,pp.78-82.
- Lindgren K. (2001).Relationships Among Maternal – Fetal Attachment, Prenatal Depression, and Health Practices in Pregnancy, *Research in Nursing&Health*;(24) 203-217.
- Marakoğlu K., Şahsıvar Ş. (2008).Gebelikte Depresyon (Derleme), *Türkiye Klinikleri Journal Medicine Science* 2008, 28:525-532.
- Melville J.L., Gavin A., Guo Y., Fan M.Y.,Kayon W.J. (2010).Depressive Disorders During Pregnancy,*Obstetrics Gynecology*;116(5):1064-70.
- Metin A., Pasinlioğlu T. (2016). Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma arasındaki İlişki, *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, Ocak / Şubat / Mart / Nisan Kış İlkbahar Dönemi Sayı:05 s:49-66.
- Moon C.M., Fifer W.P. (2000).Evidence of Transnatal Auditory Learning,*Journal of Perinatology*. December;20(8 Pt 2) s:37–44.
- Morsünbül Ü.,Çok F. (2011). Bağlanma ve İlişkili Değişkenler, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(3):553-570.
- Moussa S.,Refaat O., Emad M., Khoweiled A., Goueli T., Ezzat M. (2012). Correlates of Antenatal Bonding (an Egyptian Study), *Egypt Journal Psychiatric* 33.126–134.
- Muller M.E. (1993).The Development and Testing of the Prenatal Attachment İnventry,*Western Journal of Nursing Research*,;15:199-211.
- Mutlu C., Yorbık Ö., Tanju İ.A., Çelikel F., Sezer R.G. (2015).Doğum Öncesi,Doğum Sırası ve Doğum Sonrası Etkenlerin Annenin Bağlanması İle İlişkisi,*Anatolian Journal of Psychiatry* ;16:442-450.
- Mutlugüneş E. ve Mete S. (2013). Gebelikte Bulantı Kusma, Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulü Arasındaki İlişki, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2(1):8-14.
- Nelson A.M. (2003). Transition to Motherhood, *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, Volume 32 Number 4,July-August.
- Niaz S.,Izhar N., Bhatti M.R. (2004). Anxiety and Depression in Pregnant Women Presenting in the OPD of a Teaching Hospital,*Pakistan Journal of Medical Sciences*,Apr-Jun; 20(2):117-119.
- Ortaarık E., Tekgöz İ., Ak, M., Kaya E. (2012). İkinci Trimester Gebelerde Depresyon Ve Anksiyete Bozukluğu İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 1.16-20.
- Özdamar Ö., Yılmaz O., Beyca H., Muhcu M. (2014). Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar (Derleme), *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*; 45:71-7.

- Özkan S. Psikiyatrik Tıp. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kitabı. 1.Baskı. İstanbul: Roche; 1993. p.201-9.
- Özorhan E.Y., Ejder A.S., Şahin A.Ö. (2014). Gebelikte Ruh Sağlığı (Derleme),Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 2(3) :33-41.
- Öztürk O. ve Uluşahin A. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1. Yenilenmiş 11. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.
- Peppers L.G., Knapp R.J. (1980).Maternal Reactions to İnvolutary Fetal/Infant Death. *Psychiatry*;43(2) :155-159.
- Reed O. (2014). The Effect of Maternal Factors on Prenatal Attachment (Undergraduate Honors Thesis, University of Redlands),Retrieved from https://inspire.redlands.edu/cas_honors/3.
- Ross-Davie M., Butcher G., Davidson M., Allely C. S., Fergie J., Puckering C. & Trevarthen C. (2014). Bonding and Attachment in The Peri-natal period: Supporting Rich and Enjoyable Relationships for Life.<http://www.maternal-and-early-years.org.uk/file/a9f7e9d6-c784-4015-9f2d-a3760101ff8f>.
- Rubin R. (1976). Maternal Tasks in Pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*;1(5):367-76.
- Savrun M. (2008). Gebelik Ve Depresyon, *Klinik Gelişim Dergisi*, 21(1):164-166.
- Satyapriya M., Nagarathna R., Padmalatha V., Nagendra H.R. (2013). “Effect of İntegrated Yoga on Anxiety, Depression Well Being in Normal Pregnancy”. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19: 230-36.
- Sevindik F. (2005). Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevelansı ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Sezici E., Başar F., Yiğit D., Yeşildere S.H., Çiçek S. (2016). Anne Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler, 1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı Ve Eğitimi Kongresi Kitabı, Kocaeli s:58-59.
- Siddiqui A., Hagglöf B.(2000). Does Maternal Prenatal Attachment Predict Postnatal Mother–İnfant in-teraction? *Early Human Development*;59(1):13-25.24.
- Songur E. (2017) .Duygudurum Bozuklukları, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. <http://www.aktuelsikoloji.com/d/file/depresyon-bozukluklari.pdf>.
- Stuart S.(2004). Brief İnterpersonal Psychotherapy.In *The Art and Science of Brief Psychotherapies: A Practitioner’s Guide*.Eds.(Dewan M.J., Steenbarger B.N., Greenberg R.P.) :119-155.Arlington,American Psychiatric Publishing.
- Sullivan R.M., Taborsky-Barba S., Mendoza R., et al.(1991).Olfactory Classical Conditioning in Neonates. *Pediatrics*. Apr;87(4):511–518.

- Sullivan R.M., Toubas P.(1998).Clinical Usefulness of Maternal Odor in Newborns: Soothing and Feeding Preparatory Responses. *Biology of Neonate*. December;74(6):402–408.
- Şirin A., Kavlak O. (2015). *Kadın Sağlığı, Genişletilmiş İkinci Baskı, İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri.*
- Taşkın L. (2009). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Genişletilmiş 9.Baskı, Ankara.*
- Tunç S., Yenicesu O., Çakar E., Özcan H., Pekçetin S., Danışman N. (2012). Antenatal Dönemde Anksiyete ve Depresyonun Görülme Sıklığı Ve İlişkili Faktörler, *The Journal Gynecology-Obstetrics And Neonatology*, 9(35):1431-1435.
- Tunçel N.T.,Süt H.K.(2019). Gebelikte Yaşanan Anksiyete, Depresyon ve Prenatal Distres Düzeyinin Doğum Öncesi Bebeğe Bağlanmaya Etkisi, *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2019; Volume: 16, Sayı: 1, Sayfa: 9-17.*
- Tüzün O., Sayar K. (2006).Bağlanma ve Psikopatoloji,Düşünen Adam,19(1):24-39.
- Vedova A.M.D., Dabrassi F., Imbasciati A.(2008). Assessing Prenatal Attachment in A Sample of Italian Women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*; 26(2):86-98.
- Yanikkerem E., Altan E., Demirtosun P. (2004).Manisa 1 No’lu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Gebelerde Depresyon Durumu,Kadın Doğum Dergisi, 2(4):301-306.
- Yarcheski A., Mahon N.E., Yarcheski T.J., Hanks M.M., Cannella B.L. (2009). A Meta-Analytic Study Of Predictors Of Maternal-Fetal Attachment, *International Journal Of Nursing Studies* 46.708-715.
- Yılmaz S.D. (2013).Prenatal Anne-Bebek Bağlanması,Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,10 (3): 28-33.
- Yılmaz S.D. ve Beji N.K. (2013).Prenatal Bağlanma Envanteri’nin Türkçe’ye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*;16(2):103-109.
- Yılmaz S.D. ve Beji N.K. (2010). Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler, *Genel Tıp Dergisi*; 20(3):99-108.
- Zaman F.K., Özkan N., Toprak D. (2018).Gebelikte Depresyon ve Anksiyete, *Konuralp Tıp Dergisi* ;10(1):20-25.



EKLER

EK1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

A) GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

- 1- Kaç yaşındasınız? ...**
- 2- Kaç yıllık evlisiniz? ...**
- 3- Eğitim düzeyiniz nedir?**
 - 1) Okuryazar değil
 - 2) İlköğretim mezunu
 - 3) Lise mezunuyum
 - 4) Üniversite mezunuyum
 - 5) Lisans ve üstü
- 4- Mesleğiniz nedir?**
 - 1) Çalışmıyorum
 - 2) Çalışıyorum. Çalışıyorsanız mesleğiniz: ...
- 5- Eşiniz Çalışıyor mu?**
 - 1) Çalışmıyor
 - 2) Çalışıyor. Çalışıyorsa mesleği: ...
- 6- Size göre gelir düzeyiniz nasıldır?**
 - 1) Düşük
 - 2) Orta
 - 3) Yüksek
- 7- Sigara kullanımınız var mı?**
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
- 8- Alkol kullanımınız var mı?**
 - 1)Evet
 - 2) Hayır
- 9- Aile tipiniz nasıldır?**
 - 1)Çekirdek aile
 - 2) Geniş aile
- 10- Evinizde siz eşiniz ve çocuklarınız dışında yaşayan kişiler var mı?**
 - 1)Yok
 - 2) Var (Varsa kimler belirtiniz? ...)

B)GEBELERİN GEBELİĞE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

- 1- Kaçıncı gebeliğinizi yaşıyorsunuz? ...**
- 2- Kaçıncı gebelik haftasındasınız? ...**
- 3- Gebelik izlemlerini düzenli yaptırıyor musunuz?**
 - 1)Evet
 - 2)Hayır

4- Çocuğunuz var mı?

- 1) Hiç yok 2) Varsa kaç tane? ...

5- En son doğumunuzun şekli nedir? (Doğum yapılmadıysa soruyu atlayınız!)

- 1) Sezaryen doğum
2) Normal doğum
3) Diğer

6- Daha önce düşük yaptınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

7- İsteyerek mi gebe kaldınız?

- 1) Evet 2) Hayır

8- Bebeğinizde istediğiniz bir cinsiyet var mıydı?

- 1) Evet (hangi cinsiyet?) 2) Hayır

9- Gebe olduğunuzu duyduğunuzda ilk ne hissettiniz?

- 1) Sevinç/mutluluk
2) Üzüntü
3) Endişe
4) Korku
5) Diğer

10- Gebeliğiniz sırasında eşiniz size destek oluyor mu?

- 1) Evet oluyor
2) Bazen oluyor
3) Hiç olmuyor

11- Eşiniz ya da ailenizden hiç şiddet gördünüz mü?

- 1)Evet 2) Hayır

EK.2. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

Gelecek hakkında karamsarım.

Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.

Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

Her şeyden sıkılıyorum.

5- Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.

Cezalandırılmayı bekliyorum.

Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- Kendimden memnunum.

Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.

3. Kendimden nefret ediyorum.

8- Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

- Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
- Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
- Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

- Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
- Kendimi öldürmek isterdim.
- Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

- Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
- Çoğu zaman ağlıyorum.
- Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

- Eskiğine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
- Şimdi hep sinirliyim.
- Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

- Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
- Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
- Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

- Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
- Artık hiç karar veremiyorum.

14- Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

- Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
- Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

- Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
- Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
- Hiçbir şey yapamıyorum.

16- Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

- Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
- Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

Yaptığım her şey beni yoruyor.

Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- İştahım her zamanki gibi.

İştahım her zamanki kadar iyi değil.

İştahım çok azaldı.

Artık hiç iştahım yok.

19 Son zamanlarda kilo vermedim.

İki kilodan fazla kilo verdim.

Dört kilodan fazla kilo verdim.

Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK.3. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. **Geçen ay süresince** bu düşünce, duygu ve durumlarla ilgili tecrübelerinizle ilgilenmekteyiz. Lütfen size uygun seçeneği işaretleyiniz.

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

EK.4. CÜ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU



CÜ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**Gebelerde Depresif Semptom Yaygınlığı ve Prenatal Bağlanma Düzeyinin İncelenmesi**” dir. Gebelik dönemi, fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı, sosyal ilişkilerde, vücut görüntüsünde, aile üyelerinin rollerinde değişiklik yapan ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir dönemdir. Gebelikte anne ve doğmamış bebeği arasında çok güçlü bir duygusal bağ vardır. Bu nedenle annenin ruh sağlığının iyi olması beraberinde anne karnındaki bebeğin sağlığının korunması açısından da önem taşımaktadır. Gebelik süresince annenin duygu ve endişelerini ifade etmesi ve ruhsal durumunun değerlendirilmesi anne ve bebek arasındaki bu duygusal bağın düzeyini belirlemek için gereklidir. Böylece gebelik sürecinde annenin ruh sağlığının değerlendirilmesi ve anne-bebek arasındaki duygusal bağın belirlenmesiyle anne ve bebek sağlığının korunup geliştirilmesi ile hastalık ve ölüm oranları azalacaktır. Bu bilgiler doğrultusunda araştırma, gebe kadınlarda depresif semptomlar ortaya çıktığında bağlanmanın nasıl etkileneceğini incelemek için planlandı. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada yer almanız için bir defa gelmeniz yeterli olacaktır. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Ayrıca araştırma size yönelik muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri gerektirmemektedir. Araştırmacı tarafından size bir anket iki de ölçek uygulanacaktır. Anket sizin yaş, eğitim düzeyi, meslek, gebelik haftası vb. bilgilerin yer aldığı 21 sorudan oluşmaktadır. Sizin ruhsal durumunuzu değerlendirmek için 21 sorudan oluşan ve sizin bebeğinizle aranızdaki duygusal bağı değerlendiren, 21 sorudan oluşan iki ölçek uygulanacaktır. Anket ve ölçek uygulamasının 25-30 dk. Süreceği tahmin edilmektedir, ancak size soruları cevaplamanız için isteğinize göre yeterli süre verilecektir. Sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Araştırmanın masrafları araştırmacılar tarafından karşılanacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmayla ilgili herhangi bir sıkıntınız olduğunda yüksek lisans öğrencisi **Simge Sezenler**'e ulaşabilirsiniz (**Kangal Devlet Hastanesi-0543 551 2996**). Bu çalışmadan elde edilecek

bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece iznimize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK.5. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ İZİN YAZISI

Kimden: Sema Yılmaz
Gönderilme: 14 Eylül 2017 Perşembe 11:01
Kime: simge sezenler
Konu: Re: ÖLÇEK İZİNİ

Sevgili Simge,
Tez çalışmada Prenatal Bağlanma Envanteri'ni kullanmandan mutluluk duyar,
çalışmalarında başarılar dilerim. Ekte konuya ilişkin yaptığımız çalışmaları
bulacaksınız.
Selamlar...

13 Eylül 2017 16:35 tarihinde simge sezenler <sezenlers@hotmail.com> yazdı:

Sema hanım iyi günler, ben cumhuriyet üniversitesi kadın doğum hemşireliğinde
yüksekisans yapmaktayım, bir tez çalışması yapacağım tezimde geçerlik güvenilirliğini
yapmış olduğunuz Prenatal Bağlanma Envanteri ni kullanmak istiyorum. Bunun için izninizi
istiyorum.

--
Sema Dereli YILMAZ, PhD
Selcuk University
Health Sciences Faculty
Department of Midwifery

EK.6. ETİK KURUL İZİN FORMU

13. May. 2019 14:16

No. 2035 P. 2

GİRİŞİMSİZ OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerde Depresif Semptom Yaygınlığı ve Prenatal Bağlanma Düzeyinin İncelenmesi
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	ŞİORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
DEĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BELGELERİ	Karar No: 2017-03/03	Tarih: 10.03.2017				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuruya dâhil edilen belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ilişkin kararın etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile kararlaştırıldığı belirtilmiştir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsiz Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BASKANIN UNVANI / ADI / SÖYADİ:	Doç. Dr. Gülşay Yıldırım

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım*		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Şahade Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	Katılmadı
Prof. Dr. Serpil Değeri	Parazitoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Dilek Eren	Diğer Hastalıklar ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diğ. Hekimliği	E	K	E	H	E	H	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Süleyman Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Gülşay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Zehra Göktaş	Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E	K	E	H	E	H	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. Ceylan Hepokur	İzceci Akademi	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E	K	E	H	E	H	<i>[İmza]</i>

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülşay Yıldırım
İmza: *[İmza]*



13. May. 2019 14:15

No. 2035 P. 1

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerde Depresif Semptom Yaygınlığı ve Prenatal Bağlanma Düzeyinin İncelenmesi
-----------------------	--

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Nuriye Erbaş		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>



Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gulay Yıldırım
İmza:

ASLININ AYNIYDIR

EK.7. SIVAS VALİLİĞİ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ ANKET UYGULAMA İZİN YAZISI



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SIVAS VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

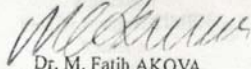


Sayı : 73192166-044
Konu : Anket Uygulama Talebi

VALİLİK MAKAMINA

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Simge SEZENLER'in "Gebelerde Depresif Semptom Yaygınlığı ve Prenatal Bağlanma Düzeylerinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışması ile ilgili anket formunu, 10.04.2017 - 10.07.2017 tarihleri arasında Kangal Aile Sağlığı Merkezi'nde uygulayabilmesi uygun mütalaa edilmektedir.

Tensiplerinize arz ederim.


Dr. M. Fatih AKOVA
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

OLUR
25.04/2017

Uzm. Dr. Levent SAĞLAM
Vali a.
Halk Sağlığı Müdürü

Halk Sağlığı Müdürlüğü Yüceyurt Mh. Rahmi Günay Cd. No:3/1 58040/ SIVAS

Faks No:0346 223 49 00

e-Posta:nazmiye.delican@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.sivas.hsm.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden cac78ec1-29db-4a20-b9d6-bd1f3bc4961 e kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Nazmiye DELİCAN

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:(0) 346 2256367/1122

EK.8. SAĞLIK BAKANLIĞI KAMU HASTANELERİ KURUMU ANKET ÇALIŞMASI KURUM İZİNİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SİVAS İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - SİVAS İLİ KHBOS İDARİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
20/04/2017 09:54 - 75723911 - 903.05.99 - E.99-3825
00043773997

İZİN BAŞVURU TALEBİ İNCELEME KOMİSYON TUTANAĞI

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Simge SEZENLER' in "Gebelerde Depresif Semptom Yaygınlığı ve Prenatal Bağlanma Düzeylerinin İncelenmesi" konulu anket çalışmasını Sivas Kangal Devlet Hastanesinde yürütmek üzere Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu ile başvuruda bulunmuştur.

Yapılan başvuru, Tıbbi Hizmetler Başkanlığındaki inceleme Komisyonumuz tarafından, Sivas Kangal Devlet Hastanesinin de görüşü alınarak değerlendirilmiş ve yapılan çalışma programı dahilinde kişisel bilgilerin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurulmuş, belirtilen çalışmanın Sivas Kangal Devlet Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür. İş bu tutanak komisyonumuz tarafından imza altına alınmıştır.

Başkan
Uzm. Dr. Ahmet Kemal FİLİZ
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Üye
Uzm. Dr. Yaşar TAŞTEMUR
İdari Hizmetler Başkanı

Üye
Muhammed Zahid KAYA
Mali Hizmetler Başkanı

Üye
Uzm. Dr. Mahmut ALUÇ
Sivas Numune Hastanesi Yöneticisi

Üye
Op. Dr. Emin Erhan TEMİZÖZ
Sivas Numune Hastanesi Başhekim Yrd.

Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadıburhanettin Mahallesi Demiryolları Caddesi No:7
Kat:1 3 (Eski Demiryolu Hastanesi) 58040 Sivas Tel: 0 (346) 225 80 80 Dahili:309 / Fax: 0 (346) 225 80 88
Web: <http://sivas.khb.saglik.gov.tr> Posta: zyne@sbh.gov.tr İnternet: www.saglik.gov.tr E-Posta: zyne@sbh.gov.tr ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı Simge SEZENLER
Doğum Yeri ve Tarihi Kayseri-1993
Medeni Hali Bekâr
Yabancı Dil İngilizce
İletişim Adresi Mevlana mah.Halef Hoca cad. Batuhan sok. Anaşehir
Kınaş Apt. A/5 blok Kat:5 Talas/KAYSERİ
E-posta Adresi sezenlers@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise Kayseri Melikgazi Necdet Taş Anadolu Lisesi,2011
Lisans Kayseri Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, 2015
Kayseri Erciyes Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji
Bölümü (halen)
Yüksek Lisans Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Ünvan Hemşire

İş Tecrübesi

Sivas Kangal Devlet Hastanesi Hemşire, 2015-2017
Kayseri Bünyan Devlet Hastanesi Hemşire,2017-Halen